



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN DERECHO CON OPCIÓN EN DERECHO ADMINISTRATIVO

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN DERECHO:**

***PANDEMIA Y DERECHOS HUMANOS: ANÁLISIS A LA LUZ DE LA IMPARTICIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE
JUSTICIA***

PRESENTA:

LIC. GONZALO PEÑA MEDINA

ASESOR DE TESIS:

DR. CARLOS SALVADOR RODRÍGUEZ CAMARENA

MORELIA, MICHOCÁN, FEBRERO DE 2023

Índice de contenidos

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9

Capítulo 1

Epidemia y pandemia: análisis conceptual, orígenes, efectos y su impacto en el devenir histórico de la humanidad	14
1.1. <i>Los conceptos básicos iniciales: salud y enfermedad</i>	14
1.2. <i>Epidemia y pandemia. Dimensión conceptual y fenomenológica</i>	18
1.2.1. Breves apuntes desde la perspectiva de la Microbiología	18
1.2.2. Epidemia y pandemia: ¿Anverso y Reverso de la misma cuestión?	20
1.3. <i>Perspectiva histórica de las pandemias</i>	23
1.3.1. La Peste Antonina	26
1.3.2. La Peste Negra en la Edad Media	31
1.3.3. Siglo XX y pandemia: “Preparándonos para lo impredecible”	35
1.3.3.1. La génesis: la influenza española de principios del siglo XX	36
1.3.3.2. Cien años de pandemias: ¿el inicio del fin?	41
1.3.3.2.1. La influenza asiática de 1957–1959	42
1.3.3.2.2. La influenza de Hong Kong de 1968	44
1.3.3.2.3. Pseudopandemias en el contexto finisecular	45
1.3.3.3. Excursus: el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	46
1.3.4. Las pandemias en el siglo XXI	50

1.3.4.1. Lassa, Ébola y Hantavirus	50
1.3.4.2. El Virus del Nilo Occidental y el Chikungunya	53
1.3.4.3. El Síndrome Respiratorio Agudo Severo y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente	55
1.3.4.4. La Influenza Porcina Mexicana de 2009	58
1.4. COVID-19: origen y características epidemiológicas	60
1.4.1. Descripción etiológica del agente patógeno	62
1.4.2. Transmisión del Agente Patógeno	64
1.4.3. Sintomatología.....	67
1.4.4. Status Quo.....	68
1.5. El derecho humano a la vida.....	71
1.6. El derecho humano a la salud.....	72
1.7. El Derecho Humano a la impartición y administración de justicia: papel de la Judicatura en su concreción	75
1.8. Reflexiones capitulares	77

Capítulo 2

Respuestas jurídicas a la pandemia del COVID-19. La dimensión normativa mexicana.....	80
2.1. Introducción capitular	80
2.2. ¿Qué son los Derechos Humanos?	83
2.3. Contexto jurídico en supuesto de pandemia	86
2.3.1. El sistema de salud mexicano	87
2.3.2. La esfera normativa mexicana en materia de epidemias y pandemias. 90	
2.3.2.1. El derecho a la salud en el orden jurídico mexicano.....	91

2.3.2.2. La suspensión/restricción de derechos humanos por razones de emergencia. La perspectiva mexicana.....	93
2.3.2.3. La suspensión de derechos humanos por razones de emergencia. La perspectiva interamericana.....	95
2.4. <i>El estado de emergencia por causa sanitaria</i>	100
2.4.1. Estados de emergencia y separación de poderes: entre el equilibrio y la coordinación	102
2.5. <i>Reflexiones capitulares</i>	107

Capítulo 3

El Derecho a la Salud Frente a al Derecho de Acceso a la Impartición y Administración de Justicia	109
3.1. <i>Introducción capitular: ¿colisión entre derechos humanos?</i>	109
3.2. <i>Universalidad y especificidad de los derechos humanos en contextos pandémicos</i>	111
3.3. <i>Análisis del contenido fundamental de los Derechos Humanos colisionantes</i>	117
3.3.1. El derecho humano a la salud	118
3.3.1.1. Breves antecedentes generales del derecho a la salud.....	118
3.3.1.2. La recepción del derecho a la salud en el orden constitucional	123
3.3.1.3. La configuración del derecho a la salud en la experiencia constitucional mexicana	128
3.3.2. El derecho humano a la impartición y administración de justicia: papel de la judicatura en su concreción	134
3.3.2.1. Configuración del derecho a la tutela judicial efectiva. imperativos constitucionales y exigencias internacionales.....	137

3.3.2.2. El Poder Judicial, garante del acceso a la jurisdicción y la tutela judicial efectiva	145
3.4. <i>La ponderación como técnica para resolver conflictos entre derechos humanos</i>	154
3.5. <i>Reflexiones capitulares</i>	161

Capítulo 4

La experiencia jurídica española, mexicana y michoacana en el contexto de la pandemia el COVID-19	164
4.1. <i>Introducción capitular</i>	164
4.2. <i>La huelga de controladores aéreos en el Estado español</i>	168
4.3. <i>La respuesta jurídica inicial de las autoridades nacionales españolas competentes en materia de emergencias sanitarias durante la Pandemia del COVID-19</i>	171
4.4. <i>La respuesta jurídica del Poder Judicial español</i>	178
4.5. <i>La respuesta jurídica inicial de las autoridades mexicanas federales competentes en materia de emergencias sanitarias</i>	184
4.6. <i>La respuesta jurídica prima facie de las autoridades del estado de Michoacán competentes en materia de emergencias sanitarias</i>	190
4.7. <i>La respuesta jurídica del Poder Judicial del Estado de Michoacán frente a la emergencia sanitaria causada por la COVID-19</i>	194
4.8. <i>Reflexiones capitulares</i>	198
Conclusiones.....	203
Fuentes de consulta	207

Resumen

Durante la pandemia ocasionada por el COVID-19, el Estado tomó una serie de medidas para salvaguardar, primordialmente, el derecho a la vida de la ciudadanía.

En materia de acceso e impartición de justicia, el Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Michoacán suspendió sus actividades cotidianas con el fin de proteger el derecho a la salud, tanto de sus trabajadores como de sus usuarios.

El propósito de esta investigación es analizar las acciones preventivas sanitarias adoptadas por el Poder Judicial de Michoacán, teniendo como referencia al Poder Judicial español, el cual se caracteriza por las medidas ejemplares tomadas durante la crisis ocasionada por el COVID-19, a fin de identificar las buenas prácticas en aras de garantizar tanto el derecho humano a la salud como el derecho humano al acceso e impartición de justicia.

Palabras clave: derecho de acceso a la justicia, derecho a la salud, COVID-19, pandemia, judicatura.

Abstract

Due to the COVID-19 pandemics, State authorities adopted several measures in order to safeguard the life of citizens.

Concerning the right bot access to justice, at the local level, the state of Michoacan Council of Judicature called for a suspension of the judicial branch activities, aiming to protect the health of both its personal and justice seeking citizens.

The purpose of this research is to analyze the preventive sanitarian measure adopted by the Michoacan Judicature, taking into consideration the congrative experience of the spanish Judicial Branch which anti-COVID-19 policy set a model to tackle this problematic issue. Such approach aims to identify the good practice that guarantees both the human rigth to health and the human rigth to access to justice.

Key words: right of access to justice, right to health, COVID-19, pandemic, judiciary.

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró que la epidemia del COVID-19, cuyo brote original había tenido lugar en China el mes de diciembre de 2019¹, había alcanzado el nivel de pandemia.

Tal determinación tuvo un innegable impacto a nivel mundial, propiciando que los gobiernos de prácticamente la totalidad de los Estados que integran la Comunidad Internacional, adoptasen una serie de medidas que tuvieron como objetivo principal, la protección de sus respectivas poblaciones de las terribles y dramáticas consecuencias que el virus estaba ocasionando.

Dichas medidas de emergencia fueron diversas, tanto en intensidad, como en duración, pero, básicamente idénticas en la innegable afectación e incidencia en la esfera de los derechos humanos de las personas.

Por virtud de la serie de restricciones decretadas por las distintas instancias gubernamentales con competencias en materia de salud pública, el goce de ciertos derechos humanos fue, ciertamente, disminuido, limitado y constreñido de manera importante.

Entre otros, y de manera meramente enunciativa, los Estados determinaron suspender la libre circulación de las personas, el derecho de reunión y asociación, la libertad de culto religioso, el derecho al esparcimiento y a la cultura, el derecho a la práctica del deporte –tanto amateur como profesional–, y otras prerrogativas de naturaleza individual.

¹ Plenamente identificado como un nuevo virus hasta enero de 2020 por las autoridades sanitarias chinas.

La motivación de tales instrumentos, básicamente, se centró en la delimitación entre actividades esenciales y no esenciales, permitiendo la continuidad de las primeras y la suspensión de las segundas.

Las medidas administrativas y legales que en numerosos países determinaron el confinamiento de la población, suspendiendo innumerables actividades, tuvieron eco en los ámbitos judiciales y propiciaron que las judicaturas determinaran, a su vez, la interrupción de sus actividades, salvo las de notoria urgencia. Esto afectó, asimismo, el derecho humano a la impartición de justicia y al juez legal.

Lo anterior dio origen a variados pronunciamientos, tanto de la opinión pública, como de expertos y medios de comunicación, en el sentido de cuestionar la naturaleza –esencial o no– de la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia, así como la adecuación y pertinencia de las medidas adoptadas por los Poderes Judiciales que interrumpieron la mayor parte de las actividades de carácter jurisdiccional.

El tema adquiere innegable relevancia no sólo por la incidencia del quehacer judicial en numerosos ámbitos de la vida pública y privada de las distintas sociedades, sino por la amplitud de resonancia que ha tenido en el contexto social, la indiscutible afectación a los operadores jurídicos y, por supuesto, la drástica reducción en el goce y ejercicio de los derechos previstos en los ordenamientos jurídicos.

El problema se plantea por las implicaciones que conlleva el delicado equilibrio que exigen tanto el derecho humano a la impartición y administración de justicia, como los no menos trascendentales derechos humanos a la salud y a la vida. Éstos últimos puestos en una difícil y compleja dinámica por la forma de propagación del COVID-19, cuya transmisión y devastadores efectos aún no han sido analizados de manera acuciosa por la forma en que se presentó el brote original y su fulminante expansión a todos los países que integran la Comunidad Internacional.

De esta forma, surge la interrogante sobre la manera de garantizar el derecho humano de acceso (impartición) a la justicia, en Michoacán, en un ambiente de pandemia, protegiendo al mismo tiempo el derecho humano a la salud de todos los involucrados.

A ello se dedicó la presente investigación.

Por lo que ve a los objetivos que se esbozaron, el general se configuró para demostrar que, en un contexto pandémico, el derecho a la salud prevalece frente a todos los demás derechos humanos, que pueden ser objeto de restricción, incluyendo la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia.

Por lo que ve a los objetivos particulares, primero analizó la conceptualización de los fenómenos de emergencia sanitaria, específicamente epidemia y pandemia. De manera similar, se analizaron los acontecimientos que desde diciembre de 2019 a diciembre de 2020 tuvieron lugar en el origen, desarrollo y expansión mundial del COVID-19, de manera particular sus graves consecuencias sanitarias en la población; las respuestas jurídicas adoptadas por el Estado mexicano, especialmente el Estado de Michoacán, ante la afectación causada por el COVID-19; las determinaciones que asumió la judicatura michoacana frente a la pandemia; y las afectaciones generadas por las restricciones y limitaciones en el goce y ejercicio de los derechos humanos, especialmente el derecho humano a la impartición y administración de justicia. Finalmente, se identificó la posibilidad de ponderación entre derechos.

El marco teórico, en el segundo aliento, tomó de base la consideración de que el estudio de los derechos humanos tiene diversos niveles de análisis. En función de la manera en que se conceptualicen, depende el valor que se les otorgue para que trasciendan y sean considerados como relevantes.

Desde el punto de vista de la dogmática², para que un derecho sea considerado como fundamental, debe estar reconocido por un texto normativo; mientras que, para la teoría de la justicia, un derecho es fundamental según el motivo racional para que dicho derecho exista. Desde la óptica de la teoría del derecho, un derecho debe reunir las características que se establecen en la definición que se ofrezca de los derechos para ser considerado como fundamental. Por último, desde un análisis sociológico o la historiográfico, un derecho fundamental tiene su justificación en la medida que se haya realizado en la práctica o haya tenido una relevancia histórica.

En este sentido, los derechos humanos se convierten en fundamentales desde el momento en que se consideran como tales y en la medida que constituyen instrumentos de protección de los intereses más vitales de las personas y preserven los bienes básicos necesarios para poder tener una vida digna.

Por ello, todos los derechos fundamentales deben ser universales y sin lugar a duda, su aplicación debe ser para todas las personas.

En tal virtud, la presente investigación toma en consideración que si bien todos los derechos humanos poseen la misma trascendencia universal, cabe la posibilidad de que, en determinadas circunstancias, como es el caso de las graves afectaciones sanitarias ocasionadas por epidemias y, de manera particular, pandemias, el control de estas últimas requiere la afectación, si bien temporal, en el goce y ejercicio de una serie de derechos humanos, mismos que deberán ceder ante otros, a efecto de preservar, en lo posible, la misma existencia de quienes son sus titulares.

De ahí, entonces, que el encuadre teórico que se empleó para el desarrollo analítico se sustente en la teoría de los derechos humanos que los visualiza como prerrogativas dinámicas, cuyo disfrute no siempre es de fácil concreción,

² Carbonell, Miguel, *Los Derechos Fundamentales en México*, Universidad Nacional Autónoma de México/Porrúa/Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, México, 2011, p. 4.

especialmente en la perspectiva de los denominados “estados de emergencia”, por las limitaciones que se imponen a su goce y ejercicio.

La hipótesis planteada *ab initio* es que, en el contexto de emergencias sanitarias de extrema gravedad, como las pandemias, el derecho humano a la salud debe prevalecer frente a otros de la misma naturaleza y jerarquía, específicamente el derecho humano a la impartición y administración de justicia, mismo que, inclusive, puede ser suspendido con excepciones tasadas en sede constitucional o legal.

Para efectos del desarrollo de este trabajo, se estructuraron cuatro capítulos, cuyo contenido temático aborda, el primero, las nociones fundamentales de enfermedad, epidemia y pandemia, así como un breve recorrido histórico de las pandemias más graves que han afectado a la humanidad, hasta llegar a la actual, causada por el virus SARS-CoV-2, que genera la enfermedad del COVID-19.

El segundo capítulo analiza brevemente las respuestas jurídicas que se han configurado para los supuestos de emergencia sanitaria, especialmente las figuras de la suspensión, limitación y restricción de derechos.

El capítulo tercero identifica el contenido esencial de los derechos humanos objeto de este estudio: a la salud y a la impartición y administración de justicia.

Finalmente, se analiza, en el capítulo cuarto, la configuración de la técnica de la ponderación, empleada para resolver conflictos entre derechos humanos, y en esa perspectiva, las respuestas jurídicas de las autoridades competentes federal y estatal michoacana, así como del Poder Judicial del Estado de Michoacán frente a la actual pandemia, de igual manera, como punto de referencia, se hace un análisis de la actuación del Estado español sobre su actuar ante la pandemia del COVID-19.

Capítulo 1

Epidemia y pandemia: análisis conceptual, orígenes, efectos y su impacto en el devenir histórico de la humanidad

SUMARIO: 1.1. *Los conceptos básicos iniciales: salud y enfermedad.*
1.2. *Epidemia y pandemia. Dimensión conceptual y fenomenológica.*
1.3. *Perspectiva histórica de las pandemias.* 1.4. *COVID-19: origen y características epidemiológicas.* 1.5. *El Derecho Humano a la Vida.*
1.6. *El Derecho Humano a la Salud.* 1.7. *El Derecho Humano a la Impartición y Administración de Justicia.* 1.8. *Reflexiones capitulares.*

1.1. Los conceptos básicos iniciales: salud y enfermedad

La enfermedad ha sido una constante en la historia de la humanidad. Las afectaciones a la salud se encuentran presentes desde los orígenes de la raza humana, en los albores de la civilización y aun antes, en las épocas en que los registros que han llegado hasta el presente hacen evidente la continua lucha de los integrantes de las primitivas comunidades por recuperar la plenitud sanitaria. La narrativa del presente no es diferente, pese a los innegables avances y desarrollos en los tratamientos médicos para lograr la salud.

Comprender la enfermedad³ como un estado que vulnera la plenitud que el ser humano requiere, de manera insoslayable, entender lo que significa la posesión de la salud⁴.

Ciertamente, como señalan Mordacci y Sobel, la salud es uno de esos términos que poseen características “resbaladizas”, a pesar de parecer obvios y evidentes⁵. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud subrayaba que, por dicho estado, debía entenderse la completa “libertad de toda aberración física, mental y social”⁶. No obstante, la noción actualmente aceptada, que se origina a partir de la segunda mitad del siglo XX, ha trascendido lo puramente físico para incorporar el aspecto de bienestar en el sentido más amplio del término⁷.

Así, además de la ausencia de enfermedad, la concepción de la salud abarca la adaptación de la persona al medio biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio⁸ y la perspectiva dinámica de las relaciones familiares y los hábitos.

No obstante, la enfermedad sigue condicionando, de manera determinante, la plenitud que caracteriza el estado de salud, pues resulta evidente que el desequilibrio entre los tres elementos señalados en el párrafo anterior conduce a la vulneración, la afectación y, por ende, al *pathos*, es decir, a la enfermedad.

Al respecto, hay toda una serie de discusiones que se enfocan en distinguir –y determinar– los elementos que caracterizan a la enfermedad. En esta perspectiva, la denominada “sintomatología” se esfuerza en subrayar la importancia de los *síntomas*, como aquellos aspectos que caracterizan la ausencia del bienestar pleno. Tal aproximación se complementa con la consideración, quizá más técnica,

³ La problemática acerca del concepto de enfermedad no sólo reviste un interés meramente especulativo, sino también por sus consecuencias y efectos prácticos. Clouser, K. Danner *et al.*, “Malady: A New Treatment of Disease”, en Caplan, Arthur L. *et al.* (eds.), *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2004, p. 90.

⁴ En este contexto, Pellegrino apunta que la discusión en torno a la percepción conceptual de la salud y la enfermedad remite, de forma inevitable, al debate sobre la naturaleza humana, es decir, plantea la pregunta esencial y básica de qué es el ser humano. Pellegrino, Edmund D., “Foreword: Renewing Medicine’s Basic Concepts”, en *ibidem*, p. xiii.

⁵ Mordacci, Roberto y Sobel, Richard, “Health: A Comprehensive Concept”, en *ibidem*, p. 104.

⁶ Pellegrino, Edmund D., “Foreword: Renewing Medicine’s Basic Concepts”, *loc. cit.*, p. xiii.

⁷ “La Definición de Salud según la OMS”, en línea, disponible en la siguiente página web <https://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-segun-la-oms-infografia/>

⁸ Es decir, la alimentación.

de concebir la enfermedad como aquella “condición no saludable”⁹ de la persona y que no estaría determinada por los síntomas, puesto que es factible que la enfermedad se origine y desarrolle antes, incluso, de la aparición de aquéllos¹⁰.

En esta perspectiva, puede apreciarse que, a diferencia del estado de completo bienestar que implica la salud, la enfermedad altera el buen funcionamiento del individuo, afectando su equilibrio armónico, tanto física como mentalmente, y vulnerando su relación consigo mismo, con los demás y con su contexto.

En suma, la enfermedad se constituye en obstáculo –y amenaza– para que el individuo pueda alcanzar la plenitud existencial. De ahí, entonces, el imperativo de la ciencia médica de realizar todas las acciones posibles a fin de restablecer el estado de bienestar al enfermo.

Ahora bien, la preocupación por contribuir a la erradicación de las enfermedades, prevenirlas y, en general, promover el bienestar de los individuos no se limita al interior de las fronteras nacionales, por lo demás, sedes naturales para el desarrollo de una adecuada instrumentación de política sanitaria, enmarcada en el correspondiente entramado jurídico que de certidumbre y garantice el acceso de los integrantes de la sociedad a la salud plena.

La propagación de ciertas enfermedades, transmisibles –comunicables– entre los seres humanos, ha generado un creciente interés en el diseño de políticas públicas que trasciendan las esferas particulares de los Estados y se proyectan *ad extra* en el orden internacional de la mano de la globalización¹¹.

⁹ Boorse, Christopher, “On the Distinction between Disease and Illness”, en Caplan, Arthur L. *et al.* (eds.), *op. cit.*, p. 78.

¹⁰ Clouser, K. Danner *et al.*, “Malady: A New Treatment of Disease”, *op. Cit.*, p. 91.

¹¹ Fenómeno que tuvo su génesis en el ámbito del comercio internacional, las telecomunicaciones y las transferencias de los capitales y medios de pago, pero que ha tenido, asimismo, un profundo impacto en prácticamente todas las áreas del quehacer humano, incluyendo, por supuesto, las cuestiones sanitarias. Puede consultarse al respecto Steger, Manfred B., *Globalization: A Very Short Introduction*, 4th. Edition, Oxford University Press, Oxford, 2017; así como también Ritzer, George y Dean, Paul, *Globalization: A Basic Text*, 2nd. Edition, Wiley-Blackwell, Chichester, 2015.

Como afirman Delaet y Delaet, “[...] los temas de salud global plantean algunos de los más significativos desafíos económicos, sociales, políticos y éticos del siglo veintiuno [pues] tienen el gran potencial de afectar la longevidad y la calidad de la vida humana en todo el mundo”¹².

A partir de tan imperiosas necesidades, que básicamente se traducen en la posibilidad de sobrevivencia de un ingente número de seres humanos, se configura la salud global como una prioridad de política internacional¹³, a la que se ha dotado de instrumentos jurídicos que promueven y fortalecen la cooperación intergubernamental y propician una extensa red de organizaciones y asociaciones de carácter privado que coadyuvan a concretar los objetivos de dicha meta.

Los objetivos de esta globalización sanitaria son claros y contundentes: propiciar el bienestar de todos y cada uno de los seres humanos. En efecto, “[...] La salud humana no es producto únicamente de la genética individual o de la conducta [más bien es resultado] de factores económicos, políticos y sociales [...] es un fenómeno que cruza fronteras de todo tipo –territoriales, nacionales, clasistas, políticas y económicas– [...] la salud pública es, por definición, un fenómeno global [...]”¹⁴.

Bajo esta perspectiva, puede también afirmarse que la enfermedad es susceptible de “globalizarse”, dando lugar a las pandemias, mismas que se abordarán en el apartado siguiente, haciendo ciertas precisiones y distinguiéndolas de las epidemias.

¹² Delaet, Debra L. y Delaet, David E., *Global Health in the 21st Century. The Globalization of Disease and Wellness*, Routledge, New York, 2012, p. xv.

¹³ *Ídem*.

¹⁴ *Ídem*.

1.2. Epidemia y pandemia. Dimensión conceptual y fenomenológica

Previo al análisis conceptual del ámbito específico de este apartado, es decir, de lo que constituye a la epidemia y a la pandemia, conviene tener presente una serie de elementos propios del campo de la microbiología que ayudarán a comprender con mayor claridad el fenómeno que es objeto de este trabajo de investigación.

1.2.1. Breves apuntes desde la perspectiva de la Microbiología

En primer lugar, tanto las epidemias como las pandemias tienen como base enfermedades que son causadas por entes denominados microorganismos¹⁵. La tipología de tales organismos distingue entre virus¹⁶, bacterias¹⁷, hongos¹⁸, protozoos¹⁹ y otros más, sin embargo, se destacan estos cuatro por la relevancia que tienen para originar afectaciones en los seres humanos.

Si bien es cierto que estas formas de vida contribuyen a sostener seres superiores²⁰, la posibilidad de que los microorganismos tengan la capacidad de ser

¹⁵ Los microorganismos son formas de vida que usualmente no pueden percibirse a simple vista por su extrema pequeñez. Tortora, Gerard *et al.*, *Microbiology. An Introduction*, 13th. Edition, Pearson, Harlow, p. 28.

¹⁶ Los virus son microorganismos que solamente pueden ser vistos mediante microscopios electrónicos (“submicroscópicos”). Son formas acelulares, es decir, no son células y su estructura es muy simple: una partícula viral contiene un centro compuesto de un solo tipo de ácido nucleico –ya sea ADN, o bien ARN– recubierto de proteína que algunas veces se encapsula, a su vez, en una membrana de naturaleza lípida. Los virus únicamente pueden reproducirse usando la maquinaria celular de otros organismos. De esta forma, se considera que los virus “viven” cuando se multiplican dentro de las células “huésped” a las que infectan –de ahí que se les considere formas parasitarias–; por otro lado, cuando se encuentran fuera de las células “huésped”, se les considera “no vivas”, pues tienen un estatus inerte. En suma, son agentes altamente filtrables y transmisibles. Ryu, Wang-Shick, *Molecular Virology of Human Pathogenic Viruses*, Academic Press/Elsevier, London/San Diego/Cambridge/Oxford, 2016, p. 8.

¹⁷ Son organismos relativamente simples y unicelulares. En virtud de que su material genético no se encuentra encapsulado en una membrana especial, las células bacteriales son usualmente denominadas *procariotes* –del griego, y que puede traducirse como “prenúcleo”–. Tortora, Gerard *et al.*, *op. cit.*, p. 31.

¹⁸ A diferencia de las bacterias, los hongos son *eucariotes*, es decir, se trata de microorganismos cuyas células contienen el material genético (ADN) se encuentra en un núcleo distinto, recubierto de una envoltura llamada “membrana nuclear”. *Ibidem*, p. 32.

¹⁹ Se definen como microbios unicelulares *eucariotes* y tienen diferentes formas a través de las cuales se desplazan. *Ídem*.

²⁰ Por ejemplo, los microorganismos ayudan a mantener los niveles de oxígenos adecuados en la atmósfera, lo cual es vital para que pueda existir la vida en general. Como señalan Delaet y Delaet “[...] la mera existencia de un microorganismo dentro de otra forma de vida no es sinónimo de enfermedad”. *Op. cit.*, p. 49.

patogénicos es alta, a lo que debe añadirse el hecho de su facilidad para trasladarse de un ser vivo a otro.

De manera especial destacan, en el contexto de estos agentes, los denominados *virus*.

Conocidos desde la antigüedad por sus efectos devastadores en la salud de los seres humanos²¹, no es sino hasta fechas recientes en que la ciencia médica ha descubierto la relación entre estos microorganismos con la serie de enfermedades que, en diferentes épocas, distintas geografías y por diversos medios, han diezmado, cual devastadora plaga, a la población²².

En este contexto es que surgen las denominadas “enfermedades comunicables”, las cuales “[...] pueden ser transmitidas de un individuo a otro mediante varias rutas [...] *horizontal*, significando que pasan de un individuo a otro, a diferencia de la transmisión vertical, que implica el paso de un agente infeccioso de la madre al feto”²³.

Ahora bien, las enfermedades transmisibles también pueden tener características zoonóticas, es decir, la carga viral se transmite de un animal a un ser humano.

De ahí puede entenderse la afirmación de Quammen en el sentido de que “[L]as enfermedades infecciosas están por todas partes: son una especie de argamasa que une a unas criaturas con otras, a unas especies con otras en el seno de las intrincadas estructuras biofísicas que llamamos ecosistemas”²⁴. Es decir, la activa dinámica interactiva entre todos los integrantes de un específico contexto ambiental posibilita y potencia la zoonosis²⁵.

²¹ Causando tanto enfermedades como ocasionando la muerte misma.

²² Zimmer, Carl, *A Planet of Viruses*, 2nd. Edition, The University of Chicago Press, Chicago and London, 2015, p. 5.

²³ Delaet, Debra L. y Delaet, David E., *óp. cit.*, p. 51.

²⁴ Quammen, Davi, *Contagio: La Evolución de las Pandemias*, Debate, México, p. 98.

²⁵ El propio Quammen subraya “Cuando un patógeno salta de un animal no humano a una persona, y logra asentarse en ella como una presencia infecciosa, en ocasiones provocando alguna enfermedad o la muerte, el resultado es una ‘zoonosis’ [...] un término [...] técnico [...] que ayuda a aclarar las complejidades biológicas que hay detrás de [...] la gripe porcina, la gripe aviar, el SARS y las enfermedades emergentes en general, así

La historia de la humanidad, especialmente de las enfermedades transmisibles de origen zoonótico, permite comprender la gravedad de este tipo de afectación que hacen viable, de manera exponencial, la expansión de los virus²⁶. Si se observa la estadística actual, es insoslayable que, a escala global, “[...] cerca de una cuarta parte de todas las muertes, tanto en varones como en mujeres, puede atribuirse a las enfermedades transmisibles”²⁷.

En esta perspectiva, resulta evidente la relevancia que adquiere la ciencia en la identificación, prevención, contención y tratamiento de este fenómeno que pone de relieve la fragilidad del ser humano, pero al mismo tiempo, la trascendencia de los mecanismos que el conocimiento científico pone a disposición de la sociedad a efectos de solucionar la problemática que se deriva de estas enfermedades y su génesis.

1.2.2. *Epidemia y pandemia: ¿Anverso y Reverso de la misma cuestión?*

Etimológicamente, el vocablo epidemia procede del griego *epidēmon nosēma* [enfermedad]; así, *ἐπιδημία* se compone de *epi* [sobre] y *demos* [pueblo], que significa, en primer término, “estancia en el país”, es decir “instalación de una persona en una población”, y por extensión, “instalación de una enfermedad”.

De carácter polisémico, no siempre su contenido se asoció al ámbito de la medicina. Así, Pino Campos y Hernández González detallan la significación de la palabra *epidēmía* como “visita”, “llegada”, “inmigración”, “estancia” e inclusive, “residencia”²⁸.

como sobre la amenaza de una pandemia global”. *Ídem*.

²⁶ Así, “[E]l ébola es una zoonosis. Como lo es también la peste bubónica. Y la conocida como gripe española, de 1918-1919 [...]. Todas las gripes humanas son zoonosis. Igual que la viruela símica, la tuberculosis bovina, la enfermedad de Lyme, la fiebre del Nilo Occidental, la fiebre hemorrágica de Marburgo, la rabia, el síndrome pulmonar por hantavirus, el ántrax, la fiebre de Lassa, la fiebre del Valle del Rift, la fiebre de los matorrales, la fiebre hemorrágica boliviana, la enfermedad de Kyasanur [...] el sida es una enfermedad de origen zoonótico causada por un virus [...] que ahora se transmite de humano a humano por millones”. *Ídem*.

²⁷ Delaet, Debra L. y Delaet, David E., *óp. cit.*, p. 57.

²⁸ Pino Campos, Luis Miguel y Hernández González, Justo Pedro, “En Torno al Significado Original del Vocablo Griego *Epidēmía* y su Identificación con el Latino *Pestis*”, en *Dynamis*, Vol. 28, p. 200.

Con el paso del tiempo, la ciencia médica empezó a usar dicho vocablo para explicar un fenómeno relacionado con la enfermedad “[...] porque es algo que viene desde fuera hacia dentro, una llegada a una ciudad o población”²⁹.

Se aplicaba el término tanto a la enfermedad “que provenía de afuera”, como al médico que “llegaba” a la población a brindar asistencia técnica en el tratamiento y curación de enfermedades de cualquier tipo. Paulatinamente, y siempre en la esfera médica, su uso se circunscribió específicamente a la enfermedad.

Es así como se llega a entender por epidemia aquel “evento en el cual una enfermedad se difunde de manera activa y fuera de todo control”³⁰. La expansión de la epidemia abarca a una gran parte del territorio de un Estado y afecta a una ingente porción de la población del mismo.

Cabe advertir que el elemento característico de la epidemia es el desorden, el descontrol de la enfermedad, por lo que la configuración de una enfermedad transmisible como epidemia, necesariamente implica una difusión que no está sujeta a ningún tipo de contención, al menos en sus inicios.

De lo anterior se desprende, asimismo, la condicionante de “urgencia”, que también viene aparejada al fenómeno epidémico. Ello significa que, dadas sus especiales características –ya mencionadas en los párrafos precedentes–, la epidemia genera pánico, y es capaz de fragmentar el tejido social³¹.

Ahora bien, el vocablo pandemia proviene del griego *πανδημία*, de *παν*, *pan*, “todo”, y *δήμος*, *demos*, “pueblo”, conjunción cuyo significado expresa “reunión del pueblo”, o de manera más sencilla “todo el pueblo”.

Se trata de un término más bien ambiguo –vago, en opinión de Villarreal Lizárraga–, cuyas características esenciales no han sido bien delimitadas, por lo

²⁹ *Ídem*.

³⁰ Anderson, Bryan, *Pandemics History: How Plague, Cholera, Spanish Flu of 1918, and Other Deadliest Pandemics Have Changed the World and its Society*, s/e, 2020, p. 15.

³¹ Tirado, Francisco y Cañada, José A., “Epidemias: Un Nuevo Objeto Sociotécnico”, en *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 56, Mayo-Agosto, 2011, pp. 134-135.

que genera cierta confusión al no contarse con una definición completamente acabada³².

En general, la pandemia tiene su génesis en una epidemia, dada la generalidad conceptual de esta última que abarca, por ende, a los fenómenos pandémicos³³.

Sin embargo, la nota básica que permite distinguir la pandemia –o “epidemia de carácter pandémico”, como lo denomina Anderson³⁴– es el ámbito *geográfico* de la expansión de la enfermedad. La afectación de Estados, regiones o inclusive, la totalidad de la Comunidad Internacional es lo que posibilita asignar el calificativo –sustantivo– de pandemia³⁵.

La Organización Mundial de la Salud³⁶ (OMS), fruto del acuerdo intergubernamental de diversos Estados que le atribuyen, en el marco de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la coordinación de la cooperación internacional en materia de salud pública señala que “se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad”³⁷.

Tal característica la confirma el Reglamento Sanitario Internacional³⁸ (RSI) al definir la emergencia de salud pública de importancia internacional como el “[...] evento extraordinario [...] que [...] i) constituye un riesgo para la salud pública de

³² Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *Pandemias y Derecho: Una Perspectiva de Gobernanza Global*, Instituto de Investigaciones Jurídicas/Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2019, pp. 29-31.

³³ Villarreal Lizárraga afirma que “[...] son ambos parte de un mismo proceso de propagación de una enfermedad”. *Ibidem*, p. 29.

³⁴ Anderson, Bryan, *óp. cit.*, p. 13.

³⁵ *Ibidem*, p. 15.

³⁶ El acuerdo internacional que da origen a la OMS (Constitución) fue adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada en esta última fecha por los representantes de 61 Estados, habiendo entrado en vigor el 7 de abril de 1948. México fue Estado signatario de la Constitución de la OMS y el 26 de diciembre de 1947 el Senado de la República aprobó dicho instrumento convencional internacional. A la fecha, 194 Estados forman parte de la OMS.

³⁷ Organización Mundial de la Salud, “¿Qué es una Pandemia?”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

³⁸ Adoptado por la Asamblea de la Salud el 25 de julio de 1969. Resolución WHA22.46, en *Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud*, No. 176, 22^a. Asamblea Mundial de la Salud, Boston, Massachusetts, 8-25 de Julio de 1969, Parte I, Resoluciones y Decisiones. Anexos, Ginebra, Noviembre de 1969, pp. 22-23.

otros Estados a causa de la *propagación internacional de una enfermedad*, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada”³⁹.

En suma, puede afirmarse que la pandemia se configura como una epidemia que trasciende las fronteras de un espacio geográfico determinado⁴⁰, expandiéndose de manera desordenada –esto es, fuera de control– a otros territorios, pudiendo alcanzar una cobertura regional, continental e inclusive, mundial⁴¹.

Dada la controversia que surgió en el contexto terminológico por la aparición de la influenza H1N1, y a iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, actualmente se enlistan ocho características que deben cumplirse para que se considere que una epidemia se ha transformado en pandemia.

Así, los criterios comprenden la amplia extensión geográfica de la enfermedad; un movimiento expansivo de la enfermedad; altas tasas de afectación poblacional; inmunidad poblacional mínima o casi nula; novedad; contagio acelerado; alto grado de infecciosidad; y, severidad⁴².

Una vez clarificados los términos fundamentales que se emplearán en el texto de este análisis, se considera apropiado revisar *grosso modo* la dimensión histórica de las enfermedades que han afectado a la humanidad, de manera específica aquéllas que han sido –son– las más relevantes.

1.3. Perspectiva histórica de las pandemias

En cierta manera, tanto el origen como la evolución de las enfermedades infecciosas⁴³ que derivan en pandemias, puede asociarse a la propia historia de la

³⁹ Art. 1. Las cursivas son propias.

⁴⁰ Para los efectos de la investigación que se desarrolla, el espacio geográfico se circunscribe a las fronteras limítrofes del Estado.

⁴¹ Algunos autores consideran a la pandemia como una epidemia de “gran proporción”, de escala mucho mayor. McMillen, Christian W., *Pandemics: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2016, p. 1.

⁴² *Ibidem*, p. 2.

⁴³ Se denomina infección al “[...] ingreso, desarrollo y establecimiento de un agente en el cuerpo de un anfitrión [receptor]”. Anversa, David, *History of Pandemics. The Definitive Guide to Discover the Worst and Deadliest*

medicina, la ciencia que busca las causas de las enfermedades, las formas de restablecer la salud, así como la prevención de las afecciones que dañan el bienestar de las personas.

Ello es así, pues los grandes y más significativos avances de la ciencia médica han sido motivados, sin lugar a dudas, por los desafíos que en su momento plantearon las grandes pandemias que asolaron a la humanidad en señaladas épocas de la historia.

Unos puntos de inflexión fueron los trabajos de investigación desarrollados por brillantes científicos como Pasteur, Koch y Jenner, quienes aportaron a la ciencia médica los descubrimientos de los entes causantes de las enfermedades infecciosas, así como las formas de combatir las afecciones a través de las vacunas⁴⁴.

Sin embargo, la dinámica histórica de las epidemias, y especialmente de las diferentes pandemias, no ha hecho sino confirmar lo que la ciencia ya había adelantado: la inevitable coexistencia de los seres humanos con estos fenómenos, cuya irrupción a lo largo del tiempo se hace cada vez más frecuente y no cesará en un futuro por ahora previsible⁴⁵.

En efecto, el contexto epidemiológico –y las recientes pandemias– del último cuarto del siglo XX y los primeros veinte años de la presente centuria corroboran que no obstante los indudables avances de la ciencia, la investigación y el desarrollo de nuevos y sofisticados mecanismos de combate contra las enfermedades, la humanidad seguirá expuesta –e indudablemente afectada en la cotidianeidad– por las “contraofensivas” de los organismos infecciosos⁴⁶.

Epidemics and Pandemics that Changed Our World. From the Roman Empire to the Modern Era, Independently Published, 2020, p. 10.

⁴⁴ McMillen, Christian W., *op. cit.*, p. 2.

⁴⁵ Oldstone, Michael B. A., *Viruses, Plagues, and History. Past, Present and Future*, Oxford University Press, Oxford, 2010, p. 332.

⁴⁶ McNeill, William H., *Plagues and Peoples*, Third Edition, Anchor Books Editions, Garden City, 1998, p. 10. En el mismo sentido, Zimmer, Carl, *op. cit.*, pp. 101-102.

A la luz de tal perspectiva, la historia de los seres humanos puede percibirse, asimismo, como una cronología que registra la constante presencia de los virus, así como de las enfermedades que causan.

Verbigracia de ello es uno de los textos médicos más antiguos del que se tiene noticia, el papiro Ebers⁴⁷, consigna, entre otros datos interesantes, la sintomatología propia del resfriado común⁴⁸, cuya causa, como actualmente se sabe, son los rinovirus, una especie virológica que afecta específicamente al sistema respiratorio y que, como bien señala Zimmer, son “[...] viejos y cosmopolitas compañeros”⁴⁹ del ser humano.

Ahora bien, en este continuo y constante devenir de epidemias y pandemias, la humanidad ha sido mayormente afectada por una serie de eventos de carácter pandémico cuya relevancia no puede dejar de señalarse, aunque sea de manera breve.

No obstante, conviene hacer un cometario *prima facie*, antes de abordar la dimensión histórica de las pandemias.

Ciertamente, aunque en la antigüedad existen registros de brotes pandémicos, la información no es muy precisa, puesto que se describen fundamentalmente los síntomas más comunes asociados a la enfermedad y se hacen consideraciones acerca del posible origen de los brotes⁵⁰. De forma similar ocurre en el contexto medieval, aunque las fuentes son más acuciosas. Un análisis más científico de las pandemias, así como de los patógenos que las causan, empieza en los albores del siglo XIX, con una serie de descubrimientos en el campo de la medicina y, posteriormente, en el ámbito de la microbiología.

⁴⁷ Cuya fecha de datación lo sitúa aproximadamente alrededor del 1550 antes de Cristo, es decir, el texto en cuestión tiene una antigüedad de poco más de 3,500 años. “Ebers Papyrus”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://www.britannica.com/topic/Ebers-papyrus>.

⁴⁸ Al que el texto denomina *resh*. Bryan, Cyril P. (translator), *Ancient Egyptian Medicine. The Papyrus Ebers*, Ares Publishers Inc., Chicago, 1974, pp. 110-112.

⁴⁹ Zimmer, Carl, *op. cit.*, p. 13.

⁵⁰ Cunha, Cheston B. y Cunha, Burke A., “The Great Plagues of the Past: Remaining Questions”, en Drancourt, Michel y Raoult, Didier (eds.), *Paleomicrobiology: Past Human Infections*, Elsevier, New York, 2007, pp. 1-2.

En los siguientes párrafos se abordarán las pandemias de mayor trascendencia en la historia, y cuya selección se hizo empleando los criterios de alcance global, en primer lugar, así como de grave afectación económica⁵¹ y social, ya que tales eventos fueron capaces de modificar la dinámica de las relaciones sociales existentes en la época en que hicieron su irrupción.

De igual manera cabe advertir que, con excepción de las pandemias ocasionadas por la peste que tuvieron lugar en la antigua Roma⁵² y especialmente en la Edad Media⁵³, el enfoque será exclusivamente en los fenómenos ocasionados por el virus de la influenza, pues éste, dada su extraordinaria capacidad de adaptabilidad al entorno y las constantes mutaciones que experimenta en su transmisión entre especies, es el que plantea un peligro mayor para la humanidad⁵⁴.

1.3.1. La Peste Antonina

Coinciden los romanistas⁵⁵ en resaltar que, después del reinado de Augusto, la etapa más brillante de la civilización romana tuvo lugar en el período que abarca la etapa denominada de los “cinco emperadores buenos”⁵⁶.

⁵¹ El alcance del fenómeno pandémico no sólo puede contabilizarse, a estos efectos, en la estadística de contagio o la de mortalidad, sino también en la depauperación económica.

⁵² Existen referencias históricas que describen los estragos ocasionados por la peste –viruela o tifo, pues no existe conclusión determinante al respecto– en la antigua Atenas durante los años 430 a 426, y que causó la muerte de aproximadamente un 25% de la población. Littman, Robert J., “The Plague of Athens: Epidemiology and Paleopathology”, en *Mount Sinai Journal of Medicine*, Vol. 76, 2009, pp. 456-467. En este mismo sentido, en la propia Roma también hay constancia de un virulento brote de peste posterior a la plaga *antonina*. A mediados del siglo VI, y como sombrío preludio de la “muerte negra” que asolaría al mundo en la Edad Media, la peste bubónica devastó Constantinopla durante el reinado del emperador Justiniano. El período de expansión comprendió los años 540 a 542, aunque hubo rebrotes en cuatro ocasiones más hasta 586. Aunque es difícil estimar las pérdidas en vidas humanas, la mayoría de los expertos, tomando como base los textos y las crónicas de la época, apuntan a que la pandemia causó la muerte a un tercio de la población del imperio bizantino. Retief, Francois Pieter y Cilliers, Louise, “The Epidemic of Justinian (542): A Prelude to the Middle Ages”, en *Acta Theologica. Supplementum* 7, March, 2010, p. 126.

⁵³ La “Muerte Negra”, pandemia que será analizada *infra*.

⁵⁴ Por lo tanto, no serán incluidas en este texto los fenómenos pandémicos causados por enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tifo, el sarampión y la poliomielitis, entre otros.

⁵⁵ *Vid.*, por todos, Gibbon, Edward, *decadencia y Caída del Imperio Romano*, Vol. I, Cuarta Edición, Atalanta, Girona, 2012, pp. 55-78.

⁵⁶ Con dicha denominación, acuñada por Maquiavelo en su obra *Los Discursos de Livio*, se identifica a los emperadores Marco Cocceius Nerva (cuyo reinado abarcó los años 96 a 98); César Nerva Trajano (emperador de 98 a 117); César Trajano Adriano (ejerció el poder imperial de 117 a 138); Aelio Adriano Antonino Augusto

Tal expresión alude a la etapa que comprende desde el inicio de la administración imperial de Nerva hasta el final del reinado de Marco Aurelio; es decir, un espacio temporal de prácticamente ochenta y cuatro años.

En los últimos años de la *Pax Romana*⁵⁷, el Imperio se encontraba en la cúspide de lo que se podría denominar su exitosa historia. Así, la expansión de las fronteras imperiales había llegado a prácticamente todos los rincones del mundo occidental, sujetando a numerosos pueblos al dominio de la *Caput Mundi*, como se le conocía a Roma, la capital.

La expresión “todos los caminos conducen a Roma” no podía ser más cierta, debido a que los confines del Imperio fluían los productos más variados, fortaleciendo de manera continua los vínculos mercantiles entre la metrópoli y sus provincias, al mismo tiempo que incrementaba la riqueza de sus habitantes.

Al ensanchamiento del territorio imperial debe añadirse el ambicioso programa de construcción de vías de comunicación emprendido por los emperadores a partir de Augusto, así como el ingente número de obras arquitectónicas que reflejaban las capacidades de los ingenieros romanos.

En el mismo sentido, la cuenca del Mediterráneo –*Mare nostrum*, afirmaban los propios romanos– enmarcaba una evidente unidad cultural, patrocinada por la gran flexibilidad que permitían los romanos a las provincias conquistadas, pues con excepción de los tributos, realmente moderados, los territorios colonizados gozaban de amplias libertades.

De ahí, entonces, y tal como lo destaca Harper, “esta prosperidad fue la condición y la consecuencia de la grandeza del imperio [romano]”⁵⁸.

Sin embargo, paradójicamente, esta época de abundancia y, en cierto modo, de *equilibrium*, llegaría a su fin de forma dramática, por la irrupción, “[...] como

Pío (reinó de 138 a 161); y, Marco Aurelio (emperador de 161 a 180). Básicamente se trata de los integrantes más distinguidos de la dinastía Nerva-Antonina, misma que abarca desde los años 96 al 192.

⁵⁷ Período de relativa tranquilidad, orden y estabilidad en el Imperio Romano, cuyas bases usualmente se atribuyen al emperador Augusto.

⁵⁸ Harper, Kyle, *The Fate of Rome: Climate, Disease, and the End of an Empire*, Princeton University Press, Princeton, 2017, p. 11.

ejército en la noche”⁵⁹, del cambio biológico propiciado por las enfermedades infecciosas.

El inevitable contacto entre diversos núcleos poblacionales ocasionado por la fuerza expansiva de las sucesivas campañas de conquista militar emprendidas por los romanos a finales del siglo I antes de Cristo y las primeras décadas de la siguiente centuria, posibilitó lo que McNeill denomina “*civilized disease pools*”⁶⁰, es decir, espacios comunes de proliferación de enfermedades endémicas⁶¹ – fundamentalmente infecciosas– que se transmiten de una población a las personas que se encuentran temporalmente⁶² en dicho territorio.

Debido a los constantes y continuos movimientos militares en las fronteras del Imperio, así como a los sucesivos desplazamientos de las legiones imperiales para defender las posiciones territoriales conquistadas –o que se encontraban bajo amenaza de ataques por parte de los grupos humanos insumisos–, los soldados romanos se expusieron al contagio de enfermedades endémicas, desconocidas en el hemisferio occidental.

Una vez concluidas las campañas, específicamente la del frente oriental, los mismos legionarios, al retornar a sus hogares, se convirtieron en agentes transmisores de la enfermedad, favoreciendo su rápida propagación por todo el territorio del Imperio⁶³.

De esta forma, alrededor del año 165, la pandemia, ocasionada por un virus hasta ahora desconocido, alcanza su mayor expansión, ocasionando una elevadísima tasa de mortalidad, ya que se calcula que aproximadamente fallecieron

⁵⁹ *Ibidem*, p. 15.

⁶⁰ McNeill, William H., *op. cit.*, p. 115.

⁶¹ Por endemia se conoce aquella enfermedad cuya aparición es constante en el contexto de un espacio geográfico determinado o grupo poblacional concreto, teniendo ciclos de brote, afectación, desaparición y rebrote. Horcajada y Padilla refieren que la endemia se presenta “[...] cuando existe un número usual o esperado de casos de una enfermedad en un área geográfica o una población específica”. Horcajada, Juan Pablo y Padilla, Belén, “Endemia y Epidemia. Investigación de un Brote Epidémico Nosocomial”, en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Vol. 31, Núm. 3, 2013, p. 182.

⁶² Por diversas razones, tales como el control militar, el comercio, entre otras.

⁶³ Se calcula que fueron aproximadamente unos cien mil legionarios los que constantemente se desplazaban por las diversas regiones del Imperio, combatiendo a los invasores y a las poblaciones que se resistían a someterse al control imperial.

cinco millones de personas⁶⁴, interrumpiendo el comercio entre Roma y sus provincias orientales, afectando en consecuencia la economía en su conjunto, así como las propias relaciones entre los integrantes de la sociedad de la época.

El origen incierto⁶⁵ de la enfermedad infecciosa que alcanzó niveles pandémicos de alcance global, no dejó de llamar la atención de numerosos escritores de la época, que coinciden en señalar a Oriente como la fuente más probable de la pandemia.

Colateralmente, cabe advertir, la bautizada como “peste antonina”, motivó el interés de los estudios médicos y permitió el desarrollo de científicos como Galeno de Pérgamo⁶⁶, el brillante colaborador –y médico personal– del emperador Marco Aurelio, quien, además de ser testigo presencial, trabajó directamente en la búsqueda de la cura a dicha enfermedad⁶⁷.

Si bien es cierto que las agudas observaciones de Galeno, quien registró detalladamente los síntomas de la “peste antonina”, aún no han sido atribuidas a una enfermedad específica, Littman⁶⁸ y Cunha⁶⁹ han señalado que pudo haberse tratado de una viruela de carácter hemorrágico.

La trascendencia de esta pandemia en el contexto del mundo antiguo, específicamente su impacto en el entramado del Imperio Romano y sus consecuencias posteriores, hace decir a Sáez que “[...] constituye una de las

⁶⁴ Puede apreciarse mejor tal cifra si se considera que, de acuerdo con las fuentes históricas más fidedignas, la población total del Imperio era cercana a los cincuenta millones de personas. Sáez, Andrés, “La Peste Antonina: Una Peste Global del Siglo II d. C.”, en *Revista Chilena de Infectología*, Vol. 33, Núm. 2, p. 218.

⁶⁵ Las fuentes históricas señalan, como posible lugar originario del contagio la ciudad de Seleucia (situada en lo que actualmente es Irak), aunque otros autores antiguos indican que pudo haberse iniciado en Egipto, siendo transportado el virus que ocasionó la enfermedad mediante los barcos que transportaban el trigo egipcio hasta los más diversos confines del Imperio, pero especialmente a Roma, que dependía en gran medida de tales envíos para su propia subsistencia. *Ibidem*, p. 219.

⁶⁶ Su nombre completo era Claudio Clarísimo Galeno, su legado tiene especial relevancia para la medicina pues mejoró las bases de la medicina hipocrática y su influencia se extenderá por todo el mundo árabe y medieval, perviviendo hasta nuestros días.

⁶⁷ Shoja, Mohammadali *et al.*, “The Roman Empire Legacy of Galen (129-200 AD)”, en *Child's Nervous System, Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, Vol. 31, Núm. 1, Julio 2015, pp. 1-5.

⁶⁸ Littman, R. J. y Littman, M. L., “Galen and the Antonine Plague”, en *American Journal of Philology*, Vol. 94, Núm. 3, pp. 243-55.

⁶⁹ Cunha, Cheston B. y Cunha, Burke A., *loc. cit.*, pp. 1-20.

coyunturas médicas más relevantes para el devenir del mundo clásico y occidental, quizá al mismo nivel de la peste negra en el siglo XIV o la gripe española en 1918”⁷⁰.

En efecto, prácticamente todos los aspectos de la vida cotidiana fueron trastocados, generándose con ello un ambiente enrarecido que los posteriores emperadores no pudieron superar, lo que ha llevado a la afirmación de que la naturaleza, a través de este “golpe letal” asestado por la pandemia, fue determinante en decidir el destino de Roma, situándose al inicio de su largo y agónico final⁷¹.

Para concluir este apartado, vale la pena destacar que la “peste Antonina” se considera una pandemia de relevancia global, básicamente por dos aspectos de deben tomarse en consideración.

El primero de ellos se refiere, sin lugar a dudas, a la expansión *per se* de la enfermedad infecciosa, pues abarcó la práctica totalidad de la geografía occidental que comprendía el Imperio.

El segundo aspecto subraya los efectos y las consecuencias de la pandemia en el tejido social de la época. Como se indicaba en párrafos anteriores, casi ningún aspecto de la cotidianeidad dejó de ser tocado por la enfermedad. Si bien es cierto que, pasado el pico de morbilidad, la epidemia fue paulatinamente desapareciendo, la sociedad romana ya no fue la misma, debido a que se alteró su núcleo esencial, su serie de valores, principios e instituciones, y ello puso las bases para el inevitable cambio ideológico que culminaría con la aparición de la sociedad medieval, a la que se dedica el siguiente apartado.

⁷⁰ Sáez, Andrés, *loc. cit.*, p. 218.

⁷¹ Harper, Kyle, *óp. cit.*, pp. 15-16.

1.3.2. La Peste Negra⁷² en la Edad Media

Hacia la mitad del siglo XIV, como si de un jinete apocalíptico se tratara, la “muerte negra” recorrió Europa, asolando el continente, diezmando –y muy frecuentemente haciendo desaparecer– las diversas poblaciones por las que pasaba, causando numerosos estragos, afectando a la sociedad medieval de tal manera que numerosas personas consideraron que era el preludio del fin del mundo.

La más grande pandemia que se ha producido en Europa, Medio Oriente y el norte de África, tuvo una altísima tasa de letalidad, ocasionando la pérdida de un tercio de la población⁷³. Aunque otros brotes pandémicos han sido mayores en términos de mortalidad de la población⁷⁴, si se compara en porcentajes, la peste negra constituye, en definitiva, el más relevante fenómeno de características pandémicas en la historia de la humanidad.

Como en el caso de la “peste *antonina*”, tanto el origen como las causas específicas de la “muerte negra” son cuestiones que no tienen, a la fecha, una respuesta definitiva⁷⁵.

Sin embargo, en lo que coinciden todas las fuentes, es en la dimensión catastrófica de la pandemia ocasionada por el patógeno *yersinia pestis*⁷⁶,

⁷² El apelativo al color negro se le dio por la masiva coloración de ese tipo que aparecía en la piel del enfermo en la última etapa de la enfermedad y que era causada por las hemorragias subepidérmicas.

⁷³ Los cálculos señalan el fallecimiento de entre veinticinco a treinta millones de personas en el período de cinco años que se considera, duró la pandemia. Si se considera que sólo en Europa, la población en esa época alcanzaba los cien millones de personas, puede apreciarse, con dramática claridad, el gravísimo impacto que tuvo la enfermedad. Green, Monica H., “Editor’s Introduction to Pandemic Disease in the Medieval World: Rethinking the Black Death”, en *The Medieval Globe*, Volume 1, 2014, p. 9.

⁷⁴ Por ejemplo, los diversos brotes de cólera decimonónicos, la “influenza española” de 1918, o inclusive la pandemia ocasionada por el HIV/Sida.

⁷⁵ Green, Monica, *loc. cit.*, p. 9.

⁷⁶ También denominado, en lenguaje no científico, como “peste bubónica”, por los “bubones” –los italianos les denominaban, popularmente, *gavocciolos*– que aparecían, como tumores, en diversas partes del cuerpo del enfermo y que, con el tiempo, supuraban, anunciando la inminente cercanía de la muerte. Da Rosanna, N., “Morte Nera: Scoperto un Effetto Sulle Donne Medievali della Peste”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://focustech.it/2017/11/12/morte-nera-scoperto-un-effetto-sulle-donne-medievali-della-peste-160940>. De igual forma, cabe destacar que el origen del patógeno se ubicó en los roedores salvajes, especialmente las marmotas de las estepas orientales, pequeños mamíferos que entraron en contacto con grupos humanos que se desplazaban en las regiones del Asia Central; en este mismo sentido, los expertos señalan que de los roedores infectados, el virus se transportó por medio de pulgas (particularmente la *Xenopsylla cheopis*, comúnmente conocida como la “pulga de las ratas”), y debido a la ausencia de normas elementales de higiene, la enfermedad se diseminó por todo el Oriente y, posteriormente, el Occidente europeo y el norte de África.

plenamente identificado por los estudios llevados a cabo empleando las más sofisticadas técnicas de investigación microbiológica, así como de ADN extraído de los restos de varias víctimas de la mortal plaga⁷⁷.

Un importante número de estudios destacan como origen probable del brote pandémico el territorio del Asia Central, aproximadamente hacia la década de 1330, diseminándose posteriormente por el Medio Oriente y Europa a fines de 1340⁷⁸.

Durante un largo período de cuatrocientos años, la “peste negra” tuvo una presencia más o menos constante en el continente europeo⁷⁹ a través de diversos rebrotes, por lo que la constante incertidumbre de cuándo y cómo aparecería nuevamente, configuró, en el imaginario occidental, el estrecho vínculo entre “peste” y “terror”, que caracterizará la dinámica de todas las pandemias posteriores, y que sigue vigente en el contexto actual⁸⁰.

La extraordinaria rapidez con la que se desplazó la pandemia causó asombro para la época. Aunque debe advertirse que la masiva y expansiva diseminación del patógeno, especialmente en los países europeos, se debió fundamentalmente a la transportación marítima. Los navíos y las embarcaciones de la época recorrían distancias de aproximadamente 40 kilómetros por día, y aunque pudiera parecer un desplazamiento más bien lento, según parámetros actuales, para los europeos del siglo XIV representó una difusión del patógeno muy ágil⁸¹.

La “Gran Peste”, como también se le llegó a conocer, influyó, de manera determinante, en la modificación de las estructuras sociales de la Europa medieval,

Horrox, Rosemary, *The Black Death*, Manchester University Press, 1994, pp. 4-7.

⁷⁷ *Ibid.*, por todos, Little, Lester K., “Plague Historians in Lab Coats”, en *Past and Present*, Núm. 213, November 2011, pp. 267–90.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 271.

⁷⁹ Inclusive se extendió, también con extraordinaria virulencia, por el Lejano Oriente, donde ocasionó alrededor de veinte millones de muertes. La presencia del patógeno ha motivado que científicos, como Le Roy, afirmen que se trata de una “[...] unificación microbiana del mundo”. Le Roy Ladurie, Emmanuel, *The Mind and Method of the Historian*, Harvester, London, 2017, pp. 28–83.

⁸⁰ Benedictow, Ole, “The Black Death. The Greatest Catastrophe Ever”, en *History Today*, Vol. 55, Número 3, p. 42. El autor indica: “voces de la época hablan aterrorizadas a la posteridad a través de crónicas y cartas”, en clara referencia.

⁸¹ *Ibidem*, pp. 2-4.

facilitando la transformación de los rígidos estamentos clasistas que habían conformado la clásica sociedad feudal⁸².

En este sentido, cabe observar que ninguna clase social dejó de ser afectada por la “muerte negra”.

El ingenioso escritor Bocaccio⁸³, testigo del violento brote pandémico en la ciudad de Florencia, dejó para la posteridad la serie de relatos que conforman el *Decamerón*, cuyo marco contextual es, precisamente, la peste que obliga a un grupo de hombres y mujeres de elevada posición social, a refugiarse en una villa ubicada en el campo toscano, con el propósito de resguardarse del prácticamente inevitable contagio que tenía lugar en la ciudad.

De manera acuciosa, el brillante humanista florentino manifiesta: “En el año de nuestro Señor 1348, aconteció en Florencia, la más gentil ciudad en toda Italia, la más terrible peste de que se tenga noticia; la cual, ya sea por la influencia de los planetas, o que haya sido enviada por Dios como justo castigo por nuestros pecados, habiendo brotado algunos años antes en Levante⁸⁴, y después de transitar de lugar en lugar causando un daño increíble, ha llegado ahora a occidente”⁸⁵.

La referencia a Levante no es gratuita, ya que, en las aparentemente lejanas tierras orientales, la noticia de los estragos que ocasionaba la enfermedad cundió rápidamente en Europa, ocasionando reacciones que iban de la sorpresa e incredulidad, al temor y convencimiento de que el fin del mundo estaba cerca⁸⁶.

De esa manera se configura el vocablo “peste”, como sinónimo de “[...] calamidad y ruina”⁸⁷, y que ha permanecido en el imaginario contemporáneo para designar todo aquello que afecta negativamente, produciendo terror y miedo.

⁸² Horrox, Rosemary, *op. cit.*, p. 194.

⁸³ Humanista nacido en 1313 y fallecido en 1375, este singular florentino fue testigo de la pandemia en diversas partes de Italia (no sólo Florencia, sino Nápoles), siendo afectado directamente por la muerte de su Padre, víctima también de la “muerte negra”.

⁸⁴ El término se refiere al Lejano Oriente.

⁸⁵ Schevill, Ferdinand (ed.), *The First Century of Italian Humanism*, F.S. Crofts & Co., New York, 1928, p. 32.

⁸⁶ “Black Death”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://resources.saylor.org/wwwresources/archived/site/wp-content/uploads/2011/06/Black-Death.pdf>, p. 5.

⁸⁷ Sánchez-David, Carlos E., “La Muerte Negra. ‘El Avance de la Peste’”, en *Revista de la Facultad de*

A partir de la “Ruta de la Seda”, la más importante de las vías medievales para el transporte de especias y productos exóticos y que conectaba China e India con el Medio Oriente y Europa, la pandemia estaría presente, en una primera ola, durante cuatro años, prácticamente de 1348 a 1352.

Conforme los relatos y las crónicas de la época, la devastación y desolación fueron absolutas.

La vívida descripción dada por Gottfried, para ilustrar el sombrío contexto, es un extraordinario ejemplo de lo indicado en los párrafos anteriores: “Una tarde de octubre de 1347, doce galeras genovesas tocaron puerto en la ciudad siciliana de Messina. Provenían del Oriente y traían una tripulación disminuida por la peste, los pocos vivos sufrían lo indecible. No les dieron permiso para atracar y tuvieron que ir de puerto en puerto, contaminando toda Sicilia y las islas griegas. Incluso Génova, su ciudad de origen, les negó el permiso de atracar. Por fin, el primero de noviembre de 1348 los barcos se detuvieron en Marsella. Desde allí, la peste alcanzó el interior del país, causando la muerte del 50% de la población de Provenza. En enero, la peste llegó a Pisa y luego a Venecia. En esta ciudad ocasionó, cada día, 600 muertes. Desde allí se extendió hacia toda Europa: desde Sevilla a Bergen y desde Chester a Moscú”⁸⁸.

Al primer brote pandémico, siguieron sucesivas oleadas que continuaron asolando principalmente el espacio europeo, hasta prácticamente los primeros decenios del siglo XVII, donde la peste negra desaparece tan abruptamente como había aparecido⁸⁹.

Medicina, Vol.16, No.1, 2008, Enero-Junio, 2008, p. 133.

⁸⁸ Gottfried, Robert S., *The Black Death. Natural and Human Disaster in Medieval Europe*, The Free Press, New York/London/Toronto/Sydney, 1985, p. xiii.

⁸⁹ El destacado escritor inglés Daniel Defoe es el último que describe, con gran detalle, el último brote de la pandemia en su libro *The Pest in London*, cuya publicación en 1722 coincide con la fecha en que la enfermedad prácticamente desaparece sin dejar rastro.

Como lo señala Sánchez-David, la tragedia ocasionada por la “muerte negra” influyó considerablemente en el curso de la historia del viejo Continente; pues “[...] todo cambió”⁹⁰.

En efecto, no solamente se transformó el entramado social, como se indicaba en párrafos anteriores, sino que, además, el entorno rural y urbano evolucionó de tal manera que ya en el Siglo XVIII no quedaban vestigios del régimen feudal que había imperado en Europa durante cientos de años.

Pero es la afirmación de Benedictow la que clarifica y subraya la trascendencia de esta pandemia al señalar: “la historia de la muerte negra es importante porque hizo historia”⁹¹.

1.3.3. Siglo XX y pandemia: “Preparándonos para lo impredecible”⁹²

El siglo XX registró, entre otros, tres violentos brotes pandémicos relacionados con el virus A, causante de la influenza⁹³ y que marcarían el desarrollo posterior de los estudios, los planes de acción, así como las políticas sanitarias de control y prevención de los fenómenos pandémicos.

Si bien separados en el tiempo –1918, 1957 y 1968–, sus orígenes y efectos, así como la severidad con la que se desarrollaron fueron muy variados. Sin embargo, los expertos coinciden en destacar que el brote de 1918 fue la “madre” de todas las demás manifestaciones pandémicas que se sucedieron durante la pasada centuria y aún siguen generando focos epidémicos en diversas partes del mundo⁹⁴.

⁹⁰ Sánchez-David, Carlos E., *loc. cit.*, p. 135.

⁹¹ Benedictow, Ole, *loc. cit.*, p. 6.

⁹² La frase evidencia que, pese a los grandes e indiscutibles avances científicos en la comprensión, control, cura y prevención de los brotes pandémicos, la humanidad no puede menos que ser consciente de lo extremadamente complejo que es el futuro cercano en este ámbito, que plantea más dudas e incertidumbres, que certezas. Kilbourne, Edwin D., “Influenza Pandemics of the 20th. Century”, en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 12, No. 1, January, 2006, pp. 12-13.

⁹³ Los tres brotes fueron identificados como subtipos antigénicos del virus A que causa la influenza: H1N1, H2N2 y H3N3, respectivamente. Kilbourne, Edwin D., *loc. cit.*, p. 9.

⁹⁴ Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., “1918 Influenza: The Mother of All Pandemics”, en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 12, No. 1, January, 2006, p. 15.

En efecto, Taubenberger y Morens señalan: “El impacto de esta pandemia no se limitó a 1918-1919. Todas las pandemias de influenza tipo A desde ese tiempo, y prácticamente todos los casos de influenza A nivel mundial [...], han sido causados por los descendientes del virus de 1918 [...]”⁹⁵.

Grosso modo se analizarán, en los párrafos siguientes, estos importantes sucesos de naturaleza virológica.

1.3.3.1. La génesis: la influenza española de principios del siglo XX

Pocos meses antes de que terminara la “Gran Guerra”⁹⁶, tuvo lugar uno de los brotes pandémicos más dramáticos de la historia contemporánea.

Identificada la enfermedad como una especie de gripe⁹⁷ –o *influenza*⁹⁸, en la terminología inglesa–, la transmisión expansiva y su elevadísima tasa de letalidad la constituyen no sólo en la primera pandemia del siglo XX, sino en la que más muertes ha causado, siendo el número de fallecidos, muy superior a las víctimas de la propia contienda bélica cuyo fin coincide, precisamente, con el periodo en que tiene lugar la oleada pandémica.

En efecto, se calcula que, en el breve transcurso de diez meses, cerca de cincuenta millones de personas perdieron la vida como consecuencia de la devastadora afectación de la enfermedad⁹⁹, habiendo sido contagiado y padecido secuelas, aproximadamente un tercio de la humanidad de esa época¹⁰⁰.

⁹⁵ *Ídem*.

⁹⁶ Se da este apelativo a la Primera Guerra Mundial, conflagración que inicia el 28 de julio de 1914 y finaliza con la capitulación de Alemania, el 11 de noviembre de 1918, aceptando las duras condiciones del armisticio aliado.

⁹⁷ El primer científico en sospechar que la enfermedad la causaba un patógeno viral de características muy parecidas al de la gripe común fue Paul A. Lewis, científico norteamericano de brillante reputación y extraordinaria carrera como investigador.

⁹⁸ El vocablo proviene del italiano *influenza*, que a su vez deriva del latín *influentia*, compuesto de *in* –“hacia dentro”–, y *fluere* –“fluir”–, es decir, “fluir algo hacia el interior”. “Influenza”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://dicciomed.usal.es/palabra/influenza>.

⁹⁹ Tomás Pumarola, Andrés Antón, “La Pandemia de Gripe de 1918. Una Incógnita 100 años Después”, en *Revista de Enfermedades Emergentes*, Vol. 17, Número 2, 2018, p. 63.

¹⁰⁰ Alrededor de quinientos millones de personas, según estimaciones de Frost. Frost, W. H., “Statistics of

De orígenes geográficos aun discutidos, la literatura científica describe la aparición, en la primavera de 1918, de una enfermedad, no conocida previamente, semejante a la influenza común, en China, específicamente en Cantón, que rápidamente se esparce en Manchuria, y de Shanghai a Szechuan¹⁰¹, presentándose posteriormente en Rusia y de dicha región, se transmite por Europa¹⁰².

De igual forma, se identifica un brote infeccioso muy similar que surge en la parte central del oeste norteamericano a fines del verano –principios de otoño– de ese mismo año¹⁰³.

La aparición simultánea de la enfermedad en diferentes partes del mundo¹⁰⁴, es lo que ha dificultado la asignación regional –o inclusive, local– de la pandemia¹⁰⁵.

A lo anterior se añade la aparición, más o menos frecuente a lo largo de la pasada centuria, de rebrotes¹⁰⁶ cuyo origen patogénico puede rastrearse a la pandemia de 1918-1919.

En este sentido, como señalan Taubenberger y Morens, “[...] el examen de la estadística de mortalidad a partir de 1920 sugiere que en pocos años posteriores a 1918, la influenza había adoptado un patrón epidémico anual [...]”¹⁰⁷.

Influenza Morbidity”, en *Public Health Reports*, Vol. 35, No. 11, March 12, 1920, pp. 584–597. En este mismo sentido, Brundage, John F. y Shanks, G. Dennis, “Deaths from Bacteria Pneumonia during 1918-1919 Influenza Pandemic”, en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 14, No. 8, August, 2008, p. 1193. Aunque estos últimos autores afirman que la tasa de muertes atribuidas, de manera directa, a la influenza, es menor, siendo el resto de morbilidad atribuible a otras causas patogénicas relacionadas con la influenza.

¹⁰¹ Chun J. W. H., “Influenza, Including its Infection among Pigs”, en *National Medical Journal of China*, Vol. 5, 1919, pp. 34–44, citado en Kilbourne, Edwin D., *loc. cit.*, p. 9

¹⁰² En el continente europeo, la pandemia coincide con el último año de la Primera Guerra Mundial, por lo que los numerosos movimientos de los ejércitos que participaron en la contienda bélica, las condiciones insalubres existentes tanto en los campos de batalla como en las ciudades devastadas por la conflagración, y, en general, las afecciones previas, contribuyeron significativamente a un rápido y mortal contagio de la influenza.

¹⁰³ Shope, Richard E., “The Influenza Viruses of Swine and Man”, en *Harvey Lectures*, Series 30, 1935–1936, pp. 183-230.

¹⁰⁴ Se originaron varios focos epidémicos en distintas regiones geográficas que, posteriormente y debido a la rapidez inusitada de propagación del patógeno, devinieron en una verdadera pandemia.

¹⁰⁵ Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., *loc. cit.*, p. 16.

¹⁰⁶ De menores dimensiones, tanto por lo que ve a su virulencia, como a la tasa mortal y el ámbito de expansión que tuvieron.

¹⁰⁷ Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., *loc. cit.*, p. 16.

Sin embargo, la pregunta clave, no es la referida a la génesis geográfica de la influenza *española*¹⁰⁸, sino más bien a qué se debió su fatalidad¹⁰⁹.

La primera ola mortal de la influenza pandémica aparece en la primavera de 1918¹¹⁰, siendo seguida por una segunda –en otoño de ese año– y tercera –durante el período invernal del mismo 1918–, de características más virulentas, expansivas y de mayor morbilidad¹¹¹.

Previamente, en 1915 y 1916 se registraron tasas muy elevadas de muertes ocasionadas por enfermedades respiratorias, especialmente influenza y neumonía¹¹², atribuidas a un virus que actualmente se cree pudo haber sido una versión “débil” del que, dos años después, causaría una terrible devastación a nivel mundial¹¹³.

Si bien no hay certeza científica de que el virus que ocasionó tal estadística mortal entre 1915 y 1916, haya sido el mismo agente patógeno causante de la influenza de 1918-1919, se considera que constituyó una especie de “aviso” de la pandemia.

A pesar de ello, “[...] no hay una explicación plausible de cómo pudo aumentar su letalidad de forma súbita y simultánea en diferentes sitios del mundo”¹¹⁴. No había precedentes que pudieran científicamente aclarar el fenómeno

¹⁰⁸ El calificativo “española” es incorrecto y se debe a que fue en ese país europeo donde por primera vez se produjo “[...] la primera información oficial de la gripe de 1918 [...], que no participó en la primera guerra mundial (1914-18) y carecía de censura”. Los detallados registros que se realizaron en España de la sintomatología ocasionada por el patógeno y el hecho de que se extendiera a buena parte de la población (inclusive afectó a la familia real), asociaron el adjetivo a la pandemia de influenza de 1918. Lüthy, Isabel A. *et al.*, “A Cien Años de la Gripe Española”, en *Medicina*, Vol. 78, Núm. 2, 2018, p. 113.

¹⁰⁹ Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., *loc. cit.*, p. 16.

¹¹⁰ A este primer brote pandémico se le conoce como la “ola heraldo”, pues “anunció” las dos siguientes ondas. Anversa, David, *The 1918 Spanish Influenza Pandemic. A Comprehensive Study of the Deadliest and Most Devastating Pandemic in Human History*, Independently Published, November 2020, p. 11.

¹¹¹ Algunos autores consideran que hubo una especie de “cuarta” ola pandémica ocasionada por este patógeno en el invierno de 1920 “[...] con menor mortalidad, gravedad e incidencia. La diferencia reseñable fue que afectó de forma preferente a los niños más pequeños”. Mejías Estévez, Manuel José *et al.*, “la Pandemia de Gripe de 1918: Mitos y Realidades desde la Literatura Científica”, en *Journal of Negative & No Positive Results*, Vol. 3, No. 8, 2018, p. 662.

¹¹² De manera específica en Norteamérica.

¹¹³ Capps, Joseph A. y Moody, A. M., “The Recent Epidemic of Grip”, en *Journal of American Medical Association*, Vol. 67, 1916, pp. 1349–1350.

¹¹⁴ Lüthy, Isabel A. *et al.*, *loc. cit.*, p. 114.

pandémico que había tenido lugar en un período de tiempo tan corto y en una escala y dimensiones globales.

Del total de la población que falleció en las tres ondas sucesivas de la pandemia, un alto porcentaje fueron personas adultas jóvenes, dato que ha llamado la atención de numerosos expertos, debido a que era usual que el rango de mortalidad se ubicase en los extremos de la población.

Lo anterior significa que normalmente, los fenómenos pandémicos causados por el virus de la influenza –gripe– son letales entre los integrantes de los sectores de edad temprana o joven¹¹⁵, o bien, entre los integrantes de los grupos humanos de mayor edad¹¹⁶.

Gráficamente, la tasa de mortalidad de la pandemia de 1918 puede representarse en forma de “W”, cuyo pico letal meridiano comprendería los decesos de aquéllos cuyas edades se ubicaban entre los 20 a 40 años¹¹⁷.

Ahora bien, la adaptación humana a los patógenos se traduce en la denominada “inmunidad de rebaño”¹¹⁸, lo que permite que el cuerpo genere los suficientes mecanismos de defensa y pueda superar rápidamente la enfermedad, o incluso, no contagiarse.

Sin embargo, la ciencia médica aún no es capaz de identificar las razones por las cuales entre 1918 y 1919 se materializaron no solamente una, sino tres ondas masivas de la influenza, originadas, todas, por el mismo virus.

En este mismo sentido, la identificación específica del tipo viral ha sido objeto de numerosos análisis, siendo todavía controvertido su origen animal, aunque la

¹¹⁵ Entre los 5 y los 14 años.

¹¹⁶ A partir de los 55 y 60 años en adelante.

¹¹⁷ Se destaca que, por lo menos los últimos 150 años, la gráfica que representa la edad al momento de la defunción, ha tenido forma de “U”, por lo que la graficación en forma de “W” es, inusual, sin precedentes conocidos. Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., *loc. cit.*, p. 19.

¹¹⁸ También denominada “inmunidad poblacional”, el término hace referencia al umbral que debe alcanzarse a fin de que una población específica se encuentre protegida del contagio causado por un virus. Usualmente se emplea en el contexto de las vacunas. “What is ‘Herd Immunity’?”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19#:~:text=Herd%20immunity'%2C,exposing%20them%20to%20it>.

mayoría de los expertos señalan, como fuente del virus de la influenza de 1918, una hibridación de virus “circulantes” entre seres humanos y cerdos, donde, además, es apreciable la incidencia de virus de naturaleza aviar¹¹⁹.

En general, las numerosas investigaciones y análisis desarrollados para comprender la altísima virulencia del patógeno causante de la pandemia de 1918, subrayan la importancia de la adaptación –en sentido de recepción– de las células humanas al virus de la influenza, así como la probable mutación que este último debió experimentar en los años previos, incrementando su eficacia en la transmisión de la fuente animal al ser humano y, por supuesto, el contagio entre los propios seres humanos a una velocidad impresionante.

Como se mencionó anteriormente, el impacto de las tres olas pandémicas fue terrible, tanto en las pérdidas de vidas humanas, como en sus efectos económicos y sociales. Describe Mejías Estévez: “La tragedia de esta pandemia fue más allá de las muertes directas. El miedo se apoderó de la población, provocando situaciones dramáticas como el aislamiento social y la estigmatización de la enfermedad. La gente se ausentaba de sus trabajos (no se atrevían a salir de casa), produciendo un efecto directo y desastroso sobre la economía. En algunos lugares las autoridades declararon la cuarentena, prohibieron el derecho de reunión para evitar aglomeraciones, se cerraron escuelas, teatros, centros del culto... hasta el punto de que numerosos fallecimientos de niños fueron debidos al hambre (se les aislaba hasta el punto de prohibir llevarles alimentos) [...]”¹²⁰.

Como afirma Kenneth, el “mundo experimentó un verdadero cambio de arriba abajo”¹²¹. La fatal combinación de la última etapa de la “Gran Guerra” con la

¹¹⁹ Por todos, Lüthy, Isabel A. *et al.*, *loc. cit.*, p. 117. Los autores indican que “Hay evidencias que sugieren que el virus 1918 no provino directamente de un virus aviar sino de un número de recombinaciones de virus circulantes en humanos y cerdos incorporadas a un virus aviar introducido a humanos algunos años antes de la pandemia”. También resulta interesante el recuento que hacen Taubenberger y Morens. Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., *loc. cit.*, p. 18.

¹²⁰ Mejías Estévez, Manuel José *et al.*, *loc. cit.*, p. 665.

¹²¹ Kenneth C., Davies, *More Deadly than War. The Hidden History of the Spanish Flu and the First World War*, Henry Holt and Company, New York, 2018, pp. 160 *et seq.*

pandemia, motivó una serie de cambios cuyos efectos perdurarían durante todo el siglo XX y condicionarán, en buena medida, los inicios del tercer milenio.

Calificada como “[...] la mayor grande catástrofe sanitaria de la historia [...]”¹²², la pandemia ocasionada por la influenza *española* de 1918 constituyó la primera “advertencia” de lo que la humanidad en su conjunto habría de enfrentar en el contexto, cada vez más complejo, incierto y difícil, de las enfermedades transmisibles y, especialmente, los fenómenos globales pandémicos asociados a estas últimas.

1.3.3.2. Cien años de pandemias: ¿el inicio del fin?

Taubenberger y Morens afirman que “[c]omprender las pandemias ocasionadas por la influenza en general, requiere comprender la pandemia de 1918 en sus diversos aspectos histórico, epidemiológico y biológico”¹²³.

Bajo esta perspectiva, cabe destacar que hay coincidencia en la literatura científica especializada en que los brotes de influenza que tuvieron lugar en 1957 y 1968, hacen evidente su linaje “1918”¹²⁴. Sin embargo, dichos episodios pandémicos no se materializaron hasta la segunda mitad del siglo pasado, sin que se detectara en ese intermedio temporal ningún brote masivo de la enfermedad que pudiera considerarse de alcance mundial.

En efecto, como señala Kilbourne, “[d]espués de la pandemia [...] de 1918, la influenza regresó a su usual patrón de epidemias regionales de menor virulencia en las décadas de los 30s, 40s e inicios de los 50s”¹²⁵.

En el contexto de la investigación científica virológica en un ambiente más adecuado y propicio, el brote de influenza de 1957 se configuró como la primera

¹²² Mejías Estévez, Manuel José *et al.*, *loc. cit.*, p. 660.

¹²³ Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., *loc. cit.*, p. 21.

¹²⁴ Kilbourne, Edwin D., *loc. cit.*, pp. 10 y 11.

¹²⁵ *Ibidem*, p. 10.

pandemia donde se demostró la letalidad del patógeno por sí solo, sin que elementos bacteriales coadyuvaran en la tasa de morbilidad¹²⁶.

1.3.3.2.1. La influenza asiática de 1957–1959

La denominada “gripe asiática” hace su aparición en un entorno político condicionado por la “Guerra Fría”¹²⁷, en un mundo dividido por la confrontación soterrada entre las potencias de la época.

En este contexto, la primera noticia del brote pandémico se da en la provincia de Yunnan, ubicada en el sureste de China. Rápidamente se expande por el continente asiático, alcanzando una tasa elevada de contagio entre la población¹²⁸. A su vez, la costa oeste de Norteamérica fue alcanzada por la pandemia en el verano de ese año, extendiéndose velozmente por todo el continente.

Los estudios científicos que analizaron el virus de influenza tipo A¹²⁹, causante de la enfermedad en dicha región geográfica, demostraron que el patógeno había pasado de aves acuáticas silvestres a seres humanos, combinándose con una cepa del resfriado común.

Casillas, Herrero y Varón destacan “El inicio de la enfermedad era rápido y el curso clínico era severo: alcanzaba altas cotas de mortalidad (el 33%) y desarrollo

¹²⁶ *Ídem*.

¹²⁷ Kettunen y Aunesloma señalan que “[...] el propio concepto de Guerra Fría debería ser visto como una interpretación histórica que ha variado y cambiado con el tiempo [...] referido a ciertas fases de la confrontación Este-Oeste [...] [iniciando] propiamente con la ruptura de la Gran Alianza a mediados de 1940, que alcanzó su más alto punto durante la Guerra de Corea de 1950-.1953, y terminó en la llamada primera ‘dénite’ a mediados de la década de los 50s”. Kettunen, Pauli y Aunesloma, Juhana, “History in the Cold War and the Cold War in the Presente”, en Aunesloma, Juhana y Kettunen, Pauli (ed.), *The Cold War and the Politics of History*, University of Helsinki/Edita Publishing, Helsinki, 2008, p. 9. Otros expertos identifican, no obstante, la terminación de dicho período con la caída del Muro de Berlín, en 1989. *Cfr.*, por todos, “The Cold War (1945-1989)”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.cvce.eu/content/publication/2011/11/21/6dfe06ed-4790-48a4-8968-855e90593185/publishable_

¹²⁸ Así, por mencionar un solo ejemplo, en Hong Kong se contabilizaron cerca de 250 mil personas contagiadas en un breve período de tiempo en ese año.

¹²⁹ Del subtipo (H2N2).

[de] neumonía en casi todos [los] pacientes y en algunos casos disfunción múltiple de órganos”¹³⁰.

No obstante, la pandemia de influenza de 1957 fue menos virulenta que la de 1918, y su tasa de mortalidad bastante inferior¹³¹.

Si bien la información estadística disponible no abarca la totalidad de los países donde se registraron casos de la enfermedad, se calcula que en el período comprendido de 1957 a 1959, fallecieron, a causa de la pandemia de influenza aviar de origen asiático, aproximadamente 1.1 millones de personas¹³².

La cepa del patógeno circuló hasta 1959, pudiendo encontrarse, inclusive, en el origen del brote de 1968.

Cabe destacar, como aspecto positivo, lo que señala Kilbourn, en el sentido de que “[l]a experiencia de la influenza asiática proveyó la primera oportunidad de estudiar cómo la infección y la enfermedad postpandémicas subsisten en fases epidémicas”¹³³. Los resultados de tales investigaciones han permitido consolidar las técnicas preventivas y, en la medida de lo posible, avanzar en los tratamientos curativos de las enfermedades causadas por la acción patógena.

Sin embargo, la dinámica adaptabilidad de los agentes virológicos ocasionaría una tercera pandemia a finales de la década de los sesenta del siglo XX.

¹³⁰ Casillas, S. *et al.*, “Gripe Aviar: lo que un Intensivista debe Conocer”, en *Medicina Intensiva*, Vol. 32, Núm. 4, 2008, p. 184.

¹³¹ Alrededor del 0.1%. Barricarte, A., “Gripe Aviar: la Pandemia que Viene”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 29, No. 1, Enero-Abril, 2006, p. 8.

¹³² Viboud, Cécile *et al.*, “Global Mortality Impact of the 1957–1959 Influenza Pandemic”, en *The Journal of Infectious Diseases*, Vol 213, No. 1, March, 2016, p. 742.

¹³³ Kilbourne, Edwin D., *loc. cit.*, p. 10.

1.3.3.2.2. La influenza de Hong Kong de 1968

Nuevamente Asia sería el foco originario de la tercera pandemia de influenza. Específicamente, la ciudad de Hong Kong se constituyó en el epicentro a partir del cual se expandiría a todo el sureste asiático.

En el mes de julio de 1968, en el contexto de una epidemia causada por una enfermedad de tipo respiratorio, los expertos en Hong Kong, identificaron una cepa de virus A –subtipo H3N2–.

Dadas las condiciones tan diversas, así como los efectos, que dicho patógeno ocasionó en los países en los que se reportaron contagios¹³⁴, la pandemia de influenza de 1968 ha sido caracterizada más bien como “latente”, significando con ello las intermitencias que tuvo en el período de tiempo y los espacios geográficos –así como el número de personas contagiadas– que afectó.

De igual forma a lo ocurrido con la cepa de 1918, cincuenta años más tarde se observó una especie de “cruce” del virus entre diferentes especies, transmitiéndose el patógeno de animal a humano y, nuevamente, de humano a animal. Ello confirmó la extraordinaria habilidad del virus para adaptarse a diferentes receptores, con independencia de su especificidad natural, así como de la mutabilidad que podía desplegar, lo que motiva, con alto grado de probabilidad en opinión de Kilbourn, que esta cepa, concretamente el “[...] subtipo H3N2 aún prevalezca como el mayor y más problemático virus de influenza A en humanos”¹³⁵.

En opinión de Martín Moreno y Gorgojo Jiménez, la pandemia fue particularmente contagiosa entre niños, escolares, adolescentes y adultos jóvenes, pero el grupo más afectado fue el de la tercera edad¹³⁶. Sin embargo, por virtud de los avances médicos y la rápida respuesta de los servicios de naturaleza sanitaria,

¹³⁴ Así, por ejemplo, la pandemia tuvo un grado de repercusión leve en Japón, mientras que, en los Estados Unidos, las tasas de infección y letalidad fueron altas. *Ibidem*, p. 11.

¹³⁵ *Ídem*.

¹³⁶ Martín Moreno, José María y Gorgojo Jiménez, Lydia, “Las Pandemias de Gripe: Situación Epidemiológica Mundial y Retos Inmediatos”, en Grisolia, Santiago (dir.), *La Gripe Aviaria: Un Reto de Salud Pública*, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, 2006, p. 119.

la tasa de mortalidad no fue tan elevada como la ocasionada por la pandemia de 1918¹³⁷.

El virus se expandió a lo largo de cuatro oleadas, la primera de ellas en 1968, cuyo pico a nivel mundial se alcanzó en diciembre de ese año. Tres ondas sucesivas se produjeron en los meses de invierno correspondientes a 1969, 1970 y 1971, pero con efectos mucho más leves que el primer episodio pandémico¹³⁸.

1.3.3.2.3. Pseudopandemias en el contexto finisecular

El último cuarto del siglo pasado fue testigo de una serie de brotes en diferentes regiones del mundo. Ocasionados por variaciones del virus de la influenza, tuvieron repercusión de alcance epidémico, aunque algunos episodios alcanzaron relevancia global. Si bien la mortalidad reportada fue bastante leve, en comparación con las pandemias de 1918, 1957 y 1968¹³⁹, dos brotes son significativos y se consideran de relevancia para incluirlos en este apartado, aun cuando *strictu sensu* no sean pandemias, debido a que sus efectos estuvieron más o menos localizados regionalmente.

El primero corresponde a la ola de influenza de origen porcino que apareció en 1976, especialmente en el hemisferio norte.

El brote, inicialmente virulento al grado que se temió llegara a transformarse en auténtica pandemia, decreció en los meses correspondientes al verano de ese año, ocasionando episodios aislados que no llegaron a configurar situaciones de emergencia¹⁴⁰.

¹³⁷ Especialmente en Europa, región donde la tasa de mortalidad fue más bien baja, en comparación con Asia y Estados Unidos.

¹³⁸ *Ídem*.

¹³⁹ Kilbourne, Edwin D., *loc. cit.*, p. 11.

¹⁴⁰ *Ídem*.

En segundo lugar, la pandemia de influenza que tuvo su origen en Rusia¹⁴¹, a finales de 1977¹⁴². La “gripe roja”, que fue el apelativo que se le dio por el foco geográfico donde apareció, fue ocasionada por el virus A¹⁴³, y afectó principalmente a una gran parte de la población joven, principalmente menores de edad.

Este numeroso grupo carecía de la inmunidad generada en los adultos y personas de la tercera edad, sectores de la población que habían adquirido la suficiencia respuesta inmunitaria por su exposición a los brotes pandémicos anteriores, especialmente el de 1957¹⁴⁴.

De ahí, entonces, el argumento de la literatura médica especializada en que dicha pandemia, prácticamente restringida a un específico sector poblacional, implicó la reaparición del patógeno que había estado en el origen de las sucesivas oleadas ocurridas en los años 1957 a 1959¹⁴⁵.

1.3.3.3. *Excursus: el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*

El primer informe de la aparición de esta “infección oportunista”¹⁴⁶, se dio en Estados Unidos, específicamente en California¹⁴⁷.

En 1981 se registró el fenómeno de una enfermedad infecciosa que ocasionaba la muerte a personas en apariencia sanas.

Cinco fueron las muertes respecto de las que se confirmó, en la autopsia, que habían fallecido de neumonía, específicamente del tipo *pneumocystis carinii*¹⁴⁸.

¹⁴¹ En ese momento era la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

¹⁴² Martín Moreno, José María y Gorgojo Jiménez, Lydia, *loc. cit.*, p. 120.

¹⁴³ Del subtipo (H1N1).

¹⁴⁴ Kilbourne, Edwin D., *loc. cit.*, p. 12.

¹⁴⁵ Pereira, M. *et al.*, “Influenza Surveillance”, en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 56, No. 2, 1978, pp. 201-202.

¹⁴⁶ Así denominadas puesto que sólo afectan a las personas que carecen de un sistema de defensas adecuado. Moreno-Sánchez, Francisco *et al.*, “Las Grandes Epidemias que Cambiaron al Mundo”, en *Anales Médicos*, Vol. 63, No. 2, Abril-Junio, 2018, p. 154.

¹⁴⁷ La publicación que consignó la información fue Gottlieb, M. S. *et al.*, “Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles”, en *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 30, No. 21, June 5, 1981, pp. 250-252.

¹⁴⁸ La publicación científica subrayaba que, por lo menos en Estados Unidos, dicha variedad de neumonía, por lo demás grave, prácticamente se limitaba a los pacientes con inmunodeficiencia severa.

El dato que llamó la atención de los expertos fue el hecho de que todos los fallecidos habían sostenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo¹⁴⁹.

Los casos posteriores confirmaron, *ab initio*, esta característica, por lo que dicho dato demográfico constituyó el inicio para que la enfermedad se atribuyera a individuos cuya conducta fue adjetivada de “promiscua”, “pervertida”, propia de “drogadictos”, estigmatizando, de esa manera, a los integrantes de tal grupo, incrementando con ello su vulnerabilidad¹⁵⁰.

No obstante, la percepción inicial de la enfermedad rápidamente cambió, ya que se empezaron a documentar casos de contagio en personas que habían recibido transfusiones sanguíneas, ampliándose, por lo tanto, el grupo poblacional potencialmente susceptible de ser infectado¹⁵¹.

En el período que comprende desde la publicación del primer reporte de la enfermedad –1981– hasta finales de 2019, aproximadamente 75 millones de personas¹⁵² habían sido contagiadas por el agente patógeno causante de la enfermedad.

La expansión de la enfermedad ha sido desigual, lo que hace evidente no sólo las grandes diferencias socioeconómicas de cada región geográfica¹⁵³, sino el difícil acceso que las personas contagiadas tienen a un tratamiento que, además de ser muy costoso, es prácticamente vitalicio¹⁵⁴.

¹⁴⁹ A su vez, la primera descripción de la enfermedad se consignó por Gottlieb, M. S. *et al.*, “*Pneumocystis Carinii* Pneumonia and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men-Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency”, en *New England Journal of Medicine*, Vol. 305, No. 24, December, pp. 1425-1431.

¹⁵⁰ Moreno-Sánchez, Francisco *et al.*, *loc. cit.*, p. 155. En este mismo sentido, Leal indica que “[L]a inicial expansión del VIH fue marcada por un esparcimiento con marcado predominio entre la población gay y una alta tasa de mortalidad, asociado al aislamiento y estigma social”. Leal Becker, Rodrigo, “Breve Historia de las Pandemias”, en *Psiquiatría*, Vol. 24, 2020, p. 12.

¹⁵¹ De igual forma, también se detectaron transmisiones de la enfermedad en personas que mantuvieron relaciones heterosexuales, así como por el uso de jeringas contaminadas e inclusive, por el intercambio de otro tipo de fluidos.

¹⁵² Según datos estadísticos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/SIDA. “Global HIV & AIDS statistics – 2020 fact sheet”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

¹⁵³ Por ejemplo, en África, actualmente cerca del 3% de la población adulta padece la enfermedad, mientras en Europa y Norteamérica la tasa es menor al 1%.

¹⁵⁴ La expectativa de vida de los pacientes con SIDA es mayor que durante las primeras dos décadas en que

En este sentido, casi cuarenta años han transcurrido y, no obstante, los numerosos esfuerzos¹⁵⁵ que se han realizado por los expertos para descubrir una vacuna que desarrolle la inmunidad necesaria en la población a nivel global, no hay avances muy significativos¹⁵⁶.

La morbilidad es, asimismo, alta. En efecto, se estima que, por lo menos en Norteamérica, el SIDA es la causa principal de muerte en varones con edades comprendidas entre los 25 a cuarenta años; en el caso de las mujeres, es la tercera causa de fallecimientos¹⁵⁷. La incidencia es más elevada en Asia y Latinoamérica¹⁵⁸.

La identificación de la fuente del virus HIV¹⁵⁹, causante del SIDA, se materializó en 2006¹⁶⁰. El patógeno se transmitió de simios¹⁶¹ a seres humanos, cruzando la barrera entre especies diferentes.

hizo su aparición la enfermedad. En la actualidad, a pesar de no haberse encontrado una vacuna que prevenga el contagio, la ciencia ha desarrollado medicamentos que auxilian en el tratamiento efectivo de los padecimientos ocasionados por el virus.

¹⁵⁵ Se estima que cada año se invierten aproximadamente mil millones de dólares norteamericanos en los diferentes proyectos de investigación que pretenden encontrar el mecanismo profiláctico más adecuado. Oldstone, Michael B. A., *Viruses, Plagues & History. Past, Present and Future*, Revised and Updated Edition, Oxford University Press, 2009, p. 251.

¹⁵⁶ No obstante, recientemente se anunció que un prospecto de vacuna para prevenir el contagio de la enfermedad había entrado en fase 3 del proceso de experimentación, misma que implica el ensayo de la vacuna en forma masiva. De Benito, Emilio, “Una Vacuna contra el VIH Llega a la Última Fase de Ensayos por Primera Vez en Más de 10 Años”, en *El País*, 1º. de diciembre de 2020, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://elpais.com/sociedad/2020-12-01/una-vacuna-contr-el-vih-llega-a-la-ultima-fase-de-ensayos-por-primera-vez-en-mas-de-10-anos.html>

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 253.

¹⁵⁸ Según Fuentes, que cita la estadística del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), “[...] entre 2009 y 2018 han fallecido a causa de “enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana” un total de 48 mil 939 personas, lo cual implica un promedio anual de cuatro mil 983 casos anuales, o bien, un promedio de 13 personas al día. De esa cantidad, un total de 40 mil 27 personas fallecidas eran hombres (81.8% del total), mientras que en ocho mil 912 casos la persona fallecida era una mujer (18.2% del total). Estas diferencias implican, de acuerdo con el Censida, que la tasa de mortalidad por esta causa sea de 1.3 casos por cada 100 mil personas, en el caso de las mujeres; y de 6.8 casos por cada 100 mil hombres”. Fuentes, Mario Luis, “Mortalidad por VIH-Sida, ¿Tendencia al Alza?; entre 2009 y 2018 Murieron 48,939”, en *Excelsior*, 3 de diciembre de 2019, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/mortalidad-por-vih-sida-tendencia-al-alza-entre-2009-y-2018-murieron>

48939/1351016#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20informaci%C3%B3n,fallecieron%20(36%25)%20y%20de

¹⁵⁹ En realidad, son dos lentivirus: los virus de inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (HIV-1 and HIV-2). Sharp, Paul M. y Hahn, Beatrice H., “Origins of the HIV and the AIDS Pandemic”, en *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, Vol. 1, No. 1, September, 2011, p. 1.

¹⁶⁰ El descubrimiento se debió a Robert Gallo y Luc Montaigner, especialistas médicos de nacionalidad norteamericana, el primero, y francesa, el segundo.

¹⁶¹ La raza específica fue el chimpancé africano *pan troglodytes*, y el área geográfica fue el sur de Camerún.

Si bien se ha confirmado que los simios son resistentes al virus, a través del contagio del virus HIV a receptores humanos, las diversas mutaciones experimentadas por el patógeno lo han hecho extremadamente virulento para el hombre.

A diferencia de otros virus¹⁶², el HIV progresa en el receptor de una forma muy lenta, transcurriendo años antes de que los primeros síntomas de la inmunodeficiencia se manifiesten.

El resultado de la infección es la inmunodepresión, favoreciendo que la persona infectada esté expuesta a otras enfermedades infecciosas frente a las cuales no puede desarrollar respuestas defensivas, ya que el sistema inmunológico se encuentra gravemente disminuido. A partir de que la enfermedad avanza a tales niveles –que, por otra parte, el período de “latencia” puede durar un largo tiempo, como se ha demostrado por los estudios especializados–, los riesgos de fallecimiento son bastante elevados.

Si bien la pandemia del SIDA no tiene las mismas características de los brotes –y rebotes– ocasionados por el virus de la influenza en sus distintas versiones, se considera pertinente incorporarla a este breve panorama cronológico de las pandemias más relevantes que ha enfrentado –y aun lo hace– la humanidad.

De forma similar a la peste y la influenza, ya comentadas *grosso modo* con anterioridad, el SIDA ha tenido un profundo impacto en el tejido social de finales del siglo pasado y en las décadas iniciales del nuevo milenio¹⁶³.

No sólo posibilitó la “visibilidad” de grupos y sectores de la sociedad tradicionalmente apartados y excluidos, sino que influyó en el cambio de patrones culturales que habían permanecido intangibles durante siglos.

Oldstone, Michael B. A., *op. cit.*, p. 265.

¹⁶² Los virus causantes de enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la fiebre amarilla y la viruela, infectan rápidamente, ocasionando la aparición casi inmediata de los primeros síntomas. *Ibidem*, p. 269.

¹⁶³ Gustafson-Brown, Cindy, *HIV/AIDS Pandemic: Origins, Science, and Global Impact*, Second Edition, Cognella Academic Publishing, 2013, p. 78.

En síntesis, mientras la ciencia médica no avance en materializar medidas profilácticas adecuadas, el SIDA continuará presente en el contexto social global como pandemia *sui generis*.

1.3.4. Las pandemias en el siglo XXI

Las primeras décadas de esta centuria no han estado exentas de brotes epidémicos –a escala local y regional–, ni tampoco de episodios de naturaleza pandémica.

Característica del contexto actual es el surgimiento de una “[...] inmensa diversidad de [...] patógenos”¹⁶⁴. Pese a que ello implica, *per se*, un importante desafío, no todos los virus que están apareciendo en el inicio del tercer milenio son potencialmente capaces de originar un brote pandémico.

Básicamente son siete las plagas de origen viral que actualmente afectan a las poblaciones de diversas regiones geográficas o, inclusive, tienen un impacto global¹⁶⁵.

1.3.4.1. Lassa, Ébola y Hantavirus

En primer término, se encuentran las enfermedades cuya fuente patógena son los virus Lassa, el Ébola y los Hantavirus.

Estos tres agentes poseen una alta capacidad de infección, aunque provienen de diferentes familias virales. De igual forma, los tres producen en el ente receptor –seres humanos, en este caso–, fiebre hemorrágica¹⁶⁶.

El contagio con cualquiera de los tres tipos de virus anteriormente indicados produce intensas hemorragias, internas, por supuesto, pero también *ad extra* de la

¹⁶⁴ Waldvogel, Francis A., “Infectious Diseases in the 21st Century: Old Challenges and New Opportunities”, en *International Journal of Infectious Diseases*, Vol. 8, 2004. P. 7.

¹⁶⁵ Le Guenno, Bernard, “Emerging Viruses”, en *Scientific American*, Vol. 273, Vol. 4, October, 1995, pp. 56-64.

¹⁶⁶ Oldstone, Michael B. A., *op. cit.*, p. 199.

persona infectada, ocasionando la inconsciencia y, eventualmente, el fallecimiento¹⁶⁷.

Tanto el virus que produce la fiebre de Lassa¹⁶⁸, como el que causa la enfermedad del Ébola¹⁶⁹, son endémicos en el continente africano. Ambos son letales, y se calcula que su tasa de mortalidad es mayor al 70%¹⁷⁰.

Si bien en el caso del virus de Lassa, su reservorio natural se ha identificado en los roedores¹⁷¹, en el caso del virus del Ébola, son los murciélagos donde la investigación ha localizado el origen vírico.

La expansión pandémica del virus del Ébola inició en 2014, en Guinea, difundiéndose a Sierra Leona, Liberia, Senegal, Estados Unidos de Norteamérica, España y Mali¹⁷², así como en la República Democrática del Congo¹⁷³, manteniéndose constante en el espacio geográfico africano hasta la actualidad.

Por lo que corresponde a la trayectoria seguida por el virus de la fiebre de Lassa, el brote surgió en Guinea, trasladándose a Sierra Leona, Ghana, Nigeria y Benín¹⁷⁴.

¹⁶⁷ *Ídem*.

¹⁶⁸ Olusola Olayiwola, J. y Bakarey, A. S., “Epidemiological Trends of Lassa Fever Outbreaks and Insights for Future Control in Nigeria”, en *International Journal of Tropical Disease and Health*, Vol. 24, No. 4, January, 2017, pp. 2, 5. Los autores destacan que la presencia de este arnavirus se da especialmente en el África Occidental, aunque también está ampliamente difundida en el África Central y Oriental.

¹⁶⁹ La especie es la denominada rata africana (*Mastomys natalensis*). *Ídem*.

¹⁷⁰ Kolbach, Marianne *et al.*, “Ébola: Caracterización, Historia y Manifestaciones Cutáneas; lo que Debemos Saber”, en *Revista Médica de Chile*, Núm. 143, 2015, p. 1444-1445. Aunque el caso del Ébola, la letalidad alcanza cifras más elevadas, alrededor del 90%.

¹⁷¹ “[...] en especial en la especie *Rousettus aegyptiacus*”. *Ídem*.

¹⁷² Organización Mundial de la Salud, “Ebola Response Roadmap - Situation Report Update 3 December 2014”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://reliefweb.int/report/liberia/ebola-response-roadmap-situation-report-update-3-december-2014>

¹⁷³ Organización Mundial de la Salud, “DR Congo: Ebola Outbreak - Jun 2020”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://reliefweb.int/disaster/ep-2020-000144->

¹⁷⁴ Wilkinson, Annie, *Lassa Fever: The Politics of an Emerging Disease and the Scope for One Health*, STEPS Working Paper 83, STEPS, Brighton, 2015, p. 1.

En el caso de los Hantavirus, si bien éstos fueron descubiertos por dos brotes que tuvieron lugar en la década de los años cincuenta¹⁷⁵, su expansión más dinámica se ha materializado en los primeros años del siglo XXI¹⁷⁶.

La investigación científica ha identificado el reservorio natural del virus Hantaan (HTNV) en roedores, especialmente en el denominado ratón de campo¹⁷⁷, especie que se localiza en amplios espacios geográficos, tanto en Norteamérica, como en Asia y Europa.

La tasa de letalidad de los Hantavirus es bastante elevada, calculándose que ronda casi el 60% de las personas infectadas, dependiendo de la virulencia del brote¹⁷⁸.

En este sentido, cabe resaltar que, a nivel global, cada año, entre 150 a 200 mil personas se contagian de alguna de las diferentes variedades patógenas de estos virus¹⁷⁹.

El contagio, ya sea de animal portador a ser humano, o entre humanos, ocasiona, al igual que los virus de Lassa y Ébola, fiebre hemorrágica, a la que se añaden complicaciones pulmonares o/y renales graves que, eventualmente, ocasionan la muerte de la persona infectada¹⁸⁰.

En los últimos veinte años se han descubierto numerosos patógenos hantavirales, lo que ha motivado el campo de investigación virológica de esta

¹⁷⁵ El primero de ellos ocurrió durante la Guerra de Corea (1950 a 1953), mientras que el segundo se originó en 1993, en los Estados Unidos de Norteamérica. Jonsson, Colleen B. *et al.*, “A Global Perspective on Hantavirus Ecology, Epidemiology, and Disease”, en *Clinical Microbiology Review*, Vol. 23, No. 2, April, 2010, p. 412.

¹⁷⁶ La pandemia se ha extendido de Asia y Estados Unidos de América a Europa, así como también a Canadá, México América Central y Sudamérica. Young, J. C. *et al.*, “New World Hantaviruses”, en *British Medical Bulletin*, Vol. 54, No. 2, 1998, p. 659.

¹⁷⁷ *Apodemus agrarius* y *Apodemus peninsulae*, pero también *Apodemus flavicollis* y *Apodemus ponticus*, estos dos últimos ubicados en Europa. Sin embargo, conforme se expandía el virus, fue ampliándose la tipología de los diferentes portadores. Resulta interesante el estudio que al efecto incluyen en su texto Jonsson *et al.*, *loc. cit.*, pp. 419-420.

¹⁷⁸ *Ibidem*, p. 412.

¹⁷⁹ Bi, Zhenqiang *et al.*, “Hantavirus Infection: A Review and Global Update”, en *The Journal of Infection in Developing Countries*, Vol. 2, No. 1, 2008, pp. 5-8.

¹⁸⁰ *Ibidem*, pp. 10-11.

variedad, pues la ciencia médica aún se encuentra desarrollando mecanismos que posibiliten su control, y especialmente, su profilaxis¹⁸¹.

1.3.4.2. El Virus del Nilo Occidental y el Chikungunya

El denominado Virus del Nilo Occidental fue identificado en 1937, en África¹⁸². Sin embargo, su expansión global y alcance pandémico se materializó en los primeros años del presente siglo.

El estudio de este patógeno emergente, de la familia *Flaviviridae*, ha puesto en evidencia la multidimensionalidad de la interacción entre el virus¹⁸³, sus reservorios naturales, su portabilidad, así como la transmisión tanto horizontal¹⁸⁴ como vertical¹⁸⁵.

El virus, cuyo reservorio es el mosquito¹⁸⁶, se expandió a todo el continente africano y de ahí pasó a Eurasia, “[...] incluyendo el Medio Oriente, Asia central, el sur y este de Europa, Rusia, India e Indonesia [...]”¹⁸⁷. Actualmente también se encuentra diseminado en Norteamérica, América Central y el Caribe.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad causada por el virus del Nilo Occidental son muy variadas. Desde la fiebre ligera hasta severas afecciones neurológicas¹⁸⁸, la tasa de mortalidad de la infección alcanza hasta un 15% de los casos confirmados¹⁸⁹.

¹⁸¹ Young, J. C. *et al.*, *loc. cit.*, p. 671.

¹⁸² En Uganda.

¹⁸³ Artsob, H. *et al.*, “West Nile Virus in the New World: Trends in the Spread and Proliferation of West Nile Virus in the Western Hemisphere”, en *Zoonoses and Public Health*, Vol. 56, 2009, p. 358.

¹⁸⁴ Esto es, entre los individuos de una misma especie.

¹⁸⁵ De una especie inferior a una superior (animal doméstico a ser humano – transmisión vertical ascendente), o bien, de manera inversa (transmisión vertical descendente).

¹⁸⁶ De las subespecies *Culex* y *Aedes*. Aunque los portadores del patógeno usualmente son especies aviares, pues el ciclo viral se da entre los mosquitos y las aves. Bahuon, Céline *et al.*, “West Nile Virus Infection”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.researchgate.net/publication/300637438_West_Nile_Virus_Infection

¹⁸⁷ Artsob, H. *et al.*, *loc. cit.*, p. 358.

¹⁸⁸ Meningitis o encefalitis.

¹⁸⁹ Artsob, H. *et al.*, *loc. cit.*, p. 359.

En virtud de las modalidades a través de las que puede transmitirse el virus y a su carácter zoonótico, se considera que es muy difícil su erradicación de las áreas donde actualmente prevalece¹⁹⁰.

De manera semejante al virus del Nilo Occidental, la enfermedad del Chikungunya se transmite por mosquitos¹⁹¹.

Identificado por primera vez en África, el apelativo se “[...] deriva del lenguaje hablado en el sur de Tanzania que se refiere a la postura que toman los pacientes afectados con artralgias severas que caracterizan esta infección”¹⁹².

Si bien el patógeno¹⁹³ fue descubierto en 1953, es en la primera década del siglo XXI, específicamente en 2004, cuando ocurre el primer brote epidémico de la enfermedad, también en el continente africano¹⁹⁴, expandiéndose a una velocidad inusitada¹⁹⁵, particularmente al Caribe y de ahí a Latinoamérica¹⁹⁶.

Como destaca Calderón Jiménez, “La elevada tasa de ataque, la alta viremia y la distribución global de los mosquitos vectores favorecen la rápida diseminación de este Agente”¹⁹⁷.

Caracterizada por provocar fiebre intensa, la enfermedad afecta de manera más severa a los recién nacidos y a los adultos de edad avanzada.

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 365.

¹⁹¹ Específicamente el denominado mosquito tigre asiático (*Aedes albopictus*).

¹⁹² Calderón Jiménez, Ana Gabriela, “Chikungunya Virus”, en *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, Vol. LXXII, Núm. 614, p. 189. La artralgia (de los vocablos griegos *αρθρο* –*arthro*–, “articulación” y *αλγος* –*algos*–, “dolor”) significa “dolor de articulaciones”.

¹⁹³ El agente patógeno es un alfavirus, del tipo *Togaviridae*.

¹⁹⁴ En Kenia.

¹⁹⁵ Del continente pasó a las islas Seychelles, Comorro, Mauricio y Madagascar. Posteriormente se documentaron casos en la Isla Reunión y de ahí el virus se expandió a la India y, posteriormente, en 2007, a Europa, especialmente en los países del Mediterráneo. World Health Organization/Regional Office for Europe, “Chikungunya in the WHO European Region”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/246164/Fact-sheet-Chikungunya-Eng.pdf?ua=1

¹⁹⁶ Señalan Martínez y Torrado que la enfermedad se ha expandido a “[...] varias regiones del mundo en las cuales no existía anteriormente y se ha convertido en una enfermedad emergente a nivel global”. Martínez Fernández, Liodelvio y Torrado Navarro, Yeimy Paola, “Fiebre Chikungunya”, en *Revista Cubana de Medicina*, Vol. 54, Núm. 1, 2015, p. 74.

¹⁹⁷ Calderón Jiménez, Ana Gabriela, *loc. cit.*, p. 189.

Ciertamente la tasa de mortalidad de la enfermedad es baja; sin embargo, es incapacitante en un alto porcentaje¹⁹⁸, y la persona infectada tarda en recuperarse un período muy prolongado de tiempo.

En los últimos diez años ha causado una gran preocupación la expansión global del patógeno, debido a que constituye una amenaza a los sistemas de salud pública en los más de cuarenta países en los que se han identificado brotes a la fecha¹⁹⁹.

1.3.4.3. El Síndrome Respiratorio Agudo Severo²⁰⁰ y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente²⁰¹

Considerado el causante de la primera pandemia del siglo XXI²⁰², el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), hizo su primera aparición documentada en el sur de China a finales de 2002, aunque el virus fue identificado en Hanoi, Vietnam, a mediados de 2003²⁰³.

La expansión del agente patógeno abarcó, en un período de tiempo muy corto, 33 países en cinco continentes, infectando a poco más de 8,000 personas.

En 2003, se identificó un segundo rebrote, localizado en Canadá, específicamente en la provincia de Ontario, cuya virulencia alcanzó tal magnitud que la Organización Mundial de la Salud recomendó no visitar dicha región hasta que la enfermedad estuviera bajo control.

¹⁹⁸ En más del 60% de los casos.

¹⁹⁹ Wahid, Braira *et al.*, “Global Expansion of Chikungunya Virus: Mapping the 64-year History”, en *International Journal of Infectious Diseases*, Vol. 58, 2017, p. 74.

²⁰⁰ En la literatura científica médica se le denomina SARS, por su apelativo en inglés, *Severe Acute Respiratory Syndrome*.

²⁰¹ Conocido en el ámbito médico como MERS, por su nombre en inglés, *Middle East Respiratory Syndrome*.

²⁰² Oldstone, Michael B. A., *op. cit.*, p. 226.

²⁰³ García Apac, Coralith *et al.*, “Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)”, en *Revista Médica Herediana*, Vol. 14, Núm. 2, 2003, p. 89.

La enfermedad es causada por un virus de la familia *Coronaviridae*²⁰⁴, habiéndose designado al viroide con el apelativo SARS-CoV²⁰⁵. Cabe destacar que el calificativo “corona” responde a la forma que tiene el virus, debido a que es un núcleo circular con proyecciones en pico, lo que le da su característica apariencia.

La variedad de los coronavirus había sido previamente identificada en la década de los años treinta, y se sabía que era capaz de infectar tanto a animales como a seres humanos²⁰⁶.

Desde la perspectiva clínica, resulta interesante señalar que los coronavirus no sólo afectan las vías aéreas superiores, sino que, además, dañan severamente las células pulmonares²⁰⁷, ocasionando que el enfermo tenga gran dificultad para respirar. En consecuencia, hay una escasa transferencia de oxígeno de los pulmones al torrente sanguíneo, ocasionando pérdida de la consciencia y la necesidad de intubar al paciente.

El SRAS afecta fundamentalmente a personas de edad adulta, entre un rango de edad que va de los 25 a los 70 años. La tasa de mortalidad es relativamente baja, ya que ronda el 6% de los casos identificados²⁰⁸.

Los estudios epidemiológicos realizados a la fecha no son conclusivos en lo que se refiere al origen del virus. Inicialmente se identificó el patógeno como proveniente de animales salvajes²⁰⁹, ya que se localizó en mercados chinos donde se comercian tales especies. Sin embargo, análisis posteriores de pacientes infectados por el virus, demostraron que no había existido contacto previo con animales contagiados.

La enfermedad generó zozobra a nivel mundial, pero por virtud de la cooperación científica entre países, el genoma del virus pudo desarrollarse

²⁰⁴ Destacan García Apac *et al.*, “Este género fue descrito por primera vez en 1965 por Tyrrell y Bynoe, como semejante al virus de la bronquitis de los pollos, y su naturaleza citopática por Hamre y Procknow al ser aislado en estudiantes de medicina que padecían de resfriados”. *Ibidem*, p. 90.

²⁰⁵ Oldstone, Michael B. A., *op. cit.*, p. 2267.

²⁰⁶ *Ídem*.

²⁰⁷ De manera específica el tracto respiratorio inferior.

²⁰⁸ García Apac, Coralith *et al.*, *loc. cit.*, p. 91.

²⁰⁹ Particularmente de la civeta enmascarada (*Paguma larvata*).

rápidamente, con lo cual se logró disminuir la expansión del agente patógeno y mantenerlo controlado.

Ahora bien, por lo que toca al Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (SRMO), se trata de una enfermedad causada también por un coronavirus²¹⁰.

El patógeno fue identificado en 2012, en Arabia Saudita²¹¹. Todos los casos de infección primaria se localizan en dicha región geográfica (incluyendo, por supuesto, países vecinos), o bien se trata de personas que se contagiaron al visitar la zona²¹².

A diferencia de las enfermedades mencionadas en los apartados anteriores, no existe evidencia científica de transmisión ágil y dinámica del MERS-CoV. Básicamente la propagación se da por contactos estrechos entre la persona infectada y los receptores, y usualmente en ambientes de naturaleza hospitalaria²¹³.

El reservorio natural del virus en comento fue identificado en el camello del desierto²¹⁴, y rompió la extendida creencia de que las especies de las selvas africanas o del sureste asiático, son las que posibilitan, de manera prácticamente exclusiva, el entorno apropiado para hospedar a las diferentes clases de patógenos zoonóticos²¹⁵. Aunque también cabe destacar que existe consenso entre los expertos en señalar que también se consideran reservorios del patógeno, animales domésticos, tales como ovinos, caprinos, bovinos e inclusive, porcinos y aves²¹⁶.

²¹⁰ Denominado científicamente como MERS-CoV.

²¹¹ De tal localización geográfica le viene el apelativo de Síndrome de Medio Oriente.

²¹² Así, “[S]e han informado casos en Corea del Sur, Abu Dabi, Qatar, Líbano, Argelia, Jordania, Irán, Omán, Kuwait, Estados Emiratos Árabes, Yemen, Bangladesh, Filipinas, China, Túnez, Malasia, Tailandia, Turquía, Italia, Grecia, Francia, Austria, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos de Norteamérica”. Bratanich, Ana, “MERS-CoV: Transmisión y el Papel de Nuevas Especies Hospederas”, en *Revista Argentina de Microbiología*, Vol. 47, Núm. 4, 2015, p. 279.

²¹³ *Ídem*.

²¹⁴ *Camelus dromedarius*.

²¹⁵ World Health Organization, “How the 4 Biggest Outbreaks Since the Start of this Century Shattered Some Long-standing Myths”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.who.int/news/item/01-09-2015-how-the-4-biggest-outbreaks-since-the-start-of-this-century-shattered-some-long-standing-myths>

²¹⁶ Bratanich, Ana, *loc. cit.*, p. 280.

A diferencia del SRAS, la transmisión entre seres humanos del MERS-CoV es muy deficiente, aunque cabe advertir que su tasa de mortalidad es bastante elevada, pues se estima entre un 35 a 40%²¹⁷.

La epidemiología de la enfermedad abarca desde enfermedad respiratoria leve a neumonía viral que es usualmente fatal para el enfermo, ya que se complica con la aparición del síndrome respiratorio agudo²¹⁸.

No obstante, su alto porcentaje de letalidad, el SRMO se encuentra actualmente bajo control, pese a no contarse con vacuna para su prevención, como es el caso de la mayor parte de las enfermedades generadas por virus.

1.3.4.4. La Influenza Porcina Mexicana de 2009

En 2009, en el Estado de Veracruz, se detectaron numerosos casos de personas afectadas por lo que en un principio se consideró gripe. Los afectados vivían cerca de una granja porcícola²¹⁹, y aunque no se reportó que los animales hubieran presentado síntomas de alguna enfermedad, resultó evidente el vínculo entre los infectados y los porcinos.

La expansión de la enfermedad, al resto de México, Estados Unidos y Canadá, motivó que el 11 de junio de ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud emitiera una alerta de nivel seis²²⁰, lo que implicaba una pandemia que se encontraba en fase de desarrollo.

²¹⁷ Cunha, Cheston B. y Opal, Steven M., “Middle East Respiratory Syndrome (MERS). A New Zoonotic Viral Pneumonia”, en *Virulence*, Vol. 5, No. 6, Agosto, 2014, p. 650.

²¹⁸ *Ibidem*, p. 651.

²¹⁹ La población donde se originaron los primeros casos de contagio se denomina La Gloria, y fue afectado el 60% de sus integrantes. González Valdés, Laura Margarita *et al.*, “La influenza A (H1N1): Estado Actual del Conocimiento”, en *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, Vol. 14, Núm. 1, Enero-Marzo, 2010, p. 297.

²²⁰ Conviene señalar que la Organización Mundial de la Salud prevé seis fases de alarma pandémica. En la 1 no hay infecciones en seres humanos; en la fase 2 un virus que afectaba a animales infecta a seres humanos; en la 3 el virus causa enfermedades de manera ocasional y no se extiende fácilmente; en la 4 hay transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o de un virus reagrupado (humano-animal) capaz de causar brotes a nivel comunitario; en la 5 esa propagación se da en al menos dos países de una región; la 6 tiene que ver con su aparición en una región distinta. En ese momento se decreta la pandemia. Organización Mundial de la Salud, *Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza. Documento de Orientación de la OMS*,

Previamente, la misma organización internacional había denominado la afección como influenza A (H1N1)²²¹, identificando el origen zoonótico de la enfermedad en un virus cuyo reservorio natural se localizó en el cerdo.

Esta cepa no se conocía previamente, por lo que se considera que constituye una mutación del patógeno que ocasionó la pandemia de influenza de 1918. Diferente al virus que causa el resfriado común, el patógeno del brote pandémico de 2009 origina síndromes gripales y neumonías graves²²².

Los sectores poblacionales con mayor incidencia son los adultos cuyas edades comprenden de los 20 a los 59 años²²³, de manera especial los adultos jóvenes son afectados por el agente patógeno. Se calcula que cerca de 600 mil personas fallecieron durante el primer brote de la enfermedad²²⁴.

En la actualidad, el virus continúa circulando en el mundo de manera estacional, aunque conforme los modelos desarrollados para mitigar su transmisión comunitaria han tenido un impacto que se considera positivo, a lo que debe añadirse el esfuerzo internacional desplegado a través de intensas campañas de vacunación²²⁵.

Corresponde ahora, examinar los aspectos más relevantes del virus que ha generado el fenómeno pandémico más reciente y, por lo que se desprende de la opinión de los expertos, el más devastador de los últimos cien años.

Programa Mundial de Influenza, Ginebra, 2009, pp. 36-40.

²²¹ La acción tuvo lugar el 30 de abril de 2009.

²²² Alonso Reynoso, Carlos, “La Influenza A (H1N1) y las Medidas Adoptadas por las Autoridades Sanitarias”, en *Desacatos*, Núm. 32, Enero-Abril, 2010, p. 38.

²²³ Charu, Vivek *et al.*, “Mortality Burden of the A/H1N1 Pandemic in Mexico: A Comparison of Deaths and Years of Life Lost to Seasonal Influenza”, en *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 53, No. 10, November, 2011, p. 990.

²²⁴ Centers for Disease Control and Prevention, “First Global Estimates of 2009 H1N1 Pandemic Mortality Released by CDC-Led Collaboration”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/pandemic-global-estimates.htm>

²²⁵ Centers for Disease Control and Prevention, “Ten Years of Gains: A Look Back at Progress Since the 2009 H1N1 Pandemic”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/2018-2019/decade-since-h1n1-pandemic.html#NEWFluSurvNETandburdenofinfluenza>

1.4. COVID-19: origen y características epidemiológicas

En el mes de diciembre de 2019, un brote de casos de una neumonía de carácter grave se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en la República Popular de China.

Los análisis epidemiológicos realizados inicialmente, demostraron que la enfermedad se expandía rápidamente, comportándose de manera más agresiva en la población adulta con edades comprendidas en el arco de los 30 a 79 años²²⁶.

La mayoría de los primeros casos correspondían a individuos que laboraban o acudían, con cierta frecuencia, al *Huanan Seafood Wholesale Market*, un mercado donde se vendían pescados y mariscos, el cual también distribuía otros tipos de carne, incluyendo la de animales silvestres, tradicionalmente consumidos por la población local.

El 7 de enero de 2020, las autoridades sanitarias chinas identificaron como agente patógeno causante del brote, un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*²²⁷ que posteriormente fue denominado SARS-CoV-2²²⁸, y cuya secuencia genética fue compartida por las propias instancias gubernamentales del país, el 12 de enero del mismo año.

²²⁶ Se estimó que la letalidad inicial global de la enfermedad era del 2.3%. Wu, Zunyou y McGoogan, Jennifer M., “Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention”, en *Journal of the American Medical Association*, Vol. 323, No. 13, pp. 1239-1242.

²²⁷ Los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y en una variedad de animales – que incluyen tanto aves como mamíferos (camélidos y felinos, aunque también murciélagos)–. Se trata de una enfermedad de carácter zoonótica, es decir, susceptible de transmisión de los animales a los seres humanos. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV). Ministerio de Sanidad del Reino de España, Centro de Coordinación y Alertas Sanitarias, *Información Científica-Técnica. Enfermedad por Coronavirus, COVID-19*, Madrid, 12 de Noviembre de 2020, p. 5.

²²⁸ Este agente viral, por su novedad al no estar vinculado directamente a los patógenos causantes de influenza de origen aviar, fue denominado, inicialmente, 2019-nCoV (novel coronavirus de 2019). Posteriormente, se le adjudicó el nombre COVID-19 (del inglés *Coronavirus disease*, es decir “enfermedad Coronavirus”), apelativo con el que se le conoce. Díaz-Castrillón, Francisco Javier y Toro Montoya, Ana Isabel, “SARS-CoV-2/COVID-19: el Virus, la Enfermedad y la Pandemia”, en *Medicina & Laboratorio*, Vol. 24, No. 3, 2020, p. 184.

El brote pandémico se expandió velozmente a diferentes provincias de China durante los meses de enero y febrero de 2020, incrementándose los contagios.

La enfermedad continuó propagándose a otros países asiáticos y luego a diferentes continentes.

Si bien con reticencia inicial, para el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote había adquirido el nivel de pandemia, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que aparentemente es la mayor emergencia sanitaria mundial de la época contemporánea²²⁹.

A tal efecto, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de dicha organización internacional, subrayó:

“A lo largo de las dos últimas semanas, el número de casos de COVID-19 fuera de China se ha multiplicado por 13, y el número de países afectados se ha triplicado. En estos momentos hay más de 118,000 casos en 114 países, y 4,291 personas han perdido la vida. Miles de personas más están luchando por sus vidas en los hospitales. En los días y semanas por venir esperamos que el número de casos, el número de víctimas mortales y el número de países afectados aumenten aún más. Desde la OMS hemos llevado a cabo una evaluación permanente de este brote y estamos profundamente preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones, hemos llegado a la conclusión de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia [...]”²³⁰.

²²⁹ En el discurso que el Director General de la OMS ofreció con motivo de la declaración oficial de que la COVID-19 podía considerarse pandemia, el Dr. Ghebreyesus enfatizó que se trataba de la primera pandemia causada por un coronavirus, pues no existía ningún antecedente de ese tipo.

²³⁰ Ghebreyesus, Tedros Adhanom, “Alocución de Apertura del Director General de la OMS en la Rueda de Prensa sobre la COVID-19 Celebrada el 11 de Marzo de 2020”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Como se puede apreciar con la declaración del Director General de la OMS, este virus es sumamente contagioso y mortal, sin embargo, no es la primera vez que SARS-CoV-2 haya protagonizado una pandemia, por ello es relevante conocer su etimología y su estructura.

1.4.1. Descripción etiológica del agente patógeno

Ciertamente los coronavirus ya habían ocasionado brotes epidémicos en diferentes regiones geográficas y con resultados relevantes²³¹, pero ninguno de tales proporciones como el que se produjo por la aparición del SARS-CoV-2.

En tal virtud, conviene describir *grosso modo*, las características etiológicas más relevantes del virus.

En este sentido, cabe destacar que el virus causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia *Coronaviridae*.

Esta familia se subdivide, a su vez, en cuatro géneros, a saber: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* y *Deltacoronavirus*. Un gran número de coronavirus de los cuatro géneros ya indicados generan enfermedades en animales, principalmente los de naturaleza doméstica, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario.

Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados –esto es, o son *Alphacoronavirus* o bien, *Betacoronavirus*²³²–.

²³¹ Como lo destaca Accinelli *et al.*, al indicar que “[o]tros coronavirus han generado brotes de neumonía, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) de 2002-2003 que dejó 774 muertes y 8098 infectados y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS), originado en Arabia Saudita responsable de 848 muertes en 27 países durante 2012-2019”. Accinelli, Roberto Alfonso *et al.*, “COVID-19: La Pandemia por el Nuevo Virus SARS-CoV-2”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 37, No. 2, 2020, p. 303.

²³² A su vez, los *Betacoronavirus* comprenden cuatro linajes, A, B, C y D.

Ahora bien, en perspectiva eco epidemiológica se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad²³³ y coronavirus zoonóticos²³⁴.

Los coronavirus de origen humanos circulan libremente en prácticamente toda la geografía global; asimismo, suelen ocasionar enfermedades respiratorias más bien leves²³⁵. Por el contrario, los coronavirus zoonóticos circulan en períodos temporales –es decir, transitoriamente–, pero pueden generar grandes epidemias de enfermedad respiratoria grave.

Dado su carácter zoonótico, el agente patógeno causante de la enfermedad COVID-19 necesariamente se origina en un animal.

Conviene resaltar que estudios científicos realizados previamente al brote de 2019²³⁶, habían sido conclusivos en identificar especies de mamíferos salvajes como potencial vínculo causal de las enfermedades respiratorias causadas por virus SARS en el sureste asiático y las provincias del sureste chino, así como en el Medio Oriente²³⁷.

Por lo que corresponde a los análisis realizados en los últimos meses para identificar la fuente zoonótica del SARS-CoV-2, “[más] evidencia se construye dando indicativo de que el pangolín podría haber transmitido la infección a humanos”²³⁸.

Esta especie²³⁹ es de particular atractivo para la medicina tradicional china por las escamas que recubren al animal, y su comercio se encuentra ampliamente difundido en la parte sureste del continente asiático. En especial, su venta y

²³³ Es decir, coronavirus humanos, HCoV.

²³⁴ Estos coronavirus se derivan de un huésped animal que usualmente es su reservorio natural.

²³⁵ Se calcula que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común. Díaz-Castrillón, Javier y Toro-Montoya, Ana Isabel, *loc. cit.*, p. 185.

²³⁶ Entre 2002 y 2003. Bell, Diana *et al.*, “Animal Origins of SARS Coronavirus: Possible Links with the International Trade in Small Carnivores”, en *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, Vol. 359, 2004, pp.1107-1114.

²³⁷ *ut supra* las referencias al primer brote, en China, del SRAS y el brote del SRMO.

²³⁸ Kumar O. R., Vinodh *et al.*, “SARS-CoV-2 (COVID-19): Zoonotic Origin and Susceptibility of Domestic and Wild Animals”, en *Journal of Pure and Applied Microbiology*, Vol. 14 (Special Edition), May, 2020, pp. 742-743.

²³⁹ Mamífero del orden *Pholidota*, el subgénero es el *Manidae manis*.

consumo se identificaron en el “mercado húmedo” de Huanan, en la ciudad de Wuhan, epicentro originario de la pandemia.

A su vez, el ser humano es capaz de transmitir el virus no sólo a otros individuos, sino, también, a receptores animales. A la fecha, se ha identificado este tipo de infección en perros²⁴⁰, gatos²⁴¹, tigres²⁴², leones²⁴³ y visones²⁴⁴.

La cercanía de los seres humanos con las especies domésticas, así como la gran susceptibilidad de que estas últimas puedan infectarse –o ser infectadas, a su vez, por personas–, ha originado diversas vías de investigación respecto de la profilaxis requerida a efecto de controlar no sólo el actual brote pandémico, sino futuras olas de contagio y expansión de viroides.

Lo que sí es claro y no presenta duda de ningún tipo es que, como afirma Kumar *et al.*, “[...] las infecciones zoonóticas en humanos están incrementándose, requiriendo preparación oportuna como parte de la agenda global de salud”²⁴⁵.

1.4.2. Transmisión del Agente Patógeno

La propagación del agente patógeno es por diversas vías, según se ha confirmado por los estudios científicos realizados desde la aparición del brote primigenio en China.

Las más comunes son “[...] el contacto, las gotículas, los fómites, la transmisión aérea, la transmisión fecal-oral, la transmisión hemática, la transmisión maternofilial y la transmisión de los animales al ser humano”²⁴⁶.

²⁴⁰ El primer caso de transmisión de ser humano a perro fue identificado en Hong Kong, el 9 de marzo de 2020.

²⁴¹ El 28 de marzo de 2020, fue identificado el primer caso de transmisión de ser humano a felino, en Bélgica.

²⁴² En el zoológico del Bronx, en Nueva York, Estados Unidos, tuvo lugar el primer caso a nivel mundial, de un animal salvaje, no doméstico, infectado con el SARS-CoV-2. Se trató de un tigre, felino que el 6 de abril de 2020, dio positivo a la prueba de COVID-19.

²⁴³ En el mismo zoológico del Bronx, el 17 de abril de 2020, se confirmó que tres leones y cuatro leones también estaban infectados del virus.

²⁴⁴ El 26 de abril de 2020, se informó el contagio por COVID-19 de todos los visones en dos granjas ubicadas en Holanda.

²⁴⁵ Kumar O. R., Vinodh *et al.*, *loc. cit.*, p. 745.

²⁴⁶ Organización Mundial de la Salud, “Transmisión del SARS-CoV-2: Repercusiones sobre las Precauciones

Por lo que corresponde a la transmisión del virus por contacto, puede ser directo, indirecto o estrecho con personas infectadas mediante las secreciones contaminadas, al escupir, toser o hablar²⁴⁷.

La transmisión por gotículas respiratorias es susceptible de producirse cuando una persona está en contacto estrecho²⁴⁸ con una persona infectada que presenta síntomas respiratorios o que está hablando o cantando; en estas condiciones, las gotículas respiratorias que contienen el virus pueden llegar a la boca, la nariz o los ojos de una persona expuesta y esto podría causar la infección.

En cuanto a la transmisión aérea, la Organización Mundial de la Salud ha definido este mecanismo como “[...] la propagación de un agente infeccioso causada por la diseminación de núcleos goticulares (aerosoles) que siguen siendo infectantes tras permanecer suspendidos en el aire por tiempos prolongados y viajar distancias largas”²⁴⁹.

Cabe destacar que la transmisión por aerosoles es más acentuada en aquellas superficies cerradas o mal ventiladas, aunque también se han reportado contagios por aerosoles en espacios abiertos.

La transmisión del virus por fómites hace referencia a las superficies contaminadas por situarse el virus sobre las mismas, ello por virtud de las gotículas expulsadas por personas infectadas que, al posarse en dichos planos, las contaminan²⁵⁰.

Diversos análisis científicos han detectado viriones viables en heces fecales, así como en el plasma sanguíneo, aunque no es conclusivo si tales modalidades

en Materia de Prevención de Infecciones. Reseña Científica, 9 de Julio de 2020”, p. 1, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf?

²⁴⁷ Tales como la saliva, las secreciones respiratorias o las gotículas respiratorias.

²⁴⁸ Por “contacto estrecho” debe entenderse la circunstancia de que la separación entre la persona infectada y la persona expuesta, sean menor a metro y medio.

²⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, “Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas con Tendencia Epidémica y Pandémica Durante la Atención Sanitaria. 2014”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>

²⁵⁰ El SARS-CoV-2 se transmite al tocar la superficie contaminada.

pueden considerarse como vías de transmisión²⁵¹. Tampoco hay datos que permitan considerar que las madres lactantes que están infectadas puedan transmitir a sus hijos el virus²⁵².

Además de las vías de transmisión indicadas en los párrafos anteriores, conviene señalar que las diversas mutaciones que el patógeno ha experimentado desde su aparición primaria en Wuhan, han incidido, según los reportes publicados, en generar nuevas cepas cuya capacidad de transmisión –y, por ende, de contagio– es mucho más ágil. Si bien no son más letales, las cepas más recientes del SARS-CoV-2 han demostrado poseer una capacidad transmisión hasta 60% más efectiva que la cepa china y sus mutaciones iniciales²⁵³, ello repercute en el incremento de los contagios y, eventualmente, en la estadística de fallecidos.

Aragón-Nogales *et al.*, señalan;

“[E]n una epidemia es importante definir los grupos de riesgo de complicaciones por la infección, en el caso de infección por SARS-CoV-2 desde el inicio se observó mayor gravedad en pacientes de mayor edad y quienes presentaban una comorbilidad. Se conocen otros grupos de riesgo por la experiencia previa con otros coronavirus y por la información actual de los casos confirmados”²⁵⁴.

²⁵¹ Organización Mundial de la Salud, “Transmisión del SARS-CoV-2: Repercusiones sobre las Precauciones en Materia de Prevención de Infecciones. Reseña Científica, 9 de Julio de 2020”, *loc. cit.*, p. 3.

²⁵² *Ídem.*

²⁵³ Así, López Sánchez destaca que “El 14 de diciembre, las autoridades de Reino Unido anunciaban el hallazgo de la variante VOC 202012/01 (de ‘Variant of Concern’, año 2020, mes 12 y variante 01), con un total de 23 mutaciones, que en cuestión de semanas suplantó a los otros coronavirus en Londres y en el sureste de Inglaterra. Según datos preliminares, esta variante es más transmisible y, al acabar el año, ya se ha detectado en 31 países, incluyendo España. El 18 de diciembre, las autoridades sudafricanas anunciaban que la nueva variante 501Y.V2 se había impuesto a los otros coronavirus en tres provincias del país, e informaban de que este virus está asociado a una mayor transmisibilidad y a pacientes con una mayor carga viral. Al acabar el año, esta variante se ha detectado en otros cuatro países”. López Sánchez, Gonzalo, “¿Son las Nuevas Variantes de Coronavirus un Motivo para Preocuparse?”, en *ABC Ciencia*, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.abc.es/ciencia/abci-nuevas-variantes-coronavirus-motivo-para-preocuparse-202101020129_noticia.html#vca=254522&vso=nw&vmc=20210102200003-0100-100-coronavirus_0425&vli=re_pe-not-1-img-gde&vus=3942e88e4c9a49aca0cca162e64b83ff

²⁵⁴ Aragón-Nogales, Ranferi *et al.*, “COVID-19 por SARS-CoV-2: la Nueva Emergencia de Salud”, en *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 86, Núm. 6, p. 213.

Los grupos con presencia de comorbilidad que han sido detectados son los que padecen enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, incluyendo en este rango a los diabéticos.

No puede dejar de mencionarse, por la trascendencia que ha tenido en el contexto de la pandemia, la elevada tasa de transmisión nosocomial, ya que médicos, enfermeras y personal sanitario en contacto con enfermos de COVID-19, constituyen un grupo que sigue siendo muy afectado²⁵⁵.

1.4.3. Sintomatología

Por lo que toca a la sintomatología de la enfermedad, de acuerdo con las investigaciones más recientes, el período de incubación del virus, una vez en el receptor, comprende un arco temporal de entre dos a catorce días²⁵⁶.

Los síntomas pueden aparecer en las dos semanas siguientes al contagio, por virtud de la exposición de la persona a la fuente de infección, que puede ser otra persona, o bien, un animal, o una superficie en donde se encuentre el virus²⁵⁷.

De igual forma, los primeros síntomas de la COVID-19 pueden incluir pérdida del gusto o del olfato, falta de aire o dificultad para respirar, dolores en los músculos, escalofríos, dolor de garganta, goteo de la nariz, dolor de cabeza, dolor en el pecho, e incluso, conjuntivitis²⁵⁸. A lo anteriormente señalado, debe añadirse la presencia de una constante fatiga en el enfermo.

²⁵⁵ En el caso mexicano, las cifras estadísticas demuestran que el sector salud fue severamente afectado por la pandemia. En datos de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, a 31 de diciembre de 2020, 182 mil 246 profesionistas sanitarios se contagiaron por COVID-19, mientras que 2 mil 397 perdieron la vida. Martínez, Nurit, “Uno de Cada Cinco Médicos en México Contrajo Covid-19 en 2020”, en *El Sol de México*, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/uno-de-cada-cinco-medicos-en-mexico-contrajo-covid-19-en-2020-6193616.html>

²⁵⁶ Malla, Ashwini *et al.*, “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An Emerging Zoonotic Respiratory Pathogen in Humans”, en *Journal of Pure and Applied Microbiology*, Vol. 14 (Special Edition), May, 2020, pp. 933-934.

²⁵⁷ La presencia de viriones o de ARN vírico en la superficie contaminada puede variar durante periodos que van desde horas hasta días, dependiendo del entorno y las condiciones específicas.

²⁵⁸ Mayo Clinic, “Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19). Síntomas y Causas”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms->

De igual manera, se ha reportado en algunos enfermos de falla respiratoria, choque séptico, así como falla multiorgánica.

En los casos más severos, se informa la presencia de disnea, hipoxemia y la infiltración viral en la región pulmonar.

El diagnóstico se basa en la verificación de “[...] prueba RT-PCR de muestras respiratorias que incluyen hisopado orofaríngeo, nasofaríngeo, esputo, lavado broncoalveolar y aspirados traqueales”²⁵⁹.

El tratamiento de la enfermedad es uno de los aspectos en los que la ciencia médica se encuentra desarrollando numerosos esfuerzos, ya que a la fecha no hay una respuesta clara, ni contundente, sino meras aproximaciones clínicas, basadas en un método *casum per casum*²⁶⁰.

1.4.4. Status Quo

El contexto temporal en el que esta investigación se desarrolló, recoge las severas consecuencias que la pandemia del COVID-19 ha tenido –a la fecha sigue teniendo– tanto a escala global como regional y local, de manera particular en nuestro país.

En efecto, la dinámica expansiva del patógeno, a partir del foco original del brote primigenio en la Provincia de Hubei, China, la veloz transmisión colectiva y, sobre todo, la elevada tasa de mortalidad²⁶¹, han tenido un grave impacto en todos

causes/syc-20479963

²⁵⁹ Aragón-Nogales, Ranferi *et al.*, *loc. cit.*, p. 215.

²⁶⁰ Aragón-Nogales, Ranferi *et al.*, señalan: “[S]e recomienda de forma inmediata establecer las medidas de prevención y control, con una monitorización estrecha, aunque en los casos leves se puede dar manejo ambulatorio, en los casos que se requiera hospitalización se debe hacer en hospitales y áreas designadas para su manejo, con medidas de precaución estándar contacto por gotas y de vía aérea cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles. Proporcionar tratamiento sintomático y de soporte respiratorio y en casos graves con disfunción orgánica su ingreso a terapia intensiva. No existen ensayos clínicos aleatorizados que apoyen un fármaco antiviral, las guías han propuesto la administración de alfa-interferón y el uso de lopinavir/ritonavir. En Estados Unidos el primer caso reportado también fue el primero en utilizar como parte de su tratamiento remdesivir, que es un análogo de adenosina, y junto con la cloroquina han demostrado inhibir el SARS-CoV-2 *in vitro*”. *Ibidem*, p. 216.

²⁶¹ Es decir, la relación que hay entre la cifra de defunciones y la población. Actualmente es más fiable esta

los sectores sociales, la economía, las relaciones internacionales, que aún no es posible cuantificar en su totalidad.

Para efectos del presente trabajo, resulta conveniente resaltar la cifra de infecciones y la estadística de fallecidos.

Al cierre de esta investigación, el 27 de enero de 2022, según los datos ofrecidos por la Universidad Johns Hopkins²⁶², los reportes oficiales de los diferentes entes sanitarios de los países que conforman la Comunidad Internacional, es decir, la información *oficial*, indica que se han infectado 362 millones 467 mil 496 personas.

Por lo que corresponde a la cifra oficial global de fallecidos a causa de la enfermedad, la misma institución universitaria indica 5 millones 626 mil 855 personas²⁶³.

En nuestro país, las cifras son de 4 millones 730 mil 669 personas infectadas, y 303 mil 776 defunciones²⁶⁴.

Cabe advertir, no obstante, que tales estadísticas sólo ofrecen datos oficiales, pues el verdadero número, tanto de infectados, como de fallecidos, no se conoce²⁶⁵.

La gravedad de la pandemia ha impulsado una especie de “competencia” a escala internacional para identificar las terapias más adecuadas²⁶⁶.

tasa, para efectos de comparar, que la tasa de letalidad, pues esta última solamente analiza el número de defunciones en relación con la cifra de infecciones. Simón Domínguez, Jesús I. *et al.*, “Cómo Estimar la Letalidad del COVID-19”, en *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina en Laboratorio*, Vol. 67, Núm. 1, 2020, p. 5.

²⁶² Johns Hopkins University of Medicine, Coronavirus Resource Center, “COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)” en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

²⁶³ *Ídem.*

²⁶⁴ *Ídem.*

²⁶⁵ Simón Domínguez, Jesús I. *et al.*, *loc. cit.*, p. 5.

²⁶⁶ Cabe señalar que, a la fecha, no hay terapia validada ni autorizada. Numerosos ensayos se han realizado a fin de identificar su grado de efectividad: “[E]xiste una variedad de medicamentos reutilizados y nuevos para el tratamiento del COVID-19 que están en investigación; [...] remdesivir, cloroquina, favipiravir, hidroxiclороquina, plasma de pacientes convalecientes y otros que están planificados o en curso, cuya rápida finalización es fundamental [...]”. *Ídem.*

Sin embargo, resulta indudable que es la materialización de una vacuna que prevenga el contagio y la infección, lo que actualmente concentra ingentes esfuerzos, cooperación internacional e inversiones de gran calado.

Del número de ensayos clínicos que se están llevando a cabo, y pese a los obstáculos que se han presentado y debido superar, destaca, a fines de 2020, la autorización para aplicar las vacunas Pfizer/BioNTech²⁶⁷ y Moderna²⁶⁸ por parte de la OMS, así como de varios gobiernos. Otros países, especialmente Rusia²⁶⁹ y China²⁷⁰, han declarado contar con vacunas eficaces, inclusive han iniciado intensas campañas masivas de vacunación en su población.

A la espera de los resultados que se obtengan, el Mundo sigue en estado de alerta máxima, pues lejos de ralentizarse, los contagios siguen al alza.

En el siguiente capítulo se examinarán las medidas adoptadas por el Gobierno Federal, del Estado de Michoacán y, especialmente por el Poder Judicial del Estado de Michoacán, para hacer frente, de la mejor forma, a las amenazas y efectos ocasionados por la pandemia del COVID-19.

Dicho estado de alerta a puesto en tela de debate la ponderación de algunos derechos humanos que se ven limitados o vulnerados por la pandemia del SARS-CoV-2, tales como el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la impartición y administración de justicia.

²⁶⁷ La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos de Norteamérica (*Food and Drugs Administration*, FDA) autorizó el 11 de diciembre de 2020, la aplicación de la vacuna. FDA, “FDA Takes Key Action in Fight Against COVID-19 By Issuing Emergency Use Authorization for First COVID-19 Vaccine”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-key-action-fight-against-covid-19-issuing-emergency-use-authorization-first-covid->

²⁶⁸ La vacuna elaborada por la compañía farmacéutica Moderna fue autorizada por la FDA norteamericana el 18 de diciembre de 2020, con lo que se convirtió en la segunda vacuna en recibir dicho tratamiento de urgencia. FDA, “FDA Takes Additional Action in Fight Against COVID-19 By Issuing Emergency Use Authorization for Second COVID-19 Vaccine”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-additional-action-fight-against-covid-19-issuing-emergency-use-authorization-second-covid>

²⁶⁹ Rusia ha desarrollado una vacuna a la que dio el nombre de Sputnik V, registrada en agosto de 2020 ante el órgano regulador competente en la materia en dicho país.

²⁷⁰ Desarrollada por Sinopharma, compañía farmacéutica del Estado chino, la vacuna obtuvo su aprobación condicionada por el órgano regulador de medicamentos del gobierno chino en diciembre de 2020.

1.5. El derecho humano a la vida

Uno de los derechos fundamentales es el derecho a la vida. Este se encuentra consagrado en diversos instrumentos internacionales, como lo es la Declaración Universal de los Derechos Humanos²⁷¹ y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos²⁷².

Este derecho ha sido clasificado por el Comité de Derechos Humanos como “derecho supremo”²⁷³, debido a que no puede suspenderse en ningún momento.

Se trata de un derecho que no debe interpretarse en sentido restrictivo. Sin embargo, la normativa internacional establece varias excepciones. La principal antítesis a este derecho es la pena de muerte. Esta sanción, de extrema gravedad, sigue vigente en algunos países²⁷⁴, y se prevé en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos²⁷⁵, estableciendo quienes pueden ser acreedores a ella, en qué momento y qué personas quedan exentas de esta pena.

Los Estados son los entes jurídicamente responsables de la salvaguarda de este valioso derecho, así lo respalda la jurisprudencia internacional²⁷⁶.

Sin importar que el Estado se encuentre en situación de riesgo, de emergencia humanitaria, de conflicto armado o en un desastre natural, debe garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad²⁷⁷.

²⁷¹ Véase el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

²⁷² Véase el Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.

²⁷³ Véase el artículo 6 la Observación General No. 6 del Comité de Derechos Humanos de 1982.

²⁷⁴ Afganistán, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Palestina, Bahamas, Bangladés, Barbados, Baréin, Belice, Bielorrusia, Botsuana, Catar, Chad, China, Comoras, Corea del Norte, Cuba, Dominica, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Guyana, India, Indonesia, Irak, Irán, Jamaica, Japón, Jordania, Kuwait, Lesoto, Líbano, Libia, Malasia, Nigeria, Omán, Pakistán, República Democrática del Congo, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Singapur, Siria, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Tailandia, Taiwán, Trinidad y Tobago, Uganda, Vietnam, Yemen, Zimbabue.

²⁷⁵ Véase el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

²⁷⁶ Véase las resoluciones de los casos de la Corte IDH: *Fermín Ramírez vs. Guatemala*; *Familia Barrios vs. Venezuela*; *Boyce y otros vs. Barbados*; *Godínez Cruz vs. Honduras*.

²⁷⁷ Artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

1.6. El derecho humano a la salud

La historia del derecho a la salud es incierta en la historia de la salud pública, en medida en que para hablar de este derecho es un requisito previo el que se reconozca que la salud es un asunto que tiene connotaciones sociales y que es un campo adecuado para que se produzcan respuestas institucionales respecto a la misma, especialmente por parte de los poderes políticos²⁷⁸.

Históricamente sólo una vez que se asienta en el campo de la salud pública, mediante tal reconocimiento, es posible concebir que algunas de esas respuestas se articulan entorno en torno a la idea de derechos y en torno a la noción fundamental de derecho a la salud.

La historia de la salud pública, parte importante del más amplio ámbito del derecho a la salud, tiene que tomar en consideración dos aspectos: el desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas como base para entender el funcionamiento de la enfermedad y, por otra parte, los elementos políticos, económicos y sociales que determinan la respuesta que se le dé a la misma²⁷⁹.

En este sentido, el origen remoto de la moderna noción de salud pública puede ser situado en el auge de la doctrina mercantilista, que, al insistir en la importancia de una población numerosa como requisito para la riqueza y prosperidad del Estado, situará como necesidad el que la población esté prevista en sentido material. La salud de las poblaciones conduciría a incrementar el número de individuos realmente productivos y con ello la riqueza general.

De todas las formas los grandes movimientos de reforma sanitaria no se reproducirán con toda su intensidad hasta bien entrado el siglo XIX, en buena medida como respuesta a la Revolución Industrial²⁸⁰ o más bien a la denuncia de

²⁷⁸ Cfr. Lema Añón, Carlos, *Apogeo y Crisis de la Ciudadanía de la Salud. Historia del Derecho a la Salud del Siglo XX*, Universidad Carlos III/Instituto de Derechos Humanos “Bartolomé de las Casas”/Editorial Dykinson, Madrid, p. 6.

²⁷⁹ Cfr. Rosen, George, *A History of Public Health*, John Hopkins University Press, Baltimore and London, 1993, p. 85.

²⁸⁰ Uno de los hitos más importantes de la humanidad, la Revolución Industrial que inicia a mediados del siglo XVIII y dura hasta el primer cuarto del siglo XIX, implicó una serie de cambios y transformaciones que sentaron las bases de la modernización tecnológica, el crecimiento de los centros urbanos y el cambio de paradigma en

los terribles efectos de la salud y en las vidas de las personas que manifestó en forma de muertes prematuras y enfermedades. Los movimientos de reforma sanitaria, entre los que destaca el inglés, seguramente por ser el país más desarrollado y en el que de forma más intensa se habían puesto de manifiesto las terribles consecuencias sociales de la Revolución Industrial, no estuvieron conducidos por los médicos, que jugaron un papel marginal, sino por reformadores sociales.

No hay que soslayar, que, hasta finales del siglo pasado, la medicina tenía muy poco conocimiento real de los mecanismos de funcionamiento de la transmisión de enfermedades.

Por ese motivo, el problema de las reformas sanitarias estuvo condicionado por teorías erróneas sobre la enfermedad, que, no obstante, caminaron en muchas ocasiones en la dirección correcta al incidir en el urbanismo, la vivienda, el acceso al agua y la limpieza, o las condiciones de trabajo como forma de mejorar la salud.

Conviene destacar que todos estos esfuerzos y reformas estaban guiados no tanto por consideraciones humanitarias y de conciencia social, o por una desconfianza en las doctrinas del mercado libre, sino por la convicción de que las enfermedades endémicas o epidémicas causadas por alcantarillados defectuosos o comida contaminada se convertían en un problema para el conjunto de la sociedad²⁸¹.

El derecho a la salud no implica sólo la ausencia de enfermedad o afección, sino también un estado completo de bienestar físico, mental y social, o sea, el derecho a la salud no debe entenderse únicamente como el derecho a estar sano, debido a los diversos factores que pueden afectar este estado, como los factores externos y ajenos a la persona. Lo correcto es conceptualizar este derecho tal y como lo indicó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “[...] un

las relaciones laborales. Cfr. Mohaja, Haradhan Kumar, “The First Industrial Revolution: The Creation of a Global Human Era”, en *Journal of Social Sciences and Humanities*, Vol. 5, No. 4, 2019, pp. 377-387.

²⁸¹ *Ibidem*, p. 202.

derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”²⁸².

Al referirse al más alto nivel posible, se comprende que esta prerrogativa no puede aplicarse en igual medida para todas las personas, ya que el estado de salud de cada persona es diferente y varía de persona a persona²⁸³.

Tal derecho se encuentra protegido por varios tratados internacionales. De forma general se encuentra previsto por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁸⁴, el cual garantiza el más alto nivel de salud.

También existen tratados específicos que abordan el derecho a la salud, entre ellos se encuentra la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial²⁸⁵, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer²⁸⁶, así como la Convención sobre los Derechos del Niño²⁸⁷.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció que el derecho a la salud, en cualquiera de sus niveles de atención, debe contar con cuatro elementos esenciales e interrelacionados: la disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad y accesibilidad. Esta última la desglosa en otras cuatro partes que son la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información²⁸⁸.

²⁸² Observación General No. 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud”, de 2000, párrafo 9.

²⁸³ Los factores que hacen que varíe el estado de salud de cada persona depende de varios factores, como lo son los biológicos, sociales, económicos y circunstanciales.

²⁸⁴ Véase el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

²⁸⁵ Véase el artículo 5 Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

²⁸⁶ Véase el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

²⁸⁷ Véase el artículo 23, párrafos 3 y 4, de la Convención sobre los Derechos del Niño.

²⁸⁸ Observación General No. 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud”, de 2000, párrafo 12.

Cabe señalar que su aplicación depende de las posibilidades de cada Estado, así como de su disponibilidad, sin olvidar que las acciones que adopten deben ser progresivas²⁸⁹.

1.7. El Derecho Humano a la impartición y administración de justicia: papel de la Judicatura en su concreción

Elemento esencial del Estado de Derecho lo es la división de poderes. El fundamento de la separación de las diversas funciones en que se despliega el ejercicio del poder político se encuentra, precisamente, en el “control y limitación recíprocas de los órganos estatales (legislativo, ejecutivo y judicial)”²⁹⁰. A través de dicho mecanismo se produce la “moderación del poder y la *protección de la libertad individual*”²⁹¹.

En este sentido, la división de poderes se constituye en principio organizativo del Estado que, a través de una estricta y tasada distribución de competencias, determina las funciones que corresponden a cada uno de los órganos que ejercen las potestades estatales.

El sistema de responsabilidades orgánicas que establece la Constitución Federal es, bajo esta perspectiva, piedra angular del entramado normativo que no sólo garantiza el eficaz funcionamiento de la administración pública, sino, además, deviene un derecho esencial a favor de los particulares. En todo momento éstos pueden exigir al Estado y, de manera específica a los órganos investidos de las potestades anteriormente indicadas, el correcto funcionamiento de la denominada “arquitectura constitucional”²⁹².

²⁸⁹ Véase el artículo 4, párrafo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el artículo 2, párrafo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

²⁹⁰ Cfr. Benda, Ernesto, “El Estado Social de Derecho”, en Benda, Ernesto *et al.*, *Manual...*, *op. cit.*, p. 503.

²⁹¹ *Ídem*. Énfasis añadido.

²⁹² Cfr. Hesse, Conrado, “Constitución y Derecho Constitucional”, en Benda, Ernesto *et al.*, *Manual...*, *op. cit.*, p. 4.

Conforme al mandato de la Ley Fundamental, siendo ésta el orden jurídico básico de la comunidad, al Poder Judicial le corresponde la impartición y la administración de justicia²⁹³.

En efecto, la potestad jurisdiccional se materializa en el acceso de los particulares a los tribunales, previamente establecidos²⁹⁴, que estarán prontos y expeditos para administrar justicia “[...] en los plazos y términos que fijen las leyes”²⁹⁵.

Las disposiciones constitucionales mencionadas en los párrafos precedentes, son claras, precisas e incondicionales en configurar un derecho de naturaleza esencial –*id est* derecho humano– que subraya el papel central que tiene la judicatura –sea federal, sea estatal– en concretar no únicamente el acceso a las instancias judiciales, sino, fundamentalmente, la tutela judicial.

Al prohibir la autotutela²⁹⁶, el texto constitucional pone a disposición de los particulares la posibilidad de acudir al Estado, encarnado en los tribunales y en los jueces –titulares de la jurisdicción–, a fin de que aquél, a través de dichas instancias, resuelva los litigios²⁹⁷ que los primeros le someten.

En la misma perspectiva, resulta asimismo evidente que los derechos fundamentales y las libertades públicas individuales que conforman el catálogo básico de la Constitución Federal²⁹⁸, además de los derechos que integran el ámbito jurídico privado de las personas, devendrían nugatorios sin los cauces instrumentales que los hacen exigibles en sede judicial. Es precisamente la

²⁹³ Cfr. Artículo 49 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que indica que el “Supremo Poder de la Federación se divide para su ejercicio en Legislativo, Ejecutivo y Judicial” (Énfasis añadido). Asimismo, *vid.* el artículo 94 del mismo cuerpo normativo fundamental. Cabe aclarar que ambos numerales hacen referencia *expressis verbis* al ámbito federal; por lo que corresponde a las entidades federativas, es preciso *vid.* el artículo 116, primer párrafo, que determina la división de poderes a nivel estatal; así como la fracción III de la misma norma constitucional, que sienta las bases indispensables orgánicas de las judicaturas estatales.

²⁹⁴ Según la fórmula empleada por el artículo 14, segundo párrafo, de la propia Constitución Federal.

²⁹⁵ Tal como lo dispone el artículo 17 de la Constitución Federal en su segundo párrafo.

²⁹⁶ *Vid.* primer párrafo del artículo 17 constitucional.

²⁹⁷ Es decir, los conflictos de naturaleza jurídica caracterizados, en sentido carneltuttiano, por la pretensión de una parte y la resistencia de otra. Cfr. Carnelutti, Francesco, *Sistema de Derecho Procesal Civil*, traducción de Niceto Alcalá Zamora y Castillo y Santiago Sentís Melendo, Tomo I, UTEHA, Buenos Aires, 1944, p. 44.

²⁹⁸ Que tradicionalmente se ha denominado “parte dogmática” de la Ley fundamental.

judicatura la que hace posible la activación de tales cauces mediante el proceso, mecanismo hetero compositivo por excelencia.

De este modo, la esfera jurídica de los particulares, integrada por una serie de derechos, prerrogativas y obligaciones de naturaleza legal –y constitucional, por supuesto–, puede desplegar plenamente sus efectos en el entramado interactivo de relaciones que se establecen, se desarrollan, nacen y se extinguen con otros individuos, así como con entes de diferentes características a los que el derecho les reconoce subjetividad.

La afectación de dicha esfera configura el supuesto necesario para que los particulares hagan uso de su derecho esencial a la tutela judicial efectiva. Ello exige, no más no menos, la obligación correlativa del Estado, a través de la judicatura, de atender las exigencias de justicia que se le formulan mediante el ejercicio del derecho subjetivo procesal correspondiente²⁹⁹. Es decir, la obligación de garantizar el acceso de todos a la impartición y administración de la justicia.

1.8. Reflexiones capitulares

La concepción de salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino también se refiere a la manera en que la persona se adapta a su entorno, específicamente a los factores biológicos y socioculturales del mismo, para así mantener un estado de equilibrio a nivel fisiológico. Al haber un agente que altere este equilibrio de bienestar fisiológico, se considera que su bienestar no es pleno; por lo tanto, su condición de salud no es saludable, al resultado de esto se le llama “enfermedad”.

La enfermedad es una amenaza y obstaculiza la armonía física y mental, así como su convivencia social, la cual puede afectar desde una sola persona o hasta convertirse en una epidemia o pandemia.

²⁹⁹ Tal como se entiende conceptualmente a la *actio*, derecho subjetivo de naturaleza procesal que, a efectos de su materialización, debe satisfacer, por lo menos, la demostración del interés jurídico y el *petitum*.

Existen enfermedades que suelen propagarse entre los seres vivos, es por ello que la ciencia médica pretende erradicarlas y así restablecer el estado de bienestar de quienes lo necesitan, sin embargo, esta finalidad no se puede llevar a cabo sin el diseño de políticas públicas por parte de los Estados con colaboración de la comunidad internacional.

Debido a la imperativa necesidad de un bienestar global, fue necesario dotar de elementos jurídicos intergubernamentales en alianza con organizaciones y asociaciones de índole privado que congenian con esta finalidad y así concretar la meta común, proporcionar el bienestar de todos y cada uno de los seres humanos.

Como se analizó en este apartado, son cuatro las principales agentes que generan enfermedades en los seres humanos, los virus, las bacterias, los hongos y los protozoos, los cuales pueden contagiar de forma horizontal o vertical, dependiendo de ciertas características de cada ser humano y del desarrollo en su entorno.

Estos agentes se pueden difundir de forma activa y descontrolada, pudiendo provocar una epidemia o hasta una pandemia. La diferencia entre estos dos vocablos radica en la expansión geográfica y desordenada, siendo la pandemia la que genera un mayor estado de urgencia.

Una de las mejores formas de combatir a las enfermedades es por medio de vacunas. Sin embargo, cabe resaltar que el humano siempre ha convivido con diversas especies de bacterias, siendo cada vez más frecuentes sus irrupciones, lo cual se percibe que estos fenómenos no cesarán en un futuro próximo.

En este capítulo se analizaron las pandemias más trascendentes de la historia de la humanidad, teniendo todas en común el gran deterioro de la humanidad, tanto a nivel social como económico.

Es de destacar que a partir del siglo XX estos brotes pandémicos han sido en lapsos de tiempo más cortos, así como agresivos.

El siglo XXI no ha sido la excepción, siendo el COVID-19 una de las pandemias más mortales de la historia humana.

Capítulo 2

Respuestas jurídicas a la pandemia del COVID-19. La dimensión normativa mexicana

SUMARIO: 2.1. *Introducción capitular*. 2.2. *¿Qué son los Derechos Humanos?* 2.3. *Contexto jurídico en supuesto de Pandemia*. 2.4. *El estado de emergencia por causa sanitaria*. 2.5. *Reflexiones capitulares*.

2.1. Introducción capitular

Conforme el brote pandémico se fue extendiendo por el mundo, ocasionando innumerables contagios, ingresos hospitalarios, saturación –y colapso– de los recursos sanitarios disponibles, se hizo evidente la necesidad de que los gobiernos adoptaran medidas que hicieran frente a la emergencia sanitaria.

El control de la pandemia se convirtió en imperativo de la gobernanza pública; pero, además, la exigencia de implementar mecanismos que preservaran el tejido económico y social.

En este sentido, como bien destaca Lester, son “[...] miradas las cuestiones legales que la pandemia del coronavirus plantea”³⁰⁰, y, por ende, numerosos los

³⁰⁰ Lester, Gillian, “Foreword”, en Pistor, Katharina (ed.), *Law in the Time of COVID-19*, Columbia Law School, New York, 2020, p. ix.

ámbitos desde los cuales el orden jurídico debe responder, pues se trata de una problemática multinivel y multisectorial.

Desde la perspectiva del Derecho Internacional, a la esfera jurídica constitucional y los ámbitos jurídicos de naturaleza laboral, de inversiones, fiscal, por mencionar algunos, prácticamente todo el entramado normativo jurídico debe tratar de dar respuesta a fin de que se mantenga la estabilidad, el orden y la certidumbre que requiere la continuidad de la vida social.

Las imprescindibles respuestas que deben provenir del ámbito jurídico tienen su razón de ser en la innegable realidad que plantea la pandemia, fenómeno que desafía la esencia misma del marco legal que “[...] regula nuestras vidas en lo social, político y económico”³⁰¹.

Ahora bien, ante la devastación que ha ocasionado la pandemia en todos los aspectos de la vida humana en sociedad, resulta fundamental fortalecer el Estado de Derecho, ya que éste, a través de los diversos aspectos y elementos que comprende, configura una vía que genera seguridad y certeza en la reconstrucción que deberá materializarse, una vez que se haya superado la pandemia.

A la luz de esta consideración, conviene subrayar tres aspectos esenciales en los que el Estado de Derecho incidirá en la denominada “Era Post-COVID”³⁰², y por los cuales es relevante determinar la forma en que el orden jurídico enfrentará y auxiliará en superar el fenómeno pandémico. En este orden de ideas, es menester analizar los siguientes aspectos.

En primer lugar, la estructuración e implementación del marco jurídico durante la pandemia, para determinar si este fue efectivo y adecuado.

Además, se debe analizar si la técnica legislativa para diseñar las normas jurídicas que serán aplicadas por las diversas instancias judiciales ha sido la adecuada, para lo que es preciso que aquéllas cumplan con los estándares

³⁰¹ Pistor, Katharina, “Introduction”, en *ibidem*, p. xi.

³⁰² Zilli Montero, Renata, “¿La Era Post COVID-19?”, en *Globalitika. Análisis e Investigación*, Julio, 2020, pp. 1-7.

internacionales en las diversas materias, especialmente en lo que afecta al ámbito de la salud pública³⁰³ y que no interfieren, en la medida de lo posible, en el goce y disfrute de los derechos fundamentales reconocidos en los textos constitucionales y los instrumentos convencionales internacionales³⁰⁴.

En segundo lugar, se debe estudiar si el Estado de Derecho tiene que configurar mecanismos de protección más adecuados que garanticen un óptimo nivel de vida para los grupos más vulnerables de la sociedad, especialmente en tiempos de crisis y emergencias sanitarias, pues no puede soslayarse que, en el futuro cercano, los seres humanos enfrentaremos nuevos –y quizá más virulentos– brotes pandémicos³⁰⁵.

Resulta innegable que los sectores de la sociedad más afectados por la pandemia, han sido aquéllos que se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad. De manera particular los adultos mayores³⁰⁶, los individuos con morbilidades previas, comunidades y pueblos indígenas, personas con discapacidad, las mujeres y los menores de edad, por mencionar sólo algunos.

Finalmente, pero no por ello menos relevante, se observará si el Estado de Derecho ha logrado constituirse como el mecanismo más adecuado para regular las acciones, los programas y las iniciativas tendientes a la recuperación y vuelta a la normalidad de la etapa posterior al fenómeno pandémico.

Beagle no duda en afirmar que “[L]a fase de recuperación debe proveer recursos que aborden las continuas consecuencias sanitarias y socio-económicas

³⁰³ Por ejemplo, que su contenido esté conforme los lineamientos determinados por el Derecho Institucional Internacional (ONU, OMS, entre otras instancias de cooperación internacional). Beagle, Jan, “A Rule of Law Based Response to the COVID-19 Pandemic. Statement”, IDLO, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.un.org/ruleoflaw/wp-content/uploads/2020/05/IDLO-Policy-Statement_A-Rule-of-Law-Based-Response-to-COVID-19.pdf

³⁰⁴ Para este efecto, se requiere que la norma regule el ejercicio de los poderes de emergencia de forma adecuada y en armonía con los estándares internacionales establecidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, a fin de evitar abusos y excesos.

³⁰⁵ Rubin advierte que las pandemias serán parte de los “futuros choques globales” (*future global shocks*) que la humanidad deberá confrontar, pues se constituyen en amenazas existenciales a la seguridad de la vida humana, tal como la conocemos actualmente. Rubin, Harvey, *Future Global Shocks: Pandemics*, OECD/IFP, Pennsylvania, 2011, p. 4.

³⁰⁶ Denominados adultos de la “tercera edad”.

de la pandemia, así como construir y fortalecer las condiciones de apoyo en la resiliencia de las comunidades contra crisis futuras”³⁰⁷.

En esta perspectiva, la cohesión social y los sistemas de gobernanza pública requieren un Estado de Derecho consolidado, dinámico y capaz de responder ágilmente a las necesidades y problemas que se vayan presentando en el período de transición entre el fin –o control– de la pandemia que actualmente afecta al mundo y el horizonte pos pandémico.

Por tales razones, es pertinente que se analicen las líneas estratégicas que, conforme al marco jurídico vigente, fueron adoptadas por las instituciones públicas competentes, a fin de determinar su idoneidad.

De manera específica, en este capítulo se abordará el concepto de “derechos humanos”, las figuras de “estado de emergencia por causa sanitaria”, así como la “suspensión del goce de los derechos humanos”, que se deriva, esta última, de la anterior.

Cabe advertir, asimismo, que la referencia es el orden jurídico mexicano, pues es el contexto específico de este trabajo de investigación.

2.2. *¿Qué son los Derechos Humanos?*

Los Derechos Humanos tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de la esfera moral”³⁰⁸; ya que la dignidad humana supone un valor básico fundante, además, “de la dignidad humana se desprenden todos los derechos, en cuanto son necesarios para que el hombre desarrolle su personalidad integralmente”³⁰⁹; y, que los derechos humanos, en general, no son sólo para un sector en específico de personas, sino para todos los seres humanos sin importar su condición física, mental, psíquica, su estatus económico o social, etnia, raza, sexo o religión.

³⁰⁷ Beagle, Jan, *op. cit.*

³⁰⁸ Bidart Campos, German J., *Teoría General de los Derechos Humanos*, Astrea, Buenos Aires, 1991, pp. 93 y 94.

³⁰⁹ *Ibidem*, p.88.

En tal virtud, es necesario delimitar la conceptualización de los derechos humanos.

En principio, se concibe a los derechos humanos como el “conjunto de facultades, prerrogativas, libertades y pretensiones de carácter civil, político, económico, social y cultural, incluidos los recursos y mecanismos de garantía de todas ellas, que se reconocen al ser humano, considerado individual y colectivamente”³¹⁰, o para ser más específicos, la Organización Mundial de la Salud señala que “los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Los derechos humanos se caracterizan fundamentalmente porque: están avalados por normas internacionales; gozan de protección jurídica; se centran en la dignidad del ser humano; son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales; no pueden ignorarse ni abolirse; son interdependientes y están relacionados entre sí, y son universales”³¹¹.

Como ambas definiciones precisan, los derechos humanos deben estar protegidos por mecanismos, tanto en el ámbito local como en el internacional y deben reconocer la dignidad de la persona.

A raíz de la culminación de la Segunda Guerra Mundial, los derechos humanos se han internacionalizado; esto se debe a que “los Estados miembros de la ONU, al adherirse a su Carta, [ya que] reconocen que los derechos humanos son parte ineludible del mundo internacional y, por lo tanto, no son exclusivamente preocupación de cada uno de ellos”³¹².

Gracias a esta “positivización”³¹³ en la esfera internacional, se han adoptado un gran número de declaraciones, convenciones, pactos, tratados internacionales,

³¹⁰ Voz “Derechos Humanos”, en *Diccionario Jurídico Mexicano*, Porrúa/Universidad Autónoma de México, México, 2000, p. 1268.

³¹¹ Organización Mundial de la Salud, “Temas de Salud. Derechos Humanos”, disponible en la siguiente página de internet: http://www.who.int/topics/human_rights/es/

³¹² Carpizo, Jorge, “Los Derechos Humanos”, en Fix-Zamudio, Héctor, *et al.* (Coords.), *Protección Internacional de los Derechos Humanos*, Librería Editora Platense, La Plata, 2007, p. 26.

³¹³ De Dienheim Barriguet, Cuauhtémoc Manuel, “La Protección Internacional de los Derechos Humanos”, en

entre otras fuentes de carácter internacional³¹⁴, que pretenden no sólo el reconocimiento de los derechos de humanos y de la dignidad humana, sino administrar su efectiva materialización.

El instrumento primigenio de la postulación de los derechos humanos es la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789³¹⁵, ya que en su “artículo 16 sentenció de manera categórica: Toda sociedad en la cual la garantía de los derechos no está asegurada ni la separación de poderes establecida no tiene Constitución”³¹⁶.

A partir de tal documento de indudable relevancia histórica, ya en la postrimería de la Segunda Guerra Mundial, los Estados, buscando mejorar los mecanismos de control efectivo en la protección de los derechos de las personas, se apoyaron en el Derecho Internacional, “surgiendo así la llamada internacionalización de los derechos humanos”³¹⁷. Esto generó un cambio radical en el esquema de protección a los derechos humanos, ya que dicha protección dejó de ser de importancia particular de cada Estado y pasó a ser de interés de la Comunidad Internacional. Lo anterior dio origen a los fundamentos legales y conceptuales necesarios para la denominada “legislación internacional de los derechos humanos”.

En este sentido, en el año de 1945 se incluyeron en la Carta de San Francisco disposiciones que obligaban a los Estados Parte a proteger y defender los derechos humanos y las libertades fundamentales. Un año después se creó, por resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, la Comisión de Derechos Humanos a la que se le confió la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos³¹⁸. Este texto es considerado como el pilar fundamental del derecho

Fix-Zamudio, Héctor, *et al.* (Coords.), *Protección...*, *óp. cit.*, p. 99.

³¹⁴ Como bien las menciona De Dienheim, las otras fuentes son la costumbre internacional, las decisiones judiciales y las resoluciones provenientes de organismos internacionales (*soft law*). *Ídem.* p. 99.

³¹⁵ Aprobada por la Asamblea Nacional en Francia, en 1789.

³¹⁶ De Dienheim Barriguete, Cuauhtémoc Manuel, “La Protección...”, *óp. cit.*, p. 101 y Díaz Müller, Luis, *Manual de los Derechos Humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1991, pp. 78 y 79.

³¹⁷ *Ibidem*, p. 103.

³¹⁸ Adoptada por la Resolución número 217 A (III), de la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948.

relativo a los derechos humanos y como la piedra angular del movimiento de derechos humanos a nivel internacional³¹⁹, debido a que contempla los derechos y libertades fundamentales de una forma clara y entendible para el mundo. Cabe resaltar que este texto es el primer instrumento internacional en el que se elimina todo tipo de discriminación ya que en su artículo segundo señala “toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento *o cualquier otra condición*”³²⁰.

2.3. Contexto jurídico en supuesto de pandemia

El punto de partida del análisis que se pretende realizar se encuentra en la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante CPEUM), por ser la *Norma normarum* y de la cual se desprenden los preceptos en los que se enmarca la esfera competencial de las instituciones y autoridades que tienen bajo su responsabilidad la adopción de aquellas medidas que son imprescindibles y esenciales en el supuesto de brotes pandémicos.

De igual manera, en el marco normativo que la propia CPEUM establece y determina, una serie de leyes, reglamentos, normas oficiales mexicanas, manuales y planes que configura el entramado que respalda las acciones que deben adoptarse ante tales fenómenos de emergencia.

En este contexto, resulta pertinente analizar *grosso modo* el marco normativo del sistema de salud que se encuentra vigente en nuestro país.

³¹⁹ De Dienheim Barriguete, Cuauhtémoc Manuel, “La Protección...”, *op. cit.*, p. 107.

³²⁰ Véase el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Itálicas añadidas.

2.3.1. El sistema de salud mexicano

Conviene, *ab initio*, resaltar una serie de las características más relevantes de naturaleza socioeconómicas generales del sistema nacional de salud nacional, ya que ello contribuye a la mejor comprensión de la racionalidad que inspira buena parte de la esfera jurídica que lo regula.

El desarrollo histórico clarifica el grado, así como la intensidad de participación tanto del sector público como del privado en la atención a la salud, ya sea de la totalidad, o bien, de una parte, de la población.

Hasta poco antes de la década de los cincuentas³²¹, se considera que los servicios de salud eran proporcionados a ciertos grupos que cumplían determinadas características, puesto que no existía entonces la misma cantidad respecto de hoy de instituciones públicas con la encomienda de velar por la salud de toda la población³²².

En opinión de cierto sector doctrinal, el sistema nacional de salud mexicano es una creación jurídica cuyo origen se puede ubicar, precisamente en las reformas de 1983-1984³²³.

Derivado de dichas modificaciones, la *Ley General de Salud* (LGS) define al sistema nacional de salud como la composición de “[...] las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones [...]”³²⁴.

³²¹ Específicamente hasta 1943. Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *Pandemias y Derecho: Una Perspectiva de Gobernanza Global*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas/Universidad Nacional Autónoma de México, 2019, p. 140.

³²² Brachet-Márquez, Viviane, “Salud y Seguridad Social 1917-2008. ¿Quién Decide?”, en Méndez, José Luis (coord.), *Los Grandes Problemas de México*, El Colegio de México, 2010, pp. 347 y ss.

³²³ Cano Valle, Fernando *et al.*, *Medicina y Estructuras Jurídico-Administrativas en México. Hacia la Reforma Integral del Sistema de Salud Mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2014, p. 181.

³²⁴ *Vid.* el artículo 5º de la Ley.

De esta manera, todas las instituciones y los organismos que proporcionan servicios de salud quedan incluidos, aunque no todos se encuentren bajo la jerarquía directa de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

La construcción del sistema de salud nacional se caracterizó por seguir un modelo “segmentado”, es decir, fue abarcando sectores de población de manera paulatina.

Así, el diseño institucional inicia conforme el esquema “bismarckiano”³²⁵ de seguridad social, en la que un segmento de la población es el que tiene garantizado el derecho a la salud en nuestro país, mediante el pago de determinadas cuotas, ya sea por parte de los patrones o bien por los propios gremios asegurados³²⁶.

En este mismo sentido, la propia CPEUM, prevé el derecho a la salud para los trabajadores y, en específico, para aquellas enfermedades relacionadas con el desempeño de sus labores³²⁷.

De manera progresiva y gradual, la “segmentación” del modelo de servicios sanitarios fue eliminándose, hasta la generalización del derecho a la salud en la reforma al artículo 4° de la Constitución de 1983³²⁸.

A partir de tal fecha, se considera que el sistema nacional de salud adquiere un carácter dual, pues “[...] por un lado, los hospitales públicos cuentan con un presupuesto gubernamental global asignado, y, por el otro, los servicios privados de salud son financiados por un esquema de prepago, que opera bajo una dinámica de

³²⁵ Conocido como el “Padre de la Seguridad Social”, el Canciller Otto von Bismarck – popularmente llamado “Canciller de Hierro”, por su decidida firmeza–, tuteló lo que se considera “un primer paso para la creación de un sistema que ofreciera verdadera protección a los obreros [...] este sistema debía ser creado, dirigido y controlado por el Estado; a este sistema se llamó Seguro Social”. Pérez y Soto Domínguez, Alejandro y Calderón Ossa, Yenny Andrea, “El Concepto de Seguridad Social: Una Aproximación a sus Alcances y Límites”, en *Iustitia*, Enero-Diciembre, 2012, p. 90.

³²⁶ Cabe recordar que son los patrones, tanto particulares como los de naturaleza pública, los que inscriben a los trabajadores a los diferentes sistemas de seguridad social que existen en nuestro país, tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), así como las instituciones de seguridad social de las entidades federativas.

³²⁷ Vid. las fracciones XIV y XV del artículo 123.

³²⁸ Yáñez Campero, Valentín, *La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México*, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000, p. 45.

seguros médicos. Ello, a su vez, se refleja en el contraste entre el gasto público y el gasto privado efectuado en rubros relacionados con la salud”³²⁹.

En el contexto actual, el modelo sigue nutriéndose de una importante participación gubernamental mediante la operatividad de hospitales públicos y programas de gobierno³³⁰ destinados a proporcionar servicios sanitarios a la mayor parte de la población, mientras que sigue desarrollándose una notable red de atención sanitaria de naturaleza privada.

No obstante, cabe señalar que ha sido notable el decremento en el gasto público en salud, por lo menos desde hace unos diez años, lo que ha repercutido, de manera evidente, en el manejo de la pandemia causada por el SARS-CoV-2³³¹.

De esta manera, si para 2015 nuestro país destinó el 2.8% del Producto Interno Bruto (en adelante PIB) al gasto público en materia de salud, para 2016 y 2017, tal porcentaje se redujo al 2.7% y 2.6%, respectivamente. En tanto que para 2018, el rubro de salud pública solamente recibió un presupuesto equivalente al 2.5% del PIB. Es decir, la reducción presupuestal ha sido constante, a pesar de que las necesidades en materia de sanidad de la población han ido en crecimiento proporcionalmente inverso³³².

Resulta paradójica, por lo tanto, la aspiración de las distintas administraciones federales de buscar los mecanismos e instrumentos más adecuados para alcanzar el grado de cobertura universal, en materia de acceso a la salud, de toda la población, debido a que la tendencia es a mantener la “segmentación” del modelo de acceso a los servicios sanitarios y ello ha tenido una insoslayable repercusión en la adopción de medidas y acciones para hacer frente a las emergencias sanitarias.

³²⁹ Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *op. cit.*, p. 142.

³³⁰ A nivel federal es importante señalar la desaparición del Seguro Popular –que estuvo operativo entre 2003 y 2019– y su –incipiente– reemplazo por el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI).

³³¹ Murillo Villanueva, Brenda y Almonte, Leobardo de Jesús, “Gasto Público en Salud y su Composición, el Caso de México”, en *Economía Actual*, Año 13, Número 3, Julio-Septiembre, 2020, p. 37.

³³² *Ibidem*, pp. 37-38.

En efecto, tal como señala Villarreal, “[e]stas circunstancias institucionales están vinculadas, además, al hecho de que en México la llamada transición epidemiológica —esto es, el tránsito de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles como la carga principal de los sistemas de salud— no necesariamente ha tenido un desarrollo lineal, sino que a la fecha conviven enfermedades transmisibles consideradas como ‘del subdesarrollo’, con los padecimientos que también aquejan a los países desarrollados”³³³.

Todo lo anteriormente descrito es preciso tenerlo en consideración para comprender el entramado normativo que se activa en los supuestos de brotes epidémicos o, como es el fenómeno objeto de estudio, de pandemias, mismo que se analizará, de manera breve y concisa, en los siguientes apartados.

2.3.2. La esfera normativa mexicana en materia de epidemias y pandemias

Si bien es evidente que los brotes epidémicos y pandémicos afectan a los países de forma similar, también lo es que cada Estado integrante de la Comunidad Internacional, en virtud de sus facultades soberanas y de autodeterminación, ha dispuesto un conjunto de mandatos y preceptos jurídicos que regulan la respuesta frente a estos fenómenos de afectación sanitaria.

En los siguientes párrafos se analizará, por un lado, el entramado normativo sanitario vigente en México, especialmente el derecho a la salud; enseguida se abordarán los perfiles específicos de la suspensión de derechos humanos, uno de cuyos supuestos de activación es, precisamente, las urgencias —emergencias— que pongan en peligro la estabilidad de la Nación, como pueden, ser, en efecto, las pandemias.

En nuestro país, la regulación básica de la acción pública ante las epidemias y los brotes pandémicos se localiza en el propio texto constitucional.

³³³ Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *op. cit.*, p. 143.

Así, la Ley Fundamental consagra, como derecho humano, a la protección de la salud³³⁴; previsto en el artículo 4º; de igual forma, el propio texto constitucional determina la posibilidad de que los derechos –así como las garantías de éstos– puedan ser suspendidas en los casos de emergencia³³⁵.

La Constitución prevé, asimismo, la creación de un Consejo de Salubridad General³³⁶, cuyas facultades y competencias se contemplan en el numeral 73, fracción XVI, base 1ª. de la Norma Fundamental, y que depende, de manera directa, del titular del Ejecutivo Federal³³⁷. Facultad relevante de este órgano es determinar las acciones necesarias que deberán adoptarse en los casos de emergencia sanitaria.

2.3.2.1. El derecho a la salud en el orden jurídico mexicano

La inclusión de esta importante prerrogativa en la tabla de derechos humanos es fruto de la reforma constitucional de 1983³³⁸, y su ámbito de validez *ratione persoane* comprende a la población en general.

Conviene destacar que el derecho a la salud se contemplaba en el artículo 123, pero de manera segmentada y parcial a favor de la clase trabajadora. Por virtud de la modificación al texto fundamental, se trasladó a una sede más adecuada, ampliándose su goce y disfrute a todos los integrantes de la sociedad mexicana³³⁹, de la cual se desprendió la Ley General de Salud.

³³⁴ Vid. artículo 4º.

³³⁵ Vid. artículo 29 constitucional.

³³⁶ Este órgano se integra “[...] por un presidente que será el Secretario de Salud, un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine. Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el Presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos, a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias”. Vid. artículo 15 de la Ley General de Salud.

³³⁷ Vid. artículo 15 de la Ley General de Salud.

³³⁸ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 3 de febrero de ese mismo año.

³³⁹ Elizondo Mayer-Serra, Carlos, “El Derecho a la Protección de la Salud”, en *Salud Pública de México*, Vol. 49, Núm. 2, Marzo, 2007, pp. 146 y 147.

En este mismo sentido, es preciso recordar que el derecho humano a la salud también se prevé en el Orden Jurídico Internacional.

De manera específica, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales³⁴⁰ estipula la obligación de los Estados Parte de reconocer a sus habitantes el derecho “[...] al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”³⁴¹.

En el ámbito interamericano, México forma parte, asimismo, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido también como “Protocolo de San Salvador”³⁴², cuyo texto, redactado de forma similar al Pacto, establece que “[T]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”³⁴³.

Ambos tratados consagran la obligación del Estado mexicano de materializar el acceso al derecho a la salud –y a todo lo que ello implica– en un contexto en el que se llegó a discutir la verdadera naturaleza de esta prerrogativa, es decir, si era posible su exigibilidad directa e inmediata, o bien si tenía una vocación más bien de tipo programático.

En cualquier caso, con independencia de la discusión académica y doctrinal, la recepción en nuestro país de la normativa internacional en dicha materia, así como su inclusión en sede constitucional, motivaron una serie de importantes reformas estructurales e institucionales cuyo fin era, en palabras de Villarreal “[...] velar por la salud de la población en general”³⁴⁴.

³⁴⁰ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. El tratado entró en vigor el 3 de enero de 1976, siendo aprobado por el Senado en data 18 de diciembre de 1980, publicándose en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 1981 y vinculante a partir del 23 de junio de ese mismo año.

³⁴¹ *Vid.* artículo 12.1.

³⁴² Firmado el 17 de noviembre de 1988. El Senado aprueba este instrumento convencional internacional el 12 de diciembre de 1995, publicándose en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 del mismo mes y año, iniciando su vigencia para nuestro país el 16 de noviembre de 1999.

³⁴³ *Vid.* artículo 10.1 del Protocolo.

³⁴⁴ Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *óp. cit.*, p. 146.

Sin embargo, la concreción de esta prerrogativa no puede configurarse de manera automática. Ello se entiende en el sentido de que es necesaria la acción gubernamental para que se garantice no solamente el acceso de la población *in genere* a la salud, sino, además su pleno goce y disfrute.

Lo anterior tiene consecuencias insoslayables en la continua –y progresiva– construcción que requiere la aplicación del derecho a la salud³⁴⁵, tal como acontece con los derechos humanos de carácter económico, social y cultural.

Entre otras, no puede disociarse la salud del ámbito socioeconómico, debido a que son necesarias las previsiones presupuestales necesarias para instrumentalizar el acceso de la población a las instituciones públicas –o privadas, según sea el caso– que integran el sistema sanitario³⁴⁶.

Además, resulta esencial que el Estado disponga lo necesario a fin de proporcionar la asistencia médica en los supuestos de peligro para la salud y la propia existencia de las personas, prestando atención especial a los grupos humanos más expuestos al peligro o de mayor vulnerabilidad³⁴⁷, como son los supuestos de epidemias, así como de brotes pandémicos.

2.3.2.2. La suspensión/restricción de derechos humanos por razones de emergencia. La perspectiva mexicana

La CPEUM dispone que “En los casos de invasión, perturbación grave de la paz pública, o de cualquier otro que ponga a la sociedad en grave peligro o conflicto [...] podrá restringir[se] o suspender[se] en todo el país o en lugar determinado el

³⁴⁵ De Currea-Lugo, Víctor, *La Salud como Derecho Humano. 15 Requisitos y una Mirada a la Reforma*, Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, Núm. 32, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao, pp. 15-28.

³⁴⁶ El sistema sanitario comprende no sólo la infraestructura física, sino el personal médico y asistencial adecuadamente preparado, el acceso a las terapias médicas, a los procesos de salud, a las medicinas, entre otros aspectos esenciales.

³⁴⁷ Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *óp. cit.*, p. 148.

ejercicio de los derechos y las garantías que fuesen obstáculo para hacer frente, rápida y fácilmente a la situación; [...]”³⁴⁸.

Este mecanismo sólo puede ponerse en marcha por el titular del Ejecutivo Federal, previa aprobación del Congreso de la Unión, o en su caso, de la Comisión Permanente³⁴⁹.

La medida, que es susceptible de afectar la gran mayoría de los derechos humanos y sus correspondientes garantías³⁵⁰, debe ser por “tiempo limitado”, sin que pueda aplicarse *intuitu personae*.

Tres requisitos, que exige la Constitución Federal, deben cumplir las prevenciones generales expedidas por el titular de la Presidencia de la República que suspendan o restrinjan el goce o disfrute de los derechos humanos³⁵¹.

En primer lugar, la medida –decreto– debe estar debidamente fundada y motivada *ex constitutione*.

En segundo lugar, es indispensable que la suspensión de los derechos humanos y de sus correspondientes garantías, sea proporcional “[...] al peligro a que se hace frente [...]”³⁵². Ello implica la adecuación racional entre la situación de emergencia, sus condiciones y características, con las acciones adoptadas para superar el carácter extraordinario del evento³⁵³.

Finalmente, pero no menos importante, las medidas suspensivas o restrictivas de los derechos humanos previstos en la Constitución y en los Tratados

³⁴⁸ Vid. artículo 29 constitucional.

³⁴⁹ De conformidad con el propio artículo 29 de la Ley Fundamental, en el supuesto de que el Congreso no estuviese reunido, sería la Comisión Permanente la facultada para prestar la aprobación –o no– de solicitud de suspensión de derechos humanos y de sus garantías.

³⁵⁰ Cabe señalar que el segundo párrafo de la disposición constitucional que se analiza, señala que la suspensión de derechos, no podrá afectar “[...] el ejercicio de los derechos a la no discriminación, al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la vida, a la integridad personal, a la protección a la familia, al nombre, a la nacionalidad; los derechos de la niñez; los derechos políticos; las libertades de pensamiento, conciencia y de profesar creencia religiosa alguna; el principio de legalidad y retroactividad; la prohibición de la pena de muerte; la prohibición de la esclavitud y la servidumbre; la prohibición de la desaparición forzada y la tortura; ni las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos”.

³⁵¹ Vid. tercer párrafo del artículo 29 constitucional.

³⁵² *Ídem*.

³⁵³ En palabras de Villarreal, se trata de “[...] activar facultades extraordinarias de decisión [...]”. Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *óp. cit.*, p. 148.

Internacionales de los que nuestro país es parte, deben ajustarse a los principios de legalidad, racionalidad, proclamación, publicidad y no discriminación.

La arquitectura constitucional de la figura que se analiza prevé, asimismo, la intervención de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el procedimiento, pues debe pronunciarse, de manera expedita³⁵⁴, acerca de la constitucionalidad y validez del decreto adoptado por el Ejecutivo Federal y aprobado por el Congreso de la Unión³⁵⁵.

Ahora bien, el tejido conceptual de este peculiar instrumento destaca su propósito esencial, mismo que consiste en “[...] facilitar mecanismos que permitan la salvaguarda efectiva del propio Estado democrático de derecho”³⁵⁶.

Es la defensa del orden constitucional –y convencional, debe añadirse– la que inspira –al mismo tiempo que condiciona– la posibilidad de que los órganos en los que se deposita el ejercicio del poder político desplieguen medidas de excepcionalidad, de urgencia, de emergencia, que limiten, e incluso suspendan, el goce pleno de los derechos humanos consagrados en la Ley Fundamental³⁵⁷.

2.3.2.3. La suspensión de derechos humanos por razones de emergencia. La perspectiva interamericana

En el ámbito interamericano, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha subrayado que “[L]a La suspensión de las garantías puede ser, en algunas hipótesis, el único medio para atender a situaciones de emergencia pública y preservar los valores superiores de la sociedad democrática”³⁵⁸.

³⁵⁴ La disposición constitucional indica “[...] con la mayor prontitud [...]”.

³⁵⁵ Vid. último párrafo del artículo 29 constitucional.

³⁵⁶ Ferrer Mac-Gregor, Eduardo y Herrera García, Alfonso, “La Suspensión de Derechos Humanos y Garantías. Una Perspectiva de Derecho Comparado y Desde la Convención Americana de Derechos Humanos”, en Esquivel, Gerardo et al. (coords.), *Cien Ensayos para el Centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Tomo 2, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas/Instituto Belisario Domínguez, México, 2017, p. 105.

³⁵⁷ *Ibidem*, pp. 107-108.

³⁵⁸ Corte IDH, *El Habeas Corpus bajo Suspensión de Garantías* (Arts. 27.2, 25.1 y 7.6 Convención Americana de Derechos Humanos, OC-8/87 del 30 de enero de 1987, Serie A, Número 8, párrafo 20.

No obstante, este Tribunal internacional enfatiza que tal suspensión generada por las medidas de excepción adoptadas en sede nacional, deben estar “[...] objetivamente justificadas a la luz de los criterios [...] y de los principios que, sobre la materia, se deducen de otros instrumentos interamericanos”³⁵⁹.

La postura de la Corte con relación a la suspensión de los derechos humanos consagrados en sede convencional es, *prima facie*, estricta, pues indica que “[...] ningún derecho reconocido por la Convención puede ser suspendido a menos que se cumplan [...] condiciones estrictas [...]”³⁶⁰.

Dichas condiciones son las que establece el propio Pacto de San José en el artículo 27.1³⁶¹.

Básicamente son tres las condiciones previstas en el Pacto para las medidas restrictivas o suspensivas sean consideradas convencionales.

En primer lugar, la *temporalidad* de las limitaciones impuestas al goce y disfrute efectivo de los derechos humanos de fuente internacional. Las acciones de naturaleza excepcional no pueden exceder el tiempo razonablemente necesario para enfrentar y superar la emergencia pública.

En segundo lugar, la *compatibilidad* de las medidas con las obligaciones de naturaleza internacional. Ello es así, ya que de lo contrario se frustrarían tanto el objeto como el fin del instrumento convencional internacional, haciendo nugatorio su efecto³⁶².

En tercer lugar, la *prohibición de que las medidas adoptadas sean discriminatorias*, hagan distinciones basadas en criterios irrelevantes, tales como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión e inclusive, el origen social.

³⁵⁹ *Ídem*.

³⁶⁰ *Ibidem*, párrafo 21.

³⁶¹ Textualmente se indica: “En caso de guerra, de peligro público o de otra emergencia que amenace la independencia o seguridad del Estado Parte, éste podrá adoptar disposiciones que, en la medida y por el tiempo estrictamente limitados a las exigencias de la situación, suspendan las obligaciones contraídas en virtud de esta Convención, siempre que tales disposiciones no sean incompatibles con las demás obligaciones que les impone el derecho internacional y no entrañen discriminación alguna fundada en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social”.

³⁶² Es decir, debe preservarse el *effet utile* del propio tratado internacional.

Así mismo, de manera similar a lo previsto en el orden constitucional mexicano, la Convención dispone la interdicción de que la suspensión o restricción afecte, en modo alguno, una serie de prerrogativas que se consideran el “núcleo duro”³⁶³ del propio instrumento internacional³⁶⁴, así como las *garantías judiciales* necesarias para su ejercicio, pues éstas “[...] sirven para proteger, asegurar o hacer valer la titularidad o el ejercicio de un derecho”³⁶⁵.

El Tribunal interamericano subraya la importancia que reviste la prohibición de suspender no sólo tales prerrogativas *per se*, sino, además, las condiciones que permiten su ejercicio, que no son otras que aquéllas de naturaleza judicial³⁶⁶.

Lo anterior implica que, en aras de cumplir con las obligaciones internacionales que se derivan del artículo 27.2 del Pacto de San José, los Estados Parte –entre los que se encuentra México– no podrían excepcionar el goce de los derechos consagrados *expressis verbis* en dicho mandato convencional, ni tampoco suspender o restringir –en sentido de limitar– los cauces de naturaleza judicial para que se puedan materializar.

Cabe observar, no obstante, que las vías de naturaleza jurisdiccional indicadas por la Convención, según la jurisprudencia interamericana deben ser “[...] idóne[a]s para la protección de tales derechos, lo cual implica la intervención de un órgano judicial independiente e imparcial, apto para determinar la legalidad de las actuaciones que se cumplan dentro del estado de excepción”³⁶⁷.

³⁶³ En palabras de Ferrer y Herrera, se trata de un “núcleo inderogable”. Ferrer Mac-Gregor, Eduardo y Herrera García, Alfonso, *op. cit.*, p. 115.

³⁶⁴ El párrafo segundo del artículo 27 dispone: “La disposición precedente no autoriza la suspensión de los derechos determinados en los siguientes artículos: 3 (Derecho al Reconocimiento de la Personalidad Jurídica); 4 (Derecho a la Vida); 5 (Derecho a la Integridad Personal); 6 (Prohibición de la Esclavitud y Servidumbre); 9 (Principio de Legalidad y de Retroactividad); 12 (Libertad de Conciencia y de Religión); 17 (Protección a la Familia); 18 (Derecho al Nombre); 19 (Derechos del Niño); 20 (Derecho a la Nacionalidad), y 23 (Derechos Políticos), ni de las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos”. Estos derechos son “insuspendibles”, pues forman un conjunto de carácter inderogable que en modo alguno puede ser afectado, por más grave que sea la situación que enfrenta el Estado.

³⁶⁵ Corte IDH, *El Habeas Corpus bajo...*, *op. cit.*, párrafo 25.

³⁶⁶ La Opinión Consultiva 8/87 resalta que el término garantías judiciales se constituye por “[...] aquellos procedimientos judiciales que ordinariamente son idóneos para garantizar la plenitud del ejercicio de los derechos y libertades a que se refiere dicho artículo y cuya supresión o limitación pondría en peligro esa plenitud”. Corte IDH, *El Habeas Corpus bajo...*, *op. cit.*, párrafo 29.

³⁶⁷ *Ídem*, párrafo 30.

Aspecto importante que no debe soslayarse es que los derechos humanos que sí pueden ser afectados por la suspensión a través de las medidas de excepción adoptadas por un Estado Parte, “[...] no dejan de ser reconocidos por la Convención, sino que ésta solamente autoriza una transitoria parálisis de la plenitud de su vigencia [...] no desaparecen, sino que sólo quedan expuestos a intervenciones concretas del Estado [...]”³⁶⁸.

Ahora bien, en el contexto interamericano sobre la limitación y restricción de los derechos humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos distingue la figura de la “suspensión” de los derechos contenidos en su texto, de instituciones semejantes, tales como la “limitación” o la “restricción”.

Los Estados Parte tienen reconocida la facultad para restringir o limitar el ejercicio de los derechos humanos, pero están condicionados al cumplimiento de las exigencias que el propio tratado establece.

En este sentido, el Pacto de San José destaca que la interpretación que se haga de las prerrogativas que forman parte de su contenido no puede “[...] b) *limitar* el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Parte o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados [...]”³⁶⁹.

A la luz de tal disposición, cabe resaltar la voluntad de los Estados que negociaron la Convención de que la exégesis de cualquiera de los derechos humanos que integran el *corpus* convencional interamericano debe ser hecha de tal forma que no implique reducir la esfera de su contenido.

Conviene observar que la prohibición de la interpretación limitativa establece un parámetro conforme al cual el nivel de goce y ejercicio de los derechos convencionales no es susceptible de ser “disminuido”.

³⁶⁸ Ferrer Mac-Gregor, Eduardo y Herrera García, Alfonso, *op. cit.*, p. 111.

³⁶⁹ *Vid.* artículo 29 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Las itálicas son propias.

Por lo que toca a las restricciones susceptibles de ser adoptadas por los Estados Parte, y que afectan el “[...] goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidas en la misma, no pueden ser aplicadas sino conforme a leyes que se dictaren por razones de interés general y con el propósito para el cual han sido establecidas”³⁷⁰.

Además, tales restricciones *deben estar contempladas* en el propio texto convencional, de otro modo se considera que son contrarias al objeto y fin del tratado y, por ende, prohibidas. Así, cada derecho incorporado a la sede convencional tendrá los supuestos *específicos* y las modalidades *particulares* en los que podrá ser restringido.

Lo anterior implica la configuración de un régimen aplicable a los supuestos de suspensión de los derechos humanos, y otro, de carácter más concreto, que se activaría a los supuestos de limitación y de restricción al goce y ejercicio de las prerrogativas convencionales.

Resulta importante la mención de estos dos regímenes previstos por el Pacto de San José por sendas razones.

La primera se deriva del conjunto de derechos humanos a los que les son aplicables ambos mecanismos. Si bien los supuestos de suspensión y de limitación y restricción se contemplan en la Convención, los mismos se aplican también al Protocolo de San Salvador, que contiene, como ya se indicó, la tabla de derechos humanos sociales, económicos y culturales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

El Protocolo complementa al Pacto de San José, configurando un único catálogo de derechos humanos, a los que se añaden las prerrogativas específicas previstas en los demás instrumentos convencionales interamericanos³⁷¹.

³⁷⁰ *Vid.* artículo 30 del Pacto de San José.

³⁷¹ Por mencionar solamente algunas, la Convención Americana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, adoptada el 9 de junio de 1994; la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, adoptada el 7 de junio de 1999; y, la Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia, adoptada el 5 de junio de 2013.

La segunda cuestión resulta de la diferencia entre el contexto convencional interamericano con el presupuesto previsto en el orden constitucional de nuestro país. Debe recordarse que tanto la suspensión como la limitación y restricción de los derechos humanos, para efectos de su puesta en marcha, utilizan el mismo mecanismo procedimental, ya analizado en el apartado correspondiente³⁷².

A pesar de tal distinción, ambos ordenamientos pretenden abordar, de manera regulada y precisa, un “[...] escenario verdaderamente *excepcional* [...] marcado por las situaciones de ‘guerra’, ‘peligro público’ u ‘*otra emergencia*’ que además constituyan una amenaza a la independencia y seguridad de un Estado parte de la Convención”³⁷³.

En el siguiente apartado se analizará la excepcionalidad que originan los brotes pandémicos y que configuran las emergencias sanitarias.

2.4. El estado de emergencia por causa sanitaria

Como quedó claro en los párrafos anteriores, hay situaciones en las que los mecanismos jurídicos ordinarios no resultan aptos para que las autoridades puedan cumplir con su obligación de proteger, en el caso de epidemias o pandemias, la salud de la población.

Por esta razón, se vuelve necesario introducir medidas a través de mecanismos que no están disponibles en periodos ordinarios, esto es, instrumentos de naturaleza *excepcional*.

En el contexto sanitario, estas medidas pueden asumir la forma de decretos que determinen el confinamiento de la población en cuarentenas y aislamientos – totales o parciales–, toques de queda, reducción de horarios en que puede la

³⁷² *Ut supra* acápite 2.3.2.2. La Suspensión/Restricción de Derechos Humanos por Razones de Emergencia. La Perspectiva Mexicana.

³⁷³ Ferrer Mac-Gregor, Eduardo y Herrera García, Alfonso, *óp. cit.*, p. 113. Las *italicas* son propias.

población salir de sus casas y, en general, todas las que afectan, de manera restrictiva, el derecho humano a la libre circulación³⁷⁴.

En el mismo sentido, las autoridades, en ejercicio de las facultades motivadas por el estado de excepción –emergencia–, pueden decretar exámenes médicos y campañas masivas de vacunación obligatoria, la denegación de la entrada al territorio nacional³⁷⁵, así como el despliegue de personal militar para la realización de actividades sanitarias, o incluso la asignación de recursos extraordinarios no presupuestados³⁷⁶.

La serie de restricciones y limitaciones adoptadas puede abarcar, sin ánimo de exhaustividad, acciones masivas de fumigación y desinfección de calles y medios de transporte público, el distanciamiento social, la restricción –e incluso prohibición– de reuniones públicas³⁷⁷, así como también privadas, el apoyo a grupos vulnerables³⁷⁸, el cierre de instituciones educativas³⁷⁹, la suspensión de todas las actividades económicas³⁸⁰ –con excepción de las consideradas “esenciales” o “imprescindibles”³⁸¹.

La promoción de un régimen estricto y riguroso de higiene³⁸² en los ámbitos social, público y privado, también puede considerarse iniciativa de carácter excepcional, adoptada en el contexto de una emergencia sanitaria ocasionada por fenómenos epidémicos o pandémicos.

³⁷⁴ Tal como lo dispone el artículo 11 constitucional.

³⁷⁵ Por cualquier medio, sea terrestre, aéreo, marítimo o fluvial.

³⁷⁶ Estos mecanismos no solamente incluyen la posibilidad de incrementar el presupuesto del sistema sanitario nacional en su conjunto, sino inclusive, la transferencia directa de recursos económicos a los sectores más vulnerables de la población, apoyo a empresas pequeñas, medianas o grandes, medidas temporales de alivio fiscal –e incluso, la posibilidad de condonación de impuestos–, entre otros.

³⁷⁷ En este sentido, cabe la posibilidad de restringir las manifestaciones de la libertad religiosa, mediante el cierre de lugares de culto religioso, o estableciendo un porcentaje para el acceso a los mismos.

³⁷⁸ Ancianos, mujeres, menores de edad, migrantes, refugiados, personas sin hogar, entre otros.

³⁷⁹ En todos los niveles.

³⁸⁰ Oficinas – gubernamentales y privadas – negocios, comercios, restaurantes, por mencionar algunos.

³⁸¹ Si bien hay un cierto debate y discusión en torno a las actividades a las que puede asignarse tal calificativo, existe un consenso básico en que son aquellas que no pueden dejar de prestarse, pues pondrían en mayor peligro la propia subsistencia de la población. Gobierno de México, “Se Declara como Emergencia Sanitaria la Epidemia Generada por COVID-19. Actividades Esenciales”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://coronavirus.gob.mx/medidas-de-seguridad-sanitaria/>

³⁸² Ello incluye protocolos de acceso a lugares cerrados o el uso de ciertas prendas faciales o corporales en zonas públicas o privadas.

De manera específica, por ser el objeto de estudio que motiva este trabajo de investigación, las medidas adoptadas por el Poder Judicial, limitando la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia, en aras de proteger a su personal, entran en la esfera de acciones instrumentadas para hacer frente al escenario de excepción debido a la pandemia.

2.4.1. Estados de emergencia y separación de poderes: entre el equilibrio y la coordinación

Como puede apreciarse, el conjunto de medidas susceptibles de ser adoptadas por las instancias gubernamentales es muy variado y diverso y, sobre todo, implican la intervención del Estado en ámbitos estrictamente regulados por el orden constitucional.

Ahora bien, cabe advertir, no obstante, que las acciones derivadas del estado de emergencia conllevan, necesariamente, una especie de “alteración” del equilibrio en la separación de funciones del poder.

En efecto, la asunción de atribuciones de carácter extraordinario, usualmente por el titular del Poder Ejecutivo, afecta la esfera de competencias tanto de la Legislatura como del Poder Judicial³⁸³.

Del análisis de las medidas y acciones indicadas en los párrafos precedentes, resulta evidente que un gran porcentaje de las mismas no podría implementarse sino mediante la previa aprobación del Poder Judicial –usualmente a través del procedimiento legislativo–, o bien, con autorización explícita de los tribunales que integran a la judicatura –después de haberse seguido y observado, de manera estricta, el *due process of law*³⁸⁴–.

En este sentido, no pueden soslayarse los mandatos constitucionales que conforman la arquitectura jurídica integral de la no afectación de la esfera individual

³⁸³ Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *op. cit.*, p. 149.

³⁸⁴ Esto es, el *debido proceso legal*, cumpliendo las exigencias, condiciones y principios que lo configuran.

de derechos, condicionando la injerencia estatal al cumplimiento estricto de una serie de medidas, tales como las previstas en la Constitución Federal en los numerales 14³⁸⁵ y 16³⁸⁶.

La redacción de ambos dispositivos establece los requisitos para que las autoridades e instancias competentes puedan llevar a cabo actos de naturaleza privativa o de molestia.

En la acertada opinión de Villarreal, el estado de emergencia sanitaria comprendería aquellas medidas que ocasionan molestia, más que las de carácter esencialmente privativo³⁸⁷.

Ello es así, pues de un análisis de cada una de las acciones ya indicadas – mismas que, se reitera, no constituyen *numerus clausus*, se desprende la naturaleza del impedimento que restringe o limita –o ambos, a la vez– el ejercicio, goce y disfrute del derecho humano en específico.

En tal virtud, cabe precisar que es la sede del artículo 16, primer párrafo, de la Carta Magna, donde debe localizarse la afectación de las medidas expedidas por la autoridad en el estado de emergencia de carácter sanitario.

La misma Constitución determina, además, las competencias específicas que deben desplegarse en dichas situaciones excepcionales motivadas por epidemias y, por supuesto, pandemias.

La sede que consagra el conjunto de facultades y atribuciones en los contextos de urgencia es el destinado a regular las competencias del Congreso, específicamente el artículo 73.

³⁸⁵ De manera específica, el segundo párrafo que, a la letra, señala: “Nadie podrá ser privado de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las Leyes expedidas con anterioridad al hecho”.

³⁸⁶ En concreto, el primer párrafo del mencionado numeral, mismo que indica: “[...] Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. En los juicios y procedimientos seguidos en forma de juicio en los que se establezca como regla la oralidad, bastará con que quede constancia de ellos en cualquier medio que dé certeza de su contenido y del cumplimiento de lo previsto en este párrafo”.

³⁸⁷ Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, *op. cit.*, p. 150.

La fracción XVI del numeral mencionado atribuye al Congreso la competencia para “[P]ara dictar leyes sobre [...] salubridad general de la República”.

Los cuatro apartados que siguen, hacen referencia a la facultad legislativa en materia de salubridad, señalada en la fracción aludida *in fine*.

El primero de los apartados, establece la creación del Consejo de Salubridad General, órgano ya mencionado *ut supra*³⁸⁸, disponiendo su dependencia orgánica directa del titular del Ejecutivo Federal y estableciendo, de forma clara y precisa, la obligatoriedad de las decisiones que adopte.

El segundo apartado atribuye a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la competencia³⁸⁹ para “[...] dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables [...]” en los supuestos de epidemia carácter grave o enfermedades exóticas que pudieran entrar y dispersarse por el territorio nacional. Tales acciones requieren la posterior intervención del Presidente de la República para efectos de su sanción formal.

El tercer apartado subraya la naturaleza ejecutiva de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria, abarcando con tal denominación tanto a la Secretaría de Salud, como al Consejo de Salubridad General. De igual manera, la disposición indica que todas las autoridades administrativas³⁹⁰ del país están vinculadas, en su actuación, por dichas medidas.

El cuarto y último apartado de la fracción en comento, establece la necesaria revisión, por el Congreso de la Unión, de las medidas dictadas por la autoridad sanitaria en las campañas contra el alcoholismo y la venta de sustancia nocivas para el ser humano, así como las que pretenden prevenir y combatir los daños ocasionados por la contaminación del medio ambiente.

Cabe advertir que el apartado esencial para el objeto de estudio de este trabajo es, sin lugar a dudas, el segundo apartado, ya que aborda a la instancia

³⁸⁸ Acápites 2.3.2. La Esfera Normativa Mexicana en Materia de Epidemias y Pandemias.

³⁸⁹ En el sentido de obligación, como lo dispone el propio numeral.

³⁹⁰ De los tres órdenes, federal, estatal y local o municipal.

constitucionalmente facultada para dictaminar las medidas preventivas correspondientes en este supuesto.

La redacción del texto constitucional que se analiza configura la facultad de la Secretaría de Salud como una verdadera obligación, más que como potestad discrecional.

Lo anterior significa que ante los supuestos de brote epidémico o, más grave aún, pandemias, la Secretaría de Salud debe adoptar las medidas que se considere ayuden a detener la expansión de la enfermedad, controlarla y preservar la vida y la salud de la población.

Conviene resaltar que el mandato constitucional establece claramente las atribuciones de las instancias federales en los supuestos de epidemias o pandemias.

Por virtud de la regla general de distribución de competencias, prevista en el propio ordenamiento fundamental³⁹¹, la asignación *expressis verbis* de facultades a las instancias de la Federación, implica que las mismas se trasladan de la esfera competencial de los Estados al orden federal³⁹².

Ello es así dada la capacidad *ab initio* que tienen las instancias de la Federación para la organización, adopción e implementación de iniciativas y acciones eficaces y efectivas ante la pandemia.

Si bien el texto constitucional establece la subordinación de todas las instancias administrativas a las determinaciones de la autoridad sanitaria federal, conviene precisar que más bien debe entenderse tal norma en el sentido de que exige la cooperación y colaboración, en un adecuado marco jurídico de acción, entre las diversas dependencias de la administración federal, estatal y municipal.

³⁹¹ Vid. artículo 124, cuyo tenor indica: “Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados o a la Ciudad de México, en los ámbitos de sus respectivas competencias”.

³⁹² Brena Sesma, Ingrid, “Evolución del Derecho a la Salud en México. Doscientos Años”, en García Ramírez, Sergio (coord.), *El Derecho en México. Dos Siglos (1810- 2010)*, Universidad Nacional Autónoma de México/Porrúa, México, 2010, pp. 547 y ss.

Cierto es que la autoridad sanitaria federal puede, en su carácter ejecutivo – reconocido *ex constitutione*– imponer sus determinaciones en todo el territorio nacional, pero la configuración del mandato establecido en la Ley Fundamental apela al establecimiento de relaciones de equilibrio entre las diversas instancias y organismos públicos implicados en la gestión de los estados de emergencia sanitaria, especialmente a partir de la descentralización administrativa que inicia en la década de los ochentas en nuestro país y que también abarcó al ámbito sanitario³⁹³.

No hay que dejar de mencionar que el manejo de los estados de emergencia sanitaria por epidemias o pandemias también implica la participación, de manera coordinada, por supuesto, de otras dependencias que no forman parte del Sistema de Salud Pública, pero que tienen, en el ámbito de sus competencias específicas, responsabilidades y obligaciones en el contexto de tales fenómenos.

Así, de manera transversal, intervienen las instancias seguridad nacional y protección civil. De esta manera, las emergencias sanitarias como las epidemias o pandemias también estarían comprendidas, en algunos aspectos, dentro del rubro de actuación de la Dirección General de Protección Civil³⁹⁴, del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, y de otras secretarías, como la de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, o la de Medio Ambiente y Recursos Naturales³⁹⁵.

En síntesis, se puede apreciar el entramado institucional que, de conformidad con la normativa mexicana en la materia, debe operar la acción estatal para hacer frente a los brotes de carácter pandémico, y cuya eficacia está condicionada a una adecuada interacción entre los diversos órdenes de gobierno y entre las distintas

³⁹³ Serna de la Garza, José María, *El Sistema Federal Mexicano. Un Análisis Jurídico*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2008, pp. 88 y 89.

³⁹⁴ Jiménez García, Joel Francisco, “La Normativa Mexicana ante las Emergencias Sanitarias”, en Brena Sesma, Ingrid (coord.), *Emergencias Sanitarias*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2013, pp. 4, 5 y 12.

³⁹⁵ Respecto a la participación de estas dependencias de la Administración Pública federal, debe señalarse que en el supuesto específico de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2, el origen es de carácter zoonótico –como se indicó *ut supra* en el Capítulo I–, y se transmite del reservorio natural, que es una especie animal, a los seres humanos.

dependencias y organismos que están llamados a participar en la toma de decisiones e iniciativas, siempre dirigidas y coordinadas por el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud.

2.5. Reflexiones capitulares

Es relevante destacar que, ante las epidemias y, específicamente, pandemias, la salvaguarda del Estado de Derecho se constituye en el mecanismo más adecuado para regular las acciones, los programas y las iniciativas tendientes a la gestión *per se* del brote y expansión de la enfermedad, así como la recuperación y vuelta a la normalidad de la etapa posterior al fenómeno pandémico.

A la luz del ordenamiento jurídico mexicano, es la Constitución Política Federal la que establece y determina, a través de mandatos específicos, una serie de normas y reglas, de leyes, reglamentos, normas oficiales mexicanas, manuales y planes, que configuran el entramado que respalda las acciones que deben adoptarse ante tales fenómenos de emergencia.

La Ley Fundamental establece, por un lado, el derecho humano de acceso a la salud; y por otro, crea el Sistema Nacional de Salud, cuyo entramado orgánico y normatividad específica tienen como propósito y finalidad, proveer a la población en general, el goce efectivo de tal prerrogativa esencial y básica para el ejercicio y disfrute de los demás derechos humanos incorporados a la Constitución y los Tratados Internacionales de los que México forma parte.

El marco jurídico nacional también contempla la figura de la suspensión de derechos humanos, mecanismo que también se prevé en el orden convencional internacional y que, de manera particular, el Pacto de San José de Costa Rica obliga al Estado mexicano.

Uno de los supuestos que posibilita la puesta en marcha de la suspensión de derechos humanos es, precisamente, el estado de emergencia por razones de naturaleza sanitaria.

Tanto en el orden constitucional nacional, como en el Derecho Convencional Internacional –Pacto de San José–, la adopción de medidas suspensivas, limitativas o restrictivas del goce y ejercicio de los derechos humanos está sujeta al cumplimiento de condiciones estrictas y controladas, disponiéndose, asimismo, de un núcleo inderogable de derechos humanos que no puede ser afectado ni siquiera en los supuestos del estado de emergencia de sanitario.

Las medidas que pueden adoptarse para hacer frente a los desafíos que ocasionan las pandemias son diversas y muy variadas, y pueden afectar las libertades de tránsito y desplazamiento, de profesión de creencias religiosas, de reunión y asociación, entre otras, así como las garantías que les corresponden.

Aspecto que debe señalarse de manera especial es que las medidas también pueden afectar el derecho humano de acceso a la justicia en su modalidad de impartición y administración de justicia por el juez predeterminado por la ley.

En México, la gestión de las epidemias y pandemias se atribuye a la Federación, de manera concreta a la autoridad sanitaria, que comprende, para estos efectos, al Consejo de Salubridad General y a la Secretaría de Salud.

No obstante que la dirección de la gestión de los fenómenos epidémicos y de las pandemias corresponde a la instancia federal, todas las autoridades del Estado deben coordinarse para que las acciones y medidas que se adopten sea eficaces y efectivas.

Capítulo 3

El Derecho a la Salud Frente a al Derecho de Acceso a la Impartición y Administración de Justicia

SUMARIO: 3.1. *Introducción capitular: ¿Colisión entre derechos humanos?* 3.2. *Universalidad y especificidad de los derechos humanos en contextos pandémicos.* 3.3. *Análisis del contenido fundamental de los derechos humanos colisionantes.* 3.4. *La ponderación como técnica para resolver conflictos entre derechos humanos.* 3.5. *Reflexiones capitulares.*

3.1. Introducción capitular: ¿colisión entre derechos humanos?

Derivado del análisis realizado en los capítulos anteriores³⁹⁶, resulta evidente que la adopción de medidas extraordinarias en el contexto de los estados de emergencia sanitaria implica, ineludiblemente, suspender o, en determinados supuestos, limitar o restringir una serie de derechos humanos.

La excepcionalidad de tales actos de molestia exige su adecuada fundamentación y justificación; debe observarse un procedimiento en el que intervengan las tres instancias en las que el ejercicio del poder descansa para efecto de su operatividad.

³⁹⁶ Especialmente en el Capítulo II, *ut supra*.

De igual forma, también resulta claro que la Constitución³⁹⁷ erige un núcleo *intangible e inderogable* de derechos que, aún en los supuestos de emergencia por causa sanitaria, no son susceptibles de ser afectados.

Sin embargo, las prerrogativas individuales que sí pueden ser limitadas, restringidas e incluso, suspendidas en su goce y ejercicio efectivo, plantean una serie de interrogantes con relación a los efectos jurídicos que se producen al constituir el objeto de la intervención –excepcional– por parte del Estado.

Uno de tales aspectos se configura con la denominada “colisión entre derechos humanos”, término con el que se alude a la posibilidad de que la aplicación práctica –en sentido de ejercicio– de los derechos que forman parte de la esfera jurídica individual.

“[...] pueden encontrar enfrente, en postura disconforme a la de ese ejercicio con el titular de otro derecho fundamental que pretende igualmente ejercerlo. En caso de conflicto o de antinomia subjetiva, si se permite la paradoja, quien debe ceder y quien debe continuar cómo se construye ese límite al derecho fundamental, son preguntas claves para una teoría de los derechos fundamentales”³⁹⁸.

Conviene señalar, ya desde ahora, que la problemática de los conflictos entre derechos humanos se observa en el ejercicio práctico y cotidiano de estos últimos, no sólo en contextos de excepción o de emergencia.

En este sentido, la solución que el orden constitucional³⁹⁹ da a los derechos humanos que entran en “conflicto”, depende, en gran medida del parámetro que se use para identificar a qué prerrogativa le corresponde “prevalecer” respecto de la otra u otras con las que se encuentra en conflicto⁴⁰⁰.

³⁹⁷ Así como los tratados internacionales en materia de derechos humanos, especialmente el Pacto de San José, como se analizó *ut supra*.

³⁹⁸ Cfr. Peces-Barba, Gregorio, *Curso de Derechos Fundamentales. Teoría General*, Madrid, Universidad Carlos-III de Madrid/Boletín Oficial del Estado, 1999, p. 594.

³⁹⁹ De manera específica, la interpretación que las altas instancias judiciales (Tribunales Supremos o Constitucionales), hacen en torno a los preceptos que contienen los derechos humanos en conflicto.

⁴⁰⁰ Cfr. Castillo Córdova, Luis Fernando, “¿Existen los Llamados Conflictos entre Derechos Fundamentales?”, en *Cuestiones Constitucionales*, Núm. 12, Enero-Junio, 2005, pp. 102-103.

Ahora bien, la delimitación del parámetro implica el estudio del contenido esencial de los derechos humanos en presencia. Lo anterior a efecto de identificar hasta qué punto puede un derecho “ceder” en su disfrute y ejercicio, en relación a la configuración del otro –u otros– cuyo correspondiente goce reclama también el mandato constitucional.

La técnica que usualmente se emplea para resolver el “conflicto” es la ponderación de los derechos enfrentados y su *ratio* es, por consecuencia, la proporcionalidad.

A la luz de esta perspectiva introductoria, los siguientes apartados se destinarán a esbozar, en primer lugar, el contenido esencial de los derechos humanos objeto de estudio del presente trabajo. A saber, el derecho humano a la salud y el derecho humano de acceso a la impartición de justicia por el juez predeterminado por la ley.

En tal virtud, previo a examinar brevemente las principales acciones adoptadas en el contexto nacional, estatal y, de manera específica, aquellas instrumentadas por la judicatura local, se abordará la técnica de la ponderación de los derechos, cuyo parámetro de proporcionalidad auxilia en la determinación de los límites que pueden aplicarse al goce y ejercicio de los derechos, en aras de la conservación del disfrute de otros que se considera, deben prevalecer *pro tempore*, procurando la armonización de las facultades subjetivas en presencia.

3.2. Universalidad y especificidad de los derechos humanos en contextos pandémicos

Previo al análisis del contenido esencial de los derechos a la salud y de acceso a la justicia impartida por el juez legal, conviene realizar algunas reflexiones en torno a las características de universalidad y especificidad de los mismos, pues con independencia de su configuración particular, tanto en sede constitucional como convencional, ambas prerrogativas poseen las características predicables a todos los derechos humanos.

Como se puntualizó anteriormente, los derechos humanos son aquellas prerrogativas que posee el individuo por virtud de su dignidad⁴⁰¹ y que conforman una esfera jurídica que le posibilita, por un lado, erigir límites a la indebida e injustificada intervención e injerencia del Estado, y por otro, actúan como principios que orientan la acción del individuo en sociedad⁴⁰².

Cabe enfatizar que la dignidad humana supone el valor básico fundante de los derechos humanos que tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral y en su vida relacional, constituyéndose, de esa forma, como base de la esfera jurídica a la que se hace referencia en el párrafo anterior.

Como ha escrito Victoria Maldonado:

“Los derechos humanos parten de un nivel por debajo del cual carecen de sentido: la condición de la persona jurídica, o sea, desde el reconocimiento de que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, cualquiera que sea el ordenamiento jurídico, político, económico y social, y cualesquiera que sean los valores prevalentes de en la colectividad histórica”⁴⁰³.

Así, de la dignidad humana se desprenden todos los derechos, en cuanto son necesarios para que el hombre desarrolle su personalidad integralmente. Por lo tanto, se debe entender a la dignidad humana como el valor de cada persona, es decir, el respeto mínimo a su condición de ser humano⁴⁰⁴, ya que impide que la vida o la integridad de la persona sean remplazadas por otro valor social.

Ya el propio Kant indicaba que:

La humanidad por sí misma es dignidad; pues el hombre no puede ser utilizado simplemente como instrumento por ningún otro hombre [...] esto es en lo que consiste su dignidad [...] por medio de la cual se eleva a sí mismo

⁴⁰¹ Cfr. Benda, Ernesto, “Dignidad Humana y Derechos de la Personalidad”, en Benda, Ernesto *et al.*, *Manual de Derecho Constitucional*, Segunda Edición, Marcial Pons, Madrid, 2001, pp.117-126.

⁴⁰² Cfr. Hesse, Conrado, “Significado de los Derechos Fundamentales”, en Benda, Ernesto *op. cit.*, pp. 90-94.

⁴⁰³ Victoria Maldonado, Jorge Alfonso, *Hablemos sobre Discapacidad y Derechos Humanos*, Flores, México, 2015, p. 52.

⁴⁰⁴ *Ídem.*

por encima de todos los demás seres en el mundo que no [comparten su naturaleza]⁴⁰⁵.

En este contexto, Pelé indica que existen dos conceptos de dignidad humana, el primer concepto lo desarrolla en la época pre-moderna, en donde “[...] dicho valor deriva del parentesco uniendo el hombre con Dios y hacía del primero un ser excelente por ser creado a la imagen del segundo”⁴⁰⁶.

El segundo concepto de dignidad se contextualiza en la época moderna cuando el autor afirma que “la dignidad del hombre deriva de su naturaleza humana pero dicha naturaleza se desvincula progresivamente de cualquier origen divino”⁴⁰⁷. Estos dos conceptos, a pesar del tiempo y principalmente de su fundamento, “tienen una misma consecuencia: otorgan un valor absoluto al ser humano”⁴⁰⁸. En cuanto al primero, puesto que el hombre es *digno* por ser creatura de Dios, hecho a su “imagen y semejanza”⁴⁰⁹; en cuanto a la segunda concepción, porque el ser humano es *digno* por su naturaleza específica racional, que lo eleva por encima de todos los demás entes, otorgándole un lugar primigenio en el mundo.

Bien lo afirma Pelé al indicar que:

[C]uando decimos que el ser humano es digno, le atribuimos un valor intrínseco es decir ontológico e insustituible. [...] El hombre es así digno por su mera condición y no debe de demostrar su dignidad (como ocurría en

⁴⁰⁵ Kant, Immanuel, *The Metaphysics of Morals*, Translated and Edited by Mary Gregor, Introduction by Roger. J. Sullivan, Cambridge, 1996, p. 85. en este mismo sentido se orienta la concepción de Nogueira: “La dignidad de la persona es el rasgo distintivo de los seres humanos respecto de los seres vivos, la que constituye a la persona como un fin en sí mismo, impidiendo que sea considerada un instrumento o medio para otro fin, además de dotarlo de capacidad de autodeterminación y de realización del libre desarrollo de la personalidad”. Cfr. Nogueira Alcalá, Humberto, *La Interpretación Constitucional de los Derechos Humanos*, Ediciones Legales, Lima, 2009, pp. 11 y 14

⁴⁰⁶ Pelé, Antonio, “Una Aproximación al Concepto de Dignidad Humana”, en *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, N. 1, diciembre-enero, 2004, p. 9.

⁴⁰⁷ *Ídem*.

⁴⁰⁸ *Ibidem*, p. 10.

⁴⁰⁹ Tal como dice el Antiguo Testamento, en el libro del Génesis 1:26: “Entonces dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y señoree en los peces del mar, en las aves de los cielos, en las bestias, en toda la tierra, y en todo animal que se arrastra sobre la tierra”.

épocas pre-modernas) para obtenerla mediante el reconocimiento de los demás⁴¹⁰.

En este orden de ideas, la dignidad del ser humano se erige, pues, en el marco básico donde los derechos fundamentales son el fruto de esa posición única e irremplazable que guarda la persona respecto a sí misma y a los demás integrantes de la sociedad.

De la dignidad trae causa la importancia, trascendencia y relevancia el conjunto de derechos que, como se indicaba previamente, conforman la esfera jurídica de cada individuo⁴¹¹.

Estas prerrogativas son definidas por Ferrajoli, como “[...] todos aquellos derechos subjetivos que pertenecen *universalmente* a todos los seres humanos en cuanto dotados del estatus de persona, o de ciudadanos o de personas capaces de actuar”⁴¹².

La universalidad a la que alude el jurista italiano es, quizás, la característica más conocida de los derechos humanos, configurándolos como posibilidades de acción –o de omisión– que tienen sus titulares para materializar su contenido, desplegar sus efectos en el contexto de las relaciones jurídicas e informar la acción del Estado en la formulación de las políticas públicas y de su propio actuar.

Ello es así porque el rasgo básico de esta serie de facultades subjetivas es, en palabras de Pérez Luño, su carácter de *universales*⁴¹³.

⁴¹⁰ Cfr. Pelé, Antonio, *loc. cit.*, p. 10.

⁴¹¹ Afirma Carpizo que “[L]a base y esencia de los derechos humanos se encuentra en la dignidad humana y esta carecería de sentido sin la existencia de aquellos. En realidad, forman una unidad indestructible”. Cfr. Carpizo, Jorge, “Los Derechos Humanos: Naturaleza, Denominación y Características”, en *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, Núm. 25, Julio-Diciembre, 2011, p. 7.

⁴¹² Cfr. Ferrajoli, Luigi, *Diritti Fondamentali. Un Dibattito Teorico*, Laterza, Roma-Bari, 2001, p. 282. Las itálicas son propias. Este mismo autor entiende, por derechos subjetivos, cualquier expectativa positiva ‘de prestación’, o negativa a no lesionar, adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por estatus, la condición de un sujeto prevista también por una norma jurídica positiva como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de actos.

⁴¹³ Cfr. Pérez Luño, Antonio-Enrique, “La Universalidad de los Derechos Humanos”, en López García, José Antonio y Del Real, Alberto (eds.), *Los Derechos: entre la Ética, el Poder y el Derecho*, Dykinson, Madrid, 2000, p. 97.

Ciertamente la interdependencia⁴¹⁴, la progresividad⁴¹⁵ y la indivisibilidad⁴¹⁶ son también aspectos que se predicán de las prerrogativas básicas de la persona, pero el carácter universal de las mismas es lo que constituye la nota básica a partir de la cual irradian sus efectos en todos los ordenamientos jurídicos.

En este sentido, por universalidad de los derechos humanos se entiende que “[...] todo ser humano posee una serie de derechos con independencia del país en que haya nacido o habite”⁴¹⁷, a lo que cabe añadir que esta característica evoca la trascendencia de tales prerrogativas, misma que no se constriñe a un ámbito local o regional, sino que apela a una dimensión que comprende a toda la humanidad.

Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948⁴¹⁸ (en adelante DUDH), como los Pactos Neoyorquinos de 1966⁴¹⁹, enfatizan el interés de la Comunidad Internacional en su conjunto para que los derechos humanos sean, precisamente, de todas y cada una de las personas.

⁴¹⁴ Vázquez y Serrano señalan que “[L]a interdependencia señala la medida en que el disfrute de un derecho en particular o un grupo de derechos dependen para su existencia de la realización de otro derecho o de un grupo de derechos”. Cfr. Vázquez, Luis Daniel y Serrano, Sandra, “Los Principios de Universalidad, Interdependencia, Indivisibilidad, y Progresividad. Apuntes para su Aplicación Práctica”, en Carbonell, Miguel y Salazar, Pedro (coords.), *La Reforma Constitucional de Derechos Humanos: Un Nuevo Paradigma*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2011, p. 153.

⁴¹⁵ En opinión de Carpizo, “[L]a característica de la *progresividad* implica que su concepción y protección nacional, regional e internacional se va ampliando irreversiblemente, tanto en lo que se refiere al número y contenido de ellos como a la eficacia de su control [...] permite que se incorporen nuevos derechos humanos a la Constitución, que se precisen y amplíen los ya reconocidos, que se eliminen o atemperen limitaciones, que se establezcan nuevas prohibiciones o límites al legislador, que se creen nuevas garantías procesales para su protección o se perfeccionen las existentes, que se ratifiquen instrumentos internacionales que amplían la defensa de los derechos, pero una vez reconocidos, tal acción es irreversible. A su vez, esta característica implica la irreversibilidad de los derechos. Una vez reconocidos no es posible desconocerlos. No hay un hacia atrás”. Cfr. Carpizo, Jorge, *loc. cit.*, p. 21. Las itálicas son propias.

⁴¹⁶ Este aspecto “[...] implica que todos los derechos, ya sean civiles, políticos, económicos, sociales, culturales o de solidaridad forman una unidad. Desde luego que no se puede conducir una existencia humana si se carece de libertad, igualdad y seguridad jurídica, pero éstas no son suficientes si no se cuenta con un nivel adecuado de satisfactores económicos, sociales y culturales, y será muy difícil disfrutar de esos derechos si el país enfrenta una guerra civil o externa. Entonces, resulta claro que los derechos humanos son interdependientes entre sí, que unos se apoyan en los otros para integrar la mencionada unidad o bloque”. *Ibidem*, p. 23.

⁴¹⁷ *Ibidem*, p. 17.

⁴¹⁸ Resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptada el 10 de diciembre de 1948.

⁴¹⁹ Ambos instrumentos convencionales internacionales se adoptaron el 19 de diciembre de 1966, en la ciudad de Nueva York. El Senado de la República los aprobó el 18 de diciembre de 1980 y fueron publicados en el *Diario Oficial de la Federación* en fecha 9 de enero de 1981.

Ya en el primer párrafo con el que inicia el Preámbulo de la DUDH se menciona 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”, mismos que deben ser respetados *universalmente* por todos los Estados Miembros de la Organización de Naciones Unidas.

Por su parte, la redacción de la parte introductoria de ambos Tratados resalta que el goce de todas las libertades y de todos los derechos sólo es posible cuando se establecen las condiciones más adecuadas y pertinentes que aseguran el respeto *universal* de las prerrogativas subjetivas de todos los seres humanos.

Tal es la importancia de la universalidad que, recuerda Pérez Luño,

[...] sólo a partir del momento en el que pueden postularse derechos de *todas las personas* es posible hablar de derechos humanos [...] El gran invento jurídico-político de la modernidad reside, precisamente, en haber *ampliado la titularidad* de las posiciones jurídicas activas, o sea, de los derechos a todos los hombres; y, en consecuencia, de haber formulado el concepto de los derechos humanos⁴²⁰.

Ahora bien, resulta insoslayable percibir la tensión que se produce en la esfera jurídica que integran todos y cada uno de los derechos subjetivos básicos de la persona cuando se introduce la especificidad de algunos derechos, limitando, restringiendo, o inclusive, suspendiendo de plano, el ejercicio de los otros.

En los estados de emergencia, *in genere*, y más concretamente en aquéllos ocasionados por razones sanitarias, es claro cómo el contorno particular del derecho a la salud, exige la adopción de acciones por parte del Estado que, de manera inevitable, implican la disminución temporal del ejercicio o goce de otros derechos humanos.

⁴²⁰ Cfr. Pérez Luño, Antonio-Enrique, *loc. cit.*, p. 97.

Ciertamente, como lo destaca De Currea-Lugo, “[L]a salud contribuye a la libertad, pero la libertad necesita de la salud”⁴²¹.

Lo anterior pone de relieve la importancia de preservar, armónicamente en la medida de lo posible, la irradiación de los efectos de ambas facultades subjetivas.

Pero también deja entrever que habrá circunstancias, de carácter extraordinario –excepcional–, en que será necesario disminuir, por un cierto periodo de tiempo, los efectos de un derecho a fin de conservar la viabilidad del otro.

Tal es el supuesto que plantea la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 en la época actual. Las acciones y medidas adoptadas por las autoridades competentes que limitan, restringen o suspenden el ejercicio –temporal– de una serie de derechos humanos, a fin de controlar, con mayor eficacia, la expansión de la enfermedad, y, por ende, el brote pandémico.

La identificación de si las restricciones y limitaciones al goce y disfrute de los derechos humanos afectados es acorde al *status quo* del contexto que ocasiona la pandemia, requiere un breve análisis del contenido esencial de los derechos humanos que se encuentran en “conflicto” y que forman parte del objeto de este trabajo de investigación.

Así, en apartados separados se abordarán el derecho a la salud y el derecho a la impartición y administración de justicia.

3.3. Análisis del contenido fundamental de los Derechos Humanos colisionantes

En primer término, por tratarse del ámbito en el que surge el supuesto de excepción, se examinará el contorno del núcleo esencial del derecho a la salud. Posteriormente, y en diferente apartado, se abordará *grosso modo* la configuración del derecho a la impartición y administración de justicia por el juez predeterminado

⁴²¹ Cfr. De Currea-Lugo, Víctor, *op. cit.*, p. 23.

por la ley, prerrogativa que se ha visto afectada, en prácticamente todos los países, por la expansión y extrema virulencia de la pandemia causada por el COVID-19.

3.3.1. El derecho humano a la salud

3.3.1.1. Breves antecedentes generales del derecho a la salud

Antes del siglo XX, una consideración histórica del derecho a la salud sólo puede hacerse en términos de sus antecedentes más o menos remotos.

Es cierto que, como se ha dicho en párrafos previos, los distintos Estados se habían ocupado globalmente de la salud pública, bien sea por una preocupación mercantilista sobre la población⁴²², o bien sea por el ejercicio de la ya tradicional actividad de control de epidemias. Pero ello tenía lugar en el contexto de una despreocupación por la protección de la salud de las personas o de sus posibilidades de acceso a atenciones médicas. Éstas solo se proporcionaban en términos de beneficencia, pública o privada, lo que a veces incluía el control disciplinario de los pobres⁴²³.

Pero estas limitadas medidas de promoción de salud en ninguno de los casos se tomaban desde una perspectiva de derechos, ni porque se pensará que las gentes tenían un derecho a la salud o algún tipo de protección respecto de la misma. Ni siquiera los casos de las reformas finales del siglo XIX para la introducción de un embrionario sistema de Seguridad Social, que incluía la asistencia médica, puede ser visto todavía en la perspectiva de los derechos, por más que constituya el

⁴²² A la teoría mercantilista le interesa la salud de la población, pero como una cuestión instrumental, no como una cuestión de derechos. Este interés deriva de identificar el bienestar del Estado y de la sociedad, a partir de lógicas en razón de Estado. La finalidad de la actuación estatal es el aumento de su riqueza y poder, por lo que la preocupación por la salud de la población se opone en estos términos. Así, se considera que para aumentar la riqueza y poder, es necesario tener una gran población y que esta población esté suficientemente dotada en términos materiales para ser útil a las necesidades que el Estado pueda tener (productivas, militares, entre otras) en la medida que la enfermedad afecta a la productividad y al valor de las personas es necesario combatirlas, si bien la gran mayoría de las políticas se siguen en este sentido son de saneamiento a nivel local. *Cfr.* Rosen, George, *op. cit.*, p. 86.

⁴²³ El mejor ejemplo de dicho tipo de normatividad lo constituye la Ley de Pobres inglesa del siglo XIX. Para un adecuado estudio de la misma, *cfr.* Kelly, Morgan y Ó Gráda, Cormac, “The Poor Law of Old England: Institutional Innovation and Demographic Regimes”, en *Journal of Interdisciplinary History*, Vol. 41, No. 3, December, 2011, pp. 339-366.

antecedente institucional de lo que después va a ser una parte esencial del contenido del derecho.

En este sentido, dura mucho tiempo, en el ámbito de la salud pública, la noción de que los derechos estaban vinculados, en términos jurídicos, a las potestades que las autoridades sanitarias tenían para limitar derechos de las personas en nombre de la salud pública, lo que incluso tendía a justificar importantes violaciones a las prerrogativas individuales⁴²⁴.

Entre los antecedentes del derecho a la salud, se puede mencionar el pensamiento de la Ilustración, movimiento que consideró la salud como un valor social, al tiempo que como un valor individual.

De ahí, por ejemplo, la insistencia enciclopedista en las medidas de higiene personal. Pero la vinculación entre el ideal de la salud y el emergente discurso de los derechos no llega a consolidarse.

Se llega al extremo de que Thomas Jefferson, destacado político norteamericano y uno de los Padres Fundadores de los Estados Unidos, consideraba, por ejemplo, que las poblaciones enfermas eran el producto de sistemas políticos enfermos, de forma que, si el despotismo generaba enfermedad, la democracia generaba salud⁴²⁵.

Paradójicamente, esta confianza en el sistema político para determinar la salud también hacía innecesario una mayor implicación de los poderes públicos en la salud⁴²⁶. Ello es una razón por la que el paso lógico de considerar que la salud es parte de un derecho no se llegue a dar, por ende, se supone que sería una consecuencia natural y directa de las formas de organización social.

Durante la Revolución Francesa, muchos médicos integrantes de la Asamblea Constituyente, aspiraban a que el sistema de salud fuera también

⁴²⁴ Cfr. Kirby, Michael, "The Right to Health Fifty Years On: Still Skeptical?", en *Health and Human Rights Journal*, Vol. 4, No. 1, 1999, p. 16. En el mismo sentido London, Leslie, "What is a Human Rights-Based Approach to Health and Does it Matter?", en *Health and Human Rights Journal*, Vol. 10, No. 1, 2008, p. 66.

⁴²⁵ Cfr. Lema Añón, Carlos, *op. cit.*, p. 45.

⁴²⁶ Cfr. Rosen, George, "Political Order and Human Health in Jeffersonian Thought", en *Bulletin of the History of Medicine*, No. 26, 1952, pp. 32-44.

totalmente modificado, al igual que se hacía con otras estructuras públicas y de poder.

Así, por ejemplo, a instancias de una moción hecha por el médico Joseph Ignace Guillotin⁴²⁷, se creó el *Comité de Salubrité* en septiembre de 1790.

Dicho órgano tenía la responsabilidad de controlar la práctica y la enseñanza de la medicina, la policía y los servicios sanitarios a lo largo del país, así como las enfermedades epidémicas.

En esa época, y en distintos momentos, en la Francia revolucionaria se presentaron mociones que incluso proponían planes para un sistema nacional de asistencia social que incluyera la asistencia sanitaria. Ninguno de ellos tuvo éxito, y no es hasta la Revolución de 1848 cuando Francia cuente con un sistema nacional de administración sanitaria⁴²⁸.

Junto con el *Comité de Salubrité*⁴²⁹, también se creó el *Comité pour l'Extinction de la Mendicité*, organismo que tuvo una excepcional relevancia en la discusión de los asuntos de la protección de la salud, hasta el punto de que su presidente, el Duque de la Rochefoucauld-Liancourt, declaró que “[...] la beneficencia pública debe [...] al indigente pobre cuidados [médicos] rápidos, gratuitos, ciertos y completos”⁴³⁰.

De todas formas, los dos comités chocaron, en buena medida por la pretensión de Guillotin de reservar, para su comité, determinadas competencias que ya ejercía el otro comité, con la convicción de que esos asuntos exigían que fueran tratados por médicos. El resultado fue también la falta de avance en una perspectiva de derechos, al privarle en buena medida a este asunto su vertiente social y, por supuesto, jurídica⁴³¹.

⁴²⁷ Nacido en 1738, falleció en 1814; su apellido daría el nombre a la guillotina, instrumento de ejecución ampliamente usado hasta su completa erradicación, en Francia, a principios del siglo XX.

⁴²⁸ Cfr. Rosen, George, *op. cit.*, pp. 143-146.

⁴²⁹ Cuya vigencia abarcó de julio de 1790 a septiembre de 1791.

⁴³⁰ Citado en Weiner, Dora B., “Le Droit de l’Homme à la Santé. Une Belle Idée Devant l’Assemblée Constituante: 1790-1791”, en *Clio Medica*, Vol. 5, 1970, p. 210.

⁴³¹ *Ídem*.

Es interesante observar que en las primeras declaraciones de derechos humanos⁴³² en ningún momento se menciona el derecho a la salud.

A esta importante prerrogativa subjetiva, no se le considera, por otra parte, un asunto que deba ser objeto de protección por la normativa jurídica. Es más, durante el siglo XIX no será infrecuente la utilización del discurso de los derechos para oponerse a medidas de salubridad pública tan básicas como el alcantarillado o el suministro de agua potable en nombre de los derechos sagrados de la propiedad y libertad⁴³³.

En este sentido, y por oposición, el derecho a la salud estará desde sus orígenes vinculado con las reivindicaciones sociales y democráticas que pretenden ir más allá de los derechos burgueses⁴³⁴.

Así, la aparición de la cólera en París en 1831 fue la razón por la cual se establece un sistema de atención médica gratuita por parte de médicos⁴³⁵.

De la misma manera, las condiciones insalubres de vida y trabajo derivadas de la urbanización de la población a raíz de la Revolución Industrial y los terribles problemas de salud generados hicieron que este asunto formase parte de la llamada “cuestión social”.

En este sentido, Engels no duda del carácter criminal de una situación que provoca una enorme cantidad de muertes prematuras:

[L]a sociedad en Inglaterra comenta cada día y cada hora lo que los periódicos obreros ingleses tienen toda la razón en llamar crimen social: [...] ha colocado a los trabajadores en una situación tal que no pueden conservar

⁴³² Empezando por la Declaración de los Derechos del Buen Pueblo de Virginia, el *Bill of Rights* de los Estados Unidos de América de 1791 y la Declaración francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789-1799. Cfr. Banchetti, Marina P., “The ‘Bill of Rights’ and the ‘Declaration of the Rights of Man and of the Citizen’: A Comparison and Contrast”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.researchgate.net/publication/275954268_The_Bill_of_Rights_and_the_Declaration_of_the_Rights_of_Man_and_of_the_Citizen_A_Comparison_and_Contrast [accesada el 13 de noviembre de 2020].

⁴³³ Cfr. Rosen, George, *op. cit.*, p. 198.

⁴³⁴ Probablemente fue esa la razón que motivó la inclusión del derecho a la salud en el ámbito de los denominados “derechos humanos de la segunda generación”, que comprende las facultades subjetivas esenciales de carácter económico, social y cultural.

⁴³⁵ Cfr. Rosen, George, *op. cit.*, p. 228.

la salud y vivir mucho tiempo [...] mina poco a poco la existencia de los obreros, y los conduce a la tumba antes de tiempo⁴³⁶.

Por su parte, esta lucha social por el reconocimiento del derecho a la salud, también se manifiesta en el reformismo sanitario que Alemania tuvo en Rudolf Virchow⁴³⁷.

Influenciado por el liberalismo y el socialismo, Virchow defendió que la salud de las personas es un asunto de relevancia social y no meramente individual. En tal virtud, debe asegurarse la protección de la salud.

En este mismo sentido, señaló que las condiciones económicas tienen un importante efecto en la salud y la enfermedad, lo que debe ser estudiado científicamente, y, por último, que la forma de promover la salud tiene que ser tanto social como médica⁴³⁸.

Virchow afirmó el derecho del trabajo como el fundamento de una constitución de un estado democrático, idea cuya influencia provenía del gobierno provisional francés de 1848 y de la idea de derecho del trabajo de Louis Blanc⁴³⁹.

Cuando en 1848 el gobierno de Prusia le encargó que estudiara la epidemia de tifus en la Alta Silesia, llegó a la conclusión de que el empobrecimiento de sus habitantes no hubiera podido ser tolerado por ciudadanos que viviesen en otro contexto político, por lo que concluyó que el único modo de prevenir el tifus era “una democracia libre e ilimitada”⁴⁴⁰.

Como puede apreciarse, tanto el sistema sanitario público, como el propio derecho a la salud, surgen como respuestas a situaciones históricas en las que las demandas sociales y democráticas fueron extraordinariamente significativas.

⁴³⁶ Cfr. Engels, Friedrich, *Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*, Akal, Madrid, 1976, pp. 46-49.

⁴³⁷ Destacado médico alemán, Rudolf Ludwig Karl Virchow nace en 1821 y fallece en 1902.

⁴³⁸ Cfr. Rosen, George, *op. cit.*, p. 231.

⁴³⁹ De nacionalidad francesa, Louis Jean Joseph Charles Blanc, nace el 29 de octubre de 1811 y muere el 6 de diciembre de 1882.

⁴⁴⁰ Cfr. Porter, Dorothy, *op. cit.*, p.106.

Por otra parte, en la Europa del siglo XIX la adopción de medidas por parte de los Estados para evitar las epidemias y mejorar la salud de la población estuvieron determinadas tanto económica como políticamente⁴⁴¹.

De acuerdo con Porter, los conceptos ilustrados de la salud como un valor social –incluso como derecho– proporcionaron una racionalización para que se concretaran reformas dictadas por los costes económicos de las muertes provocadas por la fuerte urbanización que se produjo con la industrialización⁴⁴².

Sin embargo, cabe advertir que dicha racionalización fue *a posteriori* y no como el motivo de las reformas.

Con todo, sólo sobre esa base previa se pudieron edificar en el siglo XX las instituciones que permitirían el reconocimiento del derecho a la salud.

Por lo que respecta a México, fue hasta la promulgación de la Constitución de 1917 que se incorpora la “protección a la salud”, no el derecho a la salud. Esto obligó al Estado a proteger el acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones⁴⁴³.

Fue hasta la reforma constitucional de 2011 que dejó ser una garantía y se convirtió en un derecho constitucional, protegiendo así a toda aquella persona que se encuentre dentro del territorio nacional.

3.3.1.2. La recepción del derecho a la salud en el orden constitucional

Ni la implementación del modelo Bismarck ni la del modelo Beveridge⁴⁴⁴ implicaron, *ab initio*, en los países en los que se llevó a cabo, una constitucionalización del derecho a la salud.

⁴⁴¹ Cfr. Lema Añón, Carlos, *op. cit.*, p. 56.

⁴⁴² Cfr. Porter, Dorothy, *op. cit.*, p.109.

⁴⁴³ Véase Boletín No. 4, CONAMED – OPS, Enero – febrero, 2016, pp. 2 - 5.

⁴⁴⁴ Llamado así por William Beveridge (1879-1963), el reformador social inglés que diseñó el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, la asistencia sanitaria es financiada por la propia Administración Pública, que asume los costos del sistema mediante los impuestos que se pagan por la ciudadanía. En este sentido, numerosos hospitales y clínicas de salud son propiedad gubernamental; de igual forma que una gran parte del personal

El derecho a la salud aparece por primera vez en las constituciones de carácter social del primer tercio del siglo XX, aunque su inclusión en sus textos constitucionales no se generalizará hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

En este sentido, el carácter social del derecho, al de que ello tenga o no relevancia para el análisis de su estructura o de su contenido, quedaba bien establecido en términos de la historia de los derechos, tanto por la matriz ideológica a la que viene asociada la reivindicación, como por el momento y el modo de su reconocimiento institucional.

Frente a los clásicos derechos y libertades, de marcado carácter individualista y concebidos como imprescindibles derechos de defensa frente a posibles injerencias del Estado⁴⁴⁵, la colectividad ha iniciado, desde hace tiempo, una cierta impugnación del individualismo.

Dicha actitud se ha traducido en configurar un catálogo de derechos de los de carácter económico, social y cultural que se incorporan a los textos constitucionales, marcando la evolución y desarrollo de un Estado liberal a una especie de Estado social⁴⁴⁶.

Se trata de derechos que no son únicamente defensivos, sino también de participación y que van a requerir de forma más clara que los poderes públicos emprendan políticas destinadas a garantizar su ejercicio⁴⁴⁷. De ahí su configuración, *prima facie*, como derechos de carácter prestacional⁴⁴⁸.

sanitario es empleado de gobierno, aunque también prestan servicios de salud profesionistas particulares que cobran sus honorarios del sistema de salud pública. En general, el gobierno retiene el control, prácticamente total, de los servicios de salud. Cfr. Cichon, Michael y Normand, Charles, “Between Beveridge and Bismarck – Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe”, en *World Health Forum*, Vol. 15, February, 1994, pp. 323-324.

⁴⁴⁵ Básicamente las facultades subjetivas de carácter civil y político.

⁴⁴⁶ Cfr. Villar Borda, Luis, “Estado de Derecho y Estado Social de Derecho”, en *Revista Derecho del Estado*, No. 20, Diciembre, 2007, pp. 82-91.

⁴⁴⁷ Cfr. Pérez Luño, Antonio-Enrique, “La Evolución del Estado Social y las Transformaciones de los Derechos”, en Olivas, Enrique (ed.), *Problemas de Legitimación del Estado Social*, Trotta, Madrid, 1991, p. 92.

⁴⁴⁸ Cfr. Escobar Roca, Guillermo, “Los Derechos Fundamentales Sociales de Prestación (Doctrina General)”, en Escobar Roca, Guillermo (Dir.), *Derechos Sociales y Tutela Antidiscriminatoria*, Thomsom Reuters Aranzadi, Madrid, 2012, pp. 469-473.

Es claro que, desde el punto de vista histórico, la vinculación del derecho a la salud con el constitucionalismo social, en la medida que las primeras normas fundamentales que los incorporan son, precisamente la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁴⁴⁹, la Constitución de la República de Weimar⁴⁵⁰ y la Constitución de la República Española⁴⁵¹.

Cabe resaltar que los tres textos fundamentales mencionados en el párrafo anterior vinculan la facultad subjetiva a la salud con otros derechos de carácter social.

Así, nuestra Constitución establece, entre otras cosas, que:

[t]oda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad genera, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución⁴⁵².

Por su parte, la Constitución alemana de Weimar establecía que:

El Reich creará un amplio sistema de seguros para poder, con el concurso de los interesados, atender a la conservación de la salud y de la capacidad para el trabajo, a la protección de la maternidad y a la previsión de las consecuencias económicas de la vejez, la enfermedad y las vicisitudes de la vida⁴⁵³.

Finalmente, el artículo 46 de la Constitución republicana española afirma:

“El trabajo, en sus diversas formas, es una obligación social y gozará de la protección de las leyes, La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social

⁴⁴⁹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en fecha 5 de febrero de 1917.

⁴⁵⁰ Sancionada el 11 de noviembre de 1919.

⁴⁵¹ Adoptada el 9 de diciembre de 1931.

⁴⁵² *Vid.* Artículo 4 constitucional.

⁴⁵³ *Vid.* artículo 161 de dicha norma constitucional.

regulará los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte [...]”⁴⁵⁴.

No obstante, la importancia de esos primeros pasos en el andar constitucional del derecho a la salud, Lema afirma que:

“[...] no puede suponerse ni que el hecho de la constitucionalización del derecho haya supuesto en general un impulso hacia su respeto, ni que el cumplimiento del mismo haya venido necesariamente precedido por su constitucionalización [...] la constitucionalización [...] no parece haber sido históricamente ni condición suficiente ni necesaria para la efectiva realización del derecho a la salud”⁴⁵⁵.

Esta afirmación es particularmente cierta en lo que corresponde a la experiencia constitucional mexicana del derecho a la salud.

En efecto, a pesar de ser el primer país en incluir constitucionalmente esta facultad subjetiva fundamental, y hacerlo, además, con una formulación inequívoca, ello no significó que su implementación llegase a ser especialmente avanzada.

No puede negarse que la recepción constitucional de esta prerrogativa contribuyó a que históricamente la salud fuese considerada como una responsabilidad del Estado y el sistema de protección fue esencialmente dominado por instituciones públicas.

Como se ha indicado previamente, durante prácticamente todo el siglo XX, y hasta la fecha, han venido coexistiendo dos subsistemas: un sistema de seguridad social destinado a los trabajadores asalariados y el sistema sanitario instrumentado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal⁴⁵⁶.

⁴⁵⁴ Vid. artículo 46, párrafos primero y segundo, de la Constitución española de 1931.

⁴⁵⁵ Cfr. Lema Añón, Carlos, *op. cit.*, p. 65.

⁴⁵⁶ Las instituciones de seguridad social cubren a los trabajadores del sector formal, pero además a través de distintas instituciones con poco contacto entre sí: el principal es el IMSS, pero también existe el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al tiempo que Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas o la Secretaría de la Marina cuentan con sistemas diferentes. Cfr. Bermejo Latre, José Luis, “Sistemas de Salud”, en Romeo Casabona, Carlos María (Dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Tomo II, Comares, Granada, 2011, pp. 1545-1446.

A pesar de las diversas iniciativas que se han adoptado por distintas administraciones, con mayor o menor éxito, la cobertura en materia de servicios sanitarios no abarca a toda la población del país⁴⁵⁷.

La ausencia del derecho a la salud en las normas de rango constitucional tampoco parece haber sido un obstáculo insalvable para su generalización fáctica, como se ha podido ver en el análisis de la implementación de los principales sistemas de salud institucional. En algunos casos, incluso, la constitucionalización se materializa cuando ya de hecho están garantizados los principales contenidos del mismo⁴⁵⁸, o incluso coincide históricamente con la puesta en cuestión de hecho de las garantías del derecho o de sus bases institucionales⁴⁵⁹.

En la actualidad, más de la mitad de los Estados que conforman la Comunidad Internacional incluyen en sus constituciones el reconocimiento del derecho a la salud, mientras que algunos otros, sin llegar a hacerlo, establecen deberes de los poderes públicos en relación a la salud⁴⁶⁰.

Así, la Constitución española de 1978 establece:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas

⁴⁵⁷ Cfr. Laurell, Asa Cristina, “Health Reform in México. The Promotion of Inequality”, en *International Journal of Health Services*, Vol. 31, No. 2, 2001, p. 298.

⁴⁵⁸ Fue en el caso por ejemplo de la antigua Unión Soviética y de la mayoría de los países socialistas del Este de Europa. Cuando se establece la salud como un derecho, prácticamente toda la población ya tenía cobertura sanitaria de carácter público: el 100% en el caso de la URSS (1969) y Bulgaria (1971), 87% en la extinta Checoslovaquia (1966) y el 99% en el caso de Hungría (1975). La constitucionalización del derecho fue incluso en algunos casos posterior a su establecimiento legal. No fue así en el caso de Bulgaria, que se estableció constitucionalmente en 1971, pero sí en el caso de la URSS, que sólo se estableció constitucionalmente en 1975 o de Hungría (Cfr. Kaser, Michael, *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europa*, Croom Helm, London, 1976, pp. 270-275). De todas formas este patrón se dio en muchos otros casos, por lo que no es una característica privativa de los países socialistas del Este de Europa.

⁴⁵⁹ Por ejemplo, en la Constitución argentina no se reconoció el derecho a la salud (cosa que sí hacían en sus constituciones la mayoría de sus provincias) hasta la reforma de 1994, lo que no impidió el desarrollo de un sistema público de salud cuya tendencia fue hacia la universalización. Paradójicamente, tras su reconocimiento formal es cuando el derecho es seriamente cuestionado en la práctica a través de las reformas remercantilizadoras, en el contexto de la aplicación de las políticas de ajuste estructural de carácter neoliberal, en el que se dismanteló el sistema de salud y se cuestionó la universalidad del mismo. Cfr. Abramovich, Víctor y Pautassi, Laura, “Judicial Activism in the Argentine Health System: Recent Trends”, *Health and Human Rights*, Vol. 10, No. 2, January, 2008, pp. 54-55.

⁴⁶⁰ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, “The Right to Health”, Factsheet No. 31, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <http://www.Ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> [accesada el 15 de diciembre de 2020].

preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio⁴⁶¹.

En este mismo sentido, pueden mencionarse, como ejemplos significativos, las normas constitucionales de Italia⁴⁶², India⁴⁶³, Francia⁴⁶⁴, Portugal⁴⁶⁵ y Sudáfrica⁴⁶⁶.

En el siguiente apartado se examinará con mayor detenimiento la constitucionalización del derecho a la salud en México.

3.3.1.3. La configuración del derecho a la salud en la experiencia constitucional mexicana

Como ya previamente se destacó, el párrafo cuarto del artículo 4° de la Constitución federal garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud.

⁴⁶¹ Vid. artículo 43 del texto constitucional. Por su parte, Pemán afirma que en la Constitución del país ibérico este derecho se proyecta en tres direcciones: a) derecho a la protección de la salud como derecho de todo ciudadano a las prestaciones sanitarias del Estado; b) derecho a la protección de la salud como posición subjetiva en la relación con la actividad de los poderes públicos para proteger la salubridad pública; y, c) derecho a la protección de la salud como derecho de cada persona a que su salud no se vea amenazada ni dañada por acciones externas realizadas por cualquier sujeto público o privado, Cfr. Pemán Gavín, Juan, *Derecho a la Salud y Administración Sanitaria*, Publicaciones del Real Colegio de España, Bolonia, 1989, pp. 79 y ss.)

⁴⁶² La Constitución Italiana de 1947, en su numeral 32.1, dispone: “La República protegerá la salud como fundamental derecho del individuo e interés básico de la colectividad y garantizará asistencia gratuita a los indigentes”.

⁴⁶³ El artículo 47, parte IV de la Constitución de la India de 1950 mandata: “El Estado considerará la elevación de nutrición y el nivel de vida su población y la mejora de la salud pública, una de sus obligaciones primordiales”.

⁴⁶⁴ El Preámbulo de la Constitución francesa de 1958 –que adopta el establecido en la Constitución de 1946– establece: “La Nación garantiza al individuo y a la familia las condiciones necesarias para su desarrollo. Garantiza a todos, especialmente al niño, a la madre y a los trabajadores ancianos, la protección de la salud, la seguridad material, el descanso y el ocio”.

⁴⁶⁵ El artículo 64.1 de la Constitución portuguesa de 1976 señala: “Todos tendrán el derecho a la protección de la salud y el deber de promoverla y defenderla”.

⁴⁶⁶ El artículo 27 del Capítulo Segundo de la Constitución de Sudáfrica adoptada en 1996, dispone: “1. Todas las personas tienen derecho a: a) servicios de salud, incluida la salud reproductiva; b) alimentos y aguas suficientes [...]. 2. El Estado debe adoptar medidas legislativas y de otra índole razonables, dentro de los límites de los recursos disponibles, para lograr la progresiva realización de cada uno de esos derechos. 3. No se podrá denegar a nadie un tratamiento médico de urgencia”.

En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en el propio texto fundamental⁴⁶⁷.

El derecho a la salud –así como su protección⁴⁶⁸– es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado⁴⁶⁹.

En este sentido, no puede soslayarse que el derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas –de hacer– por parte de los poderes públicos.

Así, por ejemplo, a partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el “derecho a la atención o asistencia sanitaria”.⁴⁷⁰

De igual manera, el derecho a la salud genera, como sucede con todos los derechos sociales de carácter prestacional, la obligación del Estado de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución, es decir, la salud; tal protección supone la obligación del Estado de abstenerse de dañar la salud, que es una obligación negativa; asimismo, hace surgir la obligación –positiva– de evitar que particulares, grupos o empresas la dañen⁴⁷¹.

⁴⁶⁷ Vid. la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

⁴⁶⁸ No es lo mismo el derecho a la salud que a la protección de la salud; si bien para efectos de este trabajo no es relevante entrar en cuestiones puramente semánticas, sí es apropiado señalar que el primero es más amplio, mientras que el segundo parece dar cuenta, más bien, de las obligaciones que tiene el Estado de desarrollar acciones positivas tendientes justamente a proteger la salud o repararla cuando ha sido afectada; sobre esto, *cfr.* Leary, Virginia A., “Justicibilidad y Más Allá: Procedimiento de Quejas y Derecho a la Salud”, en *Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, Núm. 55, Diciembre, 1995, pp. 91 y ss.

⁴⁶⁹ *Cfr.* Carbonell, José y Carbonell, Miguel, *El Derecho a la Salud: Una Propuesta para México*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2013, p. 1.

⁴⁷⁰ *Cfr.* Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, “El Derecho a la Atención Sanitaria como Derecho Exigible”, en *La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo*, Año LXV, Núm. 119, 25 de junio de 2001, p.16.

⁴⁷¹ *Ídem.*

Podría decirse que el derecho a la salud se despliega en un haz relativamente complejo de derechos y posiciones subjetivas.

La configuración constitucional del derecho a la salud obliga también a los particulares, quienes, por virtud del contenido de la prerrogativa individual en estudio, asumen un conjunto de deberes que no pueden obviar⁴⁷².

Resulta trascendente subrayar que la salud, en cuanto estructura una facultad de carácter jurídico, tiene un componente individual y un componente colectivo o social.

Ciertamente, el goce de la salud es un bien individual, ya que cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Pero la salud tiene una dimensión colectiva si se considera que hay aspectos sociales que tienden a preservarla o a afectarla –disminuirla–, tales como las epidemias o, precisamente, los brotes pandémicos⁴⁷³.

La salud como un bien social, solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención sanitaria adecuado⁴⁷⁴.

Como se indicó en párrafos anteriores, la protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales –en términos políticos y económicos– de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado de bienestar.

⁴⁷² Destaca Carbonell: “[...] así por ejemplo, los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo. En caso de que el afectado no tenga recursos económicos para permanecer en el hospital o clínica privados la obligación del establecimiento se limita a estabilizar a la persona proporcionándole los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública. Si no lo hiciera se podría configurar el delito de omisión de auxilio que prevén los distintos códigos penales de la República”. Cfr. Carbonell, José y Carbonell, Miguel, *op. cit.*, p. 2.

⁴⁷³ Entre los factores que, por supuesto, afectan la dimensión colectiva de la salud están, *inter alia*, la contaminación, la circulación de agentes patógenos la falta de hábitos higiénicos, así como las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades.

⁴⁷⁴ Cfr. Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, *op cit.*, p.17.

De la consideración del derecho a la salud como derecho fundamental deriva que el sistema de prestaciones que se establezca para hacerlo realidad debe tener por lo menos las tres siguientes características: universalidad, equidad y calidad⁴⁷⁵.

Así, la *universalidad*, derivada conceptualmente del carácter de derecho fundamental de la protección a la salud, es incorporada también normativamente por el texto constitucional, al designar como sujeto de derecho a “toda persona”.

A su vez, la *equidad* implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por las cargas tributarias y no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que tengan capacidad económica suficiente. Con ello se busca evitar las discriminaciones en el acceso, así como la consecución – por ese medio– del mandato de redistribución del ingreso y la riqueza consagrado en el artículo 25 de la propia Constitución mexicana⁴⁷⁶ y el orden jurídico convencional internacional del que nuestro país forma parte⁴⁷⁷.

Por último, pero no por ello menos relevante, la *calidad* es un requisito no solamente de la existencia misma del sistema comprendido globalmente –dado que no sirve de nada un sistema sanitario que opere en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud sino seguramente a su empeoramiento–, sino que también es un elemento para alcanzar un mínimo de igualdad entre quienes acceden a servicios públicos de salud y de quienes lo hacen a servicios privados.

⁴⁷⁵ Cfr. Echániz Salgado, José I., “Política Sanitaria: La Reforma de la Sanidad”, en VV.AA., *Políticas Sociales y Estado de Bienestar en España. Memoria de 1999*, Trotta, Madrid, p. 400.

⁴⁷⁶ Vid. artículo 25 constitucional, cuyo texto en lo que interesa, señala: “Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la Soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante la competitividad, el fomento del crecimiento económica y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución”. De manera semejante, no hay que soslayar que el artículo 1º., párrafo quinto, de la propia Constitución mexicana, expresamente recoge la interdicción de discriminar por “condiciones de salud”.

⁴⁷⁷ Vid. el artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966, que dispone, en lo conducente: “Los Estados parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

En México, además de lo establecido por el artículo 4º, el tema de la salud aparece también en el artículo 2º constitucional, apartado B, que entre las obligaciones que tiene la autoridad federal, local y municipal para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos indígenas, establece:

“[...] III. Asegurar el *acceso efectivo a los servicios de salud* mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”⁴⁷⁸.

La norma que desarrolla los mandatos del artículo 4º en materia de salud es la Ley General de Salud⁴⁷⁹, que ha sufrido diversas reformas.

En su artículo 2º, la mencionada ley establece que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes *finalidades*:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación, y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y,
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

⁴⁷⁸ El propio apartado B del artículo 2º también impone la protección de la salud de las mujeres indígenas migrantes, en su fracción VIII.

⁴⁷⁹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984

La misma ley, en sus numerales 5° y 6°, define los componentes⁴⁸⁰ del Sistema Nacional de Salud y sus objetivos. En el artículo 13 define la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas.

En este sentido, más allá de lo dispuesto por el artículo 4° constitucional, la citada Ley General de Salud determina, con toda claridad, que los mexicanos que no cuenten con acceso a algún tipo de atención sanitaria, deberán ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud.

De forma específica, el artículo 77 bis I, ordena que:

Todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención, de conformidad con el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado está obligado a garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgico, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, prevención y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Como mínimo se deben contemplar los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

⁴⁸⁰ Sobre tal distribución, *cfr.* Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud*, Cámara de Diputados/Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2000.

Por su parte, la legislación secundaria en materia de derecho a la salud tiene un carácter más bien orgánico, referido más a las entidades públicas que deben prestar los servicios de salud que los ciudadanos que son sujetos de ese derecho.

En opinión de Carbonell, “[C]omo sucede con buena parte de los ordenamientos secundarios que regulan los derechos sociales fundamentales, la legislación en materia de salud no configura verdaderas prerrogativas de los ciudadanos exigibles a los poderes públicos”⁴⁸¹.

Cabe asimismo señalar, que los Tribunales mexicanos, especialmente la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se han pronunciado respecto del derecho a la salud en pocas ocasiones, siendo uno de los pendientes que hasta la fecha tiene la jurisprudencia mexicana⁴⁸².

Derivado del somero análisis realizado, puede concluirse no únicamente la relevancia y trascendencia del derecho a la salud, sino su contenido esencial como conjunto de prestaciones comprendidas en su ámbito, puestas a disposición del titular del derecho, la persona humana, y oponible a las autoridades del Estado, como sujeto obligado, tanto de manera positiva –hacer– como de manera negativa —no hacer, no afectar—.

Corresponde ahora, examinar el otro derecho humano que interesa a los efectos de este trabajo de investigación: la facultad subjetiva esencial de acceso a la impartición y administración de justicia.

3.3.2. El derecho humano a la impartición y administración de justicia: papel de la judicatura en su concreción

Elemento esencial del Estado de Derecho lo es la división de poderes. El fundamento de la separación de las diversas funciones en que se despliega el ejercicio del poder político se encuentra, precisamente, en el “control y limitación

⁴⁸¹ Cfr. Carbonell, José y Carbonell, Miguel, *op. cit.*, p. 7.

⁴⁸² Ibidem, pp. 7-9.

recíprocas de los órganos estatales (legislativo, ejecutivo y judicial)”⁴⁸³. A través de dicho mecanismo se produce la “moderación del poder y la *protección de la libertad individual*”⁴⁸⁴.

En este sentido, la división de poderes se constituye en principio organizativo del Estado que, a través de una estricta y tasada distribución de competencias, determina las funciones que corresponden a cada uno de los órganos que ejercen las potestades estatales.

El sistema de responsabilidades orgánicas que establece la Constitución Federal es, bajo esta perspectiva, piedra angular del entramado normativo que no sólo garantiza el eficaz funcionamiento de la administración pública, sino, además, deviene un derecho esencial a favor de los particulares. En todo momento éstos pueden exigir al Estado y, de manera específica, a los órganos investidos de las potestades anteriormente indicadas, el correcto funcionamiento de la denominada “arquitectura constitucional”⁴⁸⁵.

Conforme al mandato de la Ley Fundamental, siendo ésta el orden jurídico básico de la comunidad, al Poder Judicial le corresponde la impartición y la administración de justicia⁴⁸⁶.

En efecto, la potestad jurisdiccional se materializa en el acceso de los particulares a los tribunales, previamente establecidos⁴⁸⁷, que estarán prontos y expeditos para administrar justicia “[...] en los plazos y términos que fijen las leyes”⁴⁸⁸.

⁴⁸³ Cfr. Benda, Ernesto, “El Estado Social de Derecho”, en Benda, Ernesto *et al.*, *Manual...*, *óp. cit.*, p. 503.

⁴⁸⁴ *Ídem*. Énfasis añadido.

⁴⁸⁵ Cfr. Hesse, Conrado, “Constitución y Derecho Constitucional”, en Benda, Ernesto *et al.*, *Manual...*, *óp. cit.*, p. 4.

⁴⁸⁶ Cfr. Artículo 49 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que indica que el “Supremo Poder de la Federación se divide para su ejercicio en Legislativo, Ejecutivo y Judicial” (Énfasis añadido). Asimismo, *vid.* el artículo 94 del mismo cuerpo normativo fundamental. Cabe aclarar que ambos numerales hacen referencia *expressis verbis* al ámbito federal; por lo que corresponde a las entidades federativas, es preciso *vid.* el artículo 116, primer párrafo, que determina la división de poderes a nivel estatal; así como la fracción III de la misma norma constitucional, que sienta las bases indispensables orgánicas de las judicaturas estatales.

⁴⁸⁷ Según la fórmula empleada por el artículo 14, segundo párrafo, de la propia Constitución Federal.

⁴⁸⁸ Tal como lo dispone el artículo 17 de la Constitución Federal en su segundo párrafo.

Las disposiciones constitucionales mencionadas en los párrafos precedentes son claras, precisas e incondicionales en configurar un derecho de naturaleza esencial –*id est* derecho humano– que subraya el papel central que tiene la judicatura –sea federal, sea estatal– en concretar no únicamente el acceso a las instancias judiciales, sino, fundamentalmente, la tutela judicial.

Al prohibir la autotutela⁴⁸⁹, el texto constitucional pone a disposición de los particulares la posibilidad de acudir al Estado, encarnado en los tribunales y en los jueces –titulares de la jurisdicción–, a fin de que aquél, a través de dichas instancias, resuelva los litigios⁴⁹⁰ que los primeros le someten.

En la misma perspectiva, resulta asimismo evidente que los derechos fundamentales y las libertades públicas individuales que conforman el catálogo básico de la Constitución Federal⁴⁹¹, además de los derechos que integran el ámbito jurídico privado de las personas, devendrían nugatorios sin los cauces instrumentales que los hacen exigibles en sede judicial. Es precisamente la judicatura la que hace posible la activación de tales cauces mediante el proceso, mecanismo hetero compositivo por excelencia.

De este modo, la esfera jurídica de los particulares, integrada por una serie de derechos, prerrogativas y obligaciones de naturaleza legal –y constitucional, por supuesto–, puede desplegar plenamente sus efectos en el entramado interactivo de relaciones que se establecen, se desarrollan, nacen y se extinguen con otros individuos, así como con entes de diferentes características a los que el derecho les reconoce subjetividad.

La afectación de dicha esfera configura el supuesto necesario para que los particulares hagan uso de su derecho esencial a la tutela judicial efectiva. Ello exige, no más no menos, la obligación correlativa del Estado, a través de la judicatura, de

⁴⁸⁹ *Vid.* primer párrafo del artículo 17 constitucional.

⁴⁹⁰ Es decir, los conflictos de naturaleza jurídica caracterizados, en sentido carnелuttiano, por la pretensión de una parte y la resistencia de otra. *Cfr.* Carnelutti, Francesco, *Sistema de Derecho Procesal Civil*, traducción de Niceto Alcalá Zamora y Castillo y Santiago Sentís Melendo, Tomo I, UTEHA, Buenos Aires, 1944, p. 44.

⁴⁹¹ Que tradicionalmente se ha denominado “parte dogmática” de la Ley fundamental.

atender las exigencias de justicia que se le formulan mediante el ejercicio del derecho subjetivo procesal correspondiente⁴⁹².

3.3.2.1. Configuración del derecho a la tutela judicial efectiva. imperativos constitucionales y exigencias internacionales

Como cuestión previa y determinante, debe señalarse que el acceso a la justicia – a la tutela judicial efectiva– constituye uno de los pilares fundamentales⁴⁹³ de un verdadero Estado de Derecho.

Así, el derecho de acceso a la justicia requiere del Estado poner a disposición de sus ciudadanos todos los mecanismos y las vías necesarias que hagan efectiva la tutela de sus derechos y que resuelvan sus conflictos de relevancia jurídica, a través de un sistema de recursos judiciales accesible y adecuado.

La trascendencia sistémica de este derecho humano es la de constituirse, en efecto, en la “puerta de entrada” al ámbito jurisdiccional, cuyas instancias y órganos tienen la responsabilidad de brindar la protección necesaria a la persona que considera se han conculcado sus derechos.

De esta manera, puede afirmarse que el ordenamiento jurídico condiciona su eficacia a la existencia, plena operatividad y funcionalidad de las vías previstas por la normatividad jurídica –constitucional y legal– para que todas las personas puedan acudir al tercero imparcial, independiente y ajeno a la controversia –el juez, el tribunal– que conozca, decida la controversia conforme a la ley y haga prevalecer su decisión. Dicho de otro modo, la viabilidad del ordenamiento jurídico en su conjunto depende, proporcionalmente, de que los particulares puedan acceder a los órganos titulares de la potestad jurisdiccional.

⁴⁹² Tal como se entiende conceptualmente a la *actio*, derecho subjetivo de naturaleza procesal que, a efectos de su materialización, debe satisfacer, por lo menos, la demostración del interés jurídico y el *petitum*.

⁴⁹³ Benda, incluso, considera que la tutela judicial posee la relevancia de “principio esencial del Estado de Derecho”, por la serie de importantísimas consecuencias jurídicas que del mismo se derivan, *Cfr.* Benda, Ernesto, *loc. cit.*, p. 506.

De ahí, entonces, la función esencial de la judicatura en el contexto del derecho de acceso a la justicia –a la tutela judicial efectiva–, pues tal prerrogativa sólo será efectiva ante el órgano judicial, predeterminado por la ley, competente, pronto y expedito a “adjudicar” –en sentido de resolver– la disputa, aplicando el derecho –mediante las normas jurídicas– a los casos concretos⁴⁹⁴.

En el texto constitucional mexicano, el acceso a la justicia y la tutela judicial efectiva se configuran como un derecho de especialísima relevancia.

No sólo resulta imprescindible, a estos efectos, el mandato del artículo 17, segundo párrafo, que contiene la esencia del derecho *per se*⁴⁹⁵. Además, es insoslayable su lectura –e interpretación– sistemática en coordinación con lo dispuesto por el numeral 14 de la propia ley fundamental, que contiene el “núcleo básico” de las formalidades esenciales del debido proceso legal⁴⁹⁶, así como lo referente al artículo 1º de la Carta Magna, el cual indica que, en referente a los derechos humanos, las normas se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia⁴⁹⁷.

En la misma perspectiva, el contenido del derecho de acceso a la justicia y la correspondiente tutela judicial se complementa con las disposiciones constitucionales esenciales que exigen a la autoridad jurisdiccional ser competente, además de la fundamentación y motivación que deben contener todos los actos emanados de la misma⁴⁹⁸.

⁴⁹⁴ Cfr. Carbonell, Miguel, *Los Derechos Fundamentales en México*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos/Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2004, p. 725.

⁴⁹⁵ El derecho de *toda persona* a que se le *administre justicia* por los órganos judiciales en los plazos y términos determinados por la ley, así como la decisión de los conflictos jurídicos planteados de manera *pronta, completa e imparcial*. Se establece, además, la gratuidad en la prestación del servicio de administración de justicia, prohibiendo las costas judiciales.

⁴⁹⁶ Las formalidades del *debido proceso legal*, que constituyen dicho “núcleo básico” son las siguientes: 1. La notificación del inicio del procedimiento y sus consecuencias; 2. La oportunidad de ofrecer y desahogar las pruebas en que se finque la defensa; 3. La oportunidad de alegar; y, 4. El dictado de una resolución que dirima las cuestiones debatidas. Cfr. la tesis “Formalidades Esenciales del Procedimiento. Son las que Garantizan una Adecuada y Oportuna Defensa Previa al Acto Privativo”. Novena Época, Pleno, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo II, Diciembre de 1995, Tesis P./J. 47/95, p. 133.

⁴⁹⁷ Véase el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁴⁹⁸ Vid. el texto del artículo 16, primer párrafo, de la Constitución federal.

Finalmente, y *a contrario sensu*, la obligación positiva del Estado en establecer tribunales permanentes y de competencia general y ordinaria se refuerza por la expresa prohibición constitucional de los denominados “tribunales especiales”⁴⁹⁹.

Deben indicarse, además, los numerosos criterios que los tribunales federales, en virtud de su competencia como instancias de control constitucional, han acuñado con motivo de la interpretación y aplicación de los dispositivos normativos señalados en los párrafos anteriores y que han marcado una línea jurisprudencial que hace énfasis en el carácter “abierto” de tales mandatos⁵⁰⁰, a los que hay que dotar de contenido, dependiendo de los casos concretos y específicos.

El énfasis hecho por el intérprete constitucional consiste en destacar que la tutela judicial implica, al menos, dos momentos esenciales. En primer lugar, el acceso a la jurisdicción, con las características ya mencionadas. En un segundo momento, la tutela que deben brindar los órganos judiciales se materializa en “[...] el derecho que tiene el justiciable a obtener una sentencia sobre el fondo de la cuestión planteada y su cabal ejecución”⁵⁰¹.

A los dos momentos en que se despliega la eficacia de la tutela judicial, se añade, en la misma línea de exégesis de la ley fundamental, la posibilidad de que el particular interponga los recursos –que debe prever la propia normativa jurídica– a efecto de controvertir los actos de las autoridades, inclusive, los actos de carácter procesal⁵⁰².

⁴⁹⁹ Vid. el artículo 13 de la Constitución federal.

⁵⁰⁰ Extremo resaltado por Miguel Carbonell. Cfr. *Los Derechos Fundamentales...*, op. cit., p. 663.

⁵⁰¹ Cfr. la tesis de jurisprudencia “Juicio Contencioso Administrativo Federal. Si la Sala Fiscal Advierte una Insuficiente Fundamentación de la Competencia de la Autoridad Administrativa y el Actor Hace Valer Cuestiones Atinentes al Fondo de la Controversia, Aquella debe Analizar los Argumentos que Persigan una Declaratoria de Nulidad Lisa y Llana de la Resolución Impugnada, Atento al Principio *Pro Actione* y al Derecho a la Tutela Judicial Efectiva”. Novena Época, Tribunales Colegiados de Circuito, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo XXXI, Junio de 2010, Tesis 1. 4o.A. J/82, p. 765.

⁵⁰² Cfr. la tesis de jurisprudencia “Juicio Contencioso Administrativo Federal. El Hecho de que la Ley que lo Rige No Prevea un Recurso Ordinario para Impugnar las Resoluciones que Emita el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, No Transgrede el Derecho a la Tutela Judicial Efectiva Contenido en el Artículo 25 de la Convención Americana de Derechos Humanos Ni los Preceptos 1, Puntos 1 y 2 de Dicho Instrumento, Ya que Para Ello el Particular Cuenta con el Juicio de Amparo Directo y el Recurso de Revisión Fiscal Adhesiva”. Novena Época, Tribunales Colegiados de Circuito, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo

En apretada síntesis, lo dispuesto en el mandato constitucional –e interpretado por los tribunales federales– implica, de manera inevitable, la construcción de un derecho esencial, de naturaleza instrumental, que complementa a la perfección el ámbito sustantivo y material de los derechos individuales. Sin tal derecho, el ordenamiento jurídico deviene, sin más, en mera declaración de “buenas intenciones”, *id est* sin ninguna eficacia.

Ahora bien, en la perspectiva del orden jurídico internacional, nuestro país ha suscrito y aprobado ex artículo 13 de la Constitución Federal, una serie de instrumentos convencionales que recogen el derecho de acceso a la justicia y a la tutela otorgada por los órganos judiciales.

De esta manera, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966, establece que:

Toda persona tiene derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para la determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil⁵⁰³.

En este sentido, y por la evidente importancia que reviste –ya que se trata de la libertad personal–, el Pacto destaca la obligación estatal de poner a disposición de toda persona privada de su libertad o que se encuentre en prisión, tribunales que decidan, “[...] *a la brevedad posible* [...]”, respecto de la legalidad de la detención, o si esta última hubiese sido ilegal, determinen la puesta en libertad del particular afectado⁵⁰⁴.

Cabe resaltar, además, para los efectos que interesan, la obligación convencional del Estado para que la tutela judicial –en el ámbito material y personal

XXXIII, Junio de 2011, Tesis 6.3o.A. J/76, p. 980.

⁵⁰³ Vid. artículo 14.1 del Pacto.

⁵⁰⁴ Vid. artículo 9.3 del Pacto. Énfasis añadido.

que prevé el instrumento convencional señalado— se lleve a cabo “[...] *sin dilaciones indebidas*”⁵⁰⁵.

Por su parte, la Convención Americana de los Derechos Humanos de 1969, también ratificada por nuestro país⁵⁰⁶, prevé el derecho de toda persona a la tutela judicial efectiva *in genere*, al enunciar la obligación de las Altas Partes Contratantes de garantizar un “[...] juez o tribunal competente, independiente e imparcial establecido con anterioridad por la ley [...]”⁵⁰⁷, que imparta justicia “[...] con las debidas garantías y *dentro de un plazo razonable* [...]”⁵⁰⁸, toda acusación de tipo penal, o para la determinación de los derechos y las obligaciones de carácter civil, laboral, fiscal o de cualquier otra materia que afecte la esfera jurídica de las personas.

Al igual que el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de 1966, la Convención Americana enfatiza la tutela judicial en el ámbito penal. Así, “Toda persona detenida o retenida debe ser llevada *sin demora*, ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada *dentro de un plazo razonable* [...]”⁵⁰⁹.

En el mismo contexto de los derechos humanos respecto de la libertad personal, “Toda persona privada de libertad tiene derecho a recurrir ante un juez o tribunal competente, a fin de que éste decida, *sin demora*, sobre la legalidad de su arresto o detención y ordene su libertad si el arresto o la detención fueren ilegales”⁵¹⁰.

De nueva cuenta, cabe la observación de que la intervención judicial debe hacerse de manera pronta, expedita, “sin demora” y en un “plazo razonable”. Lo

⁵⁰⁵ Vid. artículo 14.3 c) del Pacto. Énfasis añadido.

⁵⁰⁶ Aprobada por la Cámara de Senadores el 18 de diciembre de 1980 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981.

⁵⁰⁷ Vid. artículo 8.1 del Pacto de San José.

⁵⁰⁸ *Ídem*. Las itálicas son añadidas.

⁵⁰⁹ Vid. artículo 7.5 del Pacto de San José.

⁵¹⁰ Vid. artículo 9.4 del Pacto de San José.

anterior bajo pena de que los derechos humanos previstos en tales mandatos convencionales se tornen ineficaces, inoperantes y, por lo tanto, nugatorios.

La clarificación de la responsabilidad del Estado en garantizar la tutela judicial efectiva y que ésta sea oportuna, *id est* en los términos convencionales⁵¹¹, ha sido abordada en una serie de decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, intérprete y aplicador primario del Pacto de San José⁵¹², cuya competencia contenciosa ha sido reconocida y aceptada *expressis verbis* por nuestro país⁵¹³.

De los criterios jurisprudenciales más relevantes en este aspecto de extraordinaria relevancia, cabe mencionar el énfasis que hace la Corte Interamericana al subrayar que la “[...] tutela judicial efectiva *exige* [...] a los jueces que dirijan el proceso de modo de *evitar que dilaciones y entorpecimientos indebidos*, conduzcan a la impunidad, *frustrando* así la *debida protección judicial* de los derechos humanos”⁵¹⁴. Aseveración reiterada en subsecuentes decisiones, lo que confirma una línea jurisprudencial ya consolidada al respecto⁵¹⁵.

Con referencia a los procedimientos de ejecución, pero indudablemente en el mismo contexto de la prontitud y expeditéz del acceso a –e intervención de– la jurisdicción, la Corte Interamericana ha sostenido que la “[...] tutela judicial efectiva requiere que los procedimientos [...] sean accesibles para las partes, *sin obstáculos o demoras indebidas*, a fin de que alcancen su objetivo de manera rápida, sencilla e integral”⁵¹⁶.

⁵¹¹ Es decir, “sin demora” y “dentro de un plazo razonable”.

⁵¹² Artículos 33 b) de la Convención Americana de Derechos Humanos (competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes por virtud del Pacto de San José); y, 1º. del Estatuto de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, aprobado mediante Resolución No. 448 adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en su noveno período de sesiones, celebrado en La Paz, Bolivia, octubre de 1979.

⁵¹³ Declaración aprobada por la Cámara de Senadores de fecha 1º. de diciembre de 1998, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.

⁵¹⁴ Cfr. CIDH, *Caso Bulacio contra Argentina*, sentencia de 18 de septiembre de 2003, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 115. Énfasis añadido.

⁵¹⁵ Cfr., *inter alia*, CIDH, *Caso Myrna Mack Chang contra Guatemala*, sentencia de 25 de noviembre de 2003, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 210.

⁵¹⁶ Cfr. CIDH, *Caso Mejía Idrovo contra Ecuador*, sentencia de 5 de julio de 2011, Excepciones Preliminares,

Finalmente, resulta conveniente incorporar a estas consideraciones la opinión de García Ramírez, antiguo juez –y presidente, inclusive– de la Corte Interamericana, plasmada en un voto particular:

El *acceso a la justicia*, uno de los temas sobresalientes en la vida contemporánea, supone el esclarecimiento de los hechos ilícitos, la corrección y reparación *oportunas* de las violaciones perpetradas, el restablecimiento de condiciones de paz con justicia y la satisfacción de la conciencia pública, alterada por el quebranto que sufren el Derecho, como regulación general de la conducta, y los derechos subjetivos reconocidos a los particulares, como medios para la realización de las potencialidades de las personas⁵¹⁷.

En resumen, son claras, precisas e incondicionales las obligaciones asumidas por nuestro país en el marco de los instrumentos convencionales de los que forma parte integrante ex artículo 133 de la propia Constitución, respecto del derecho de acceso a la jurisdicción y a la tutela judicial efectiva, sin demora y dentro de un plazo razonable, que tienen a su favor los particulares.

Pero, además, por virtud de la exégesis convencional hecha por la Corte Interamericana de Derechos Humanos con relación a las disposiciones indicadas anteriormente, la configuración de tal derecho humano, así como su eficacia y operatividad de carácter procesal, se condicionan a que no existan *obstáculos* ni *demoras indebidas*, es decir, el acceso a la jurisdicción y la tutela judicial efectiva deben ser *oportunas, evitando dilaciones y entorpecimientos indebidos*.

Tales condiciones devienen obligaciones plenas a cargo de las Altas Partes Contratantes, es decir, los Estados asumen la carga de adoptar todas las medidas necesarias para que el goce del derecho humano en cuestión sea irrestricto.

Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 106. Énfasis añadido.

⁵¹⁷ CIDH, *Voto concurrente del Juez Sergio García Ramírez en el Caso Myrna Mack Chang contra Guatemala*, sentencia de 25 de noviembre de 2003, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 6.

El contenido nuclear de estas obligaciones comprende, en primer lugar, la observancia y el respeto del derecho convencional⁵¹⁸. El alcance de la disposición del tratado incluye, por supuesto, la no discriminación *ratione personae*⁵¹⁹.

En segundo lugar, los Estados se comprometen a la adopción de todas las medidas necesarias a fin de “[...] hacer efectivos tales derechos y libertades”⁵²⁰.

En tercer y último lugar, los Estados Contratantes asumen la obligación de no suspender el disfrute de los derechos ni de las libertades que prevé el Pacto de San José, salvo en ciertos y muy restringidos supuestos⁵²¹; y aun en tales casos, la suspensión será de carácter estrictamente temporal, y las medidas adoptadas no deberán ser incompatibles con el Derecho Internacional ni tampoco ser discriminatorias⁵²².

Debe llamarse la atención respecto de la observancia estricta de las obligaciones indicadas en los párrafos previos, ya que no existe ningún otro supuesto de suspensión, debiendo garantizarse, por parte del Estado, el disfrute continuo de los derechos y de las libertades consagradas en el tratado⁵²³. Lo contrario entrañaría, inevitablemente, la responsabilidad internacional del Estado por incumplimiento de sus obligaciones convencionales, tal como lo especifica el propio régimen jurídico de los tratados internacionales y ha sido reconocido y aceptado por nuestro país, vía jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la

⁵¹⁸ Cf. artículo 1º. del Pacto de San José.

⁵¹⁹ *Ídem*.

⁵²⁰ Cf. artículo 2 del Pacto de San José.

⁵²¹ De conformidad con el artículo 27.1 del Pacto de San José, sólo en caso de “[...] guerra, de peligro público o de otra emergencia que amenace la independencia o seguridad del Estado parte [...]” pueden suspenderse los derechos humanos que contempla el propio instrumento convencional.

⁵²² *Ídem*.

⁵²³ Vid. los artículos 26 y 27 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados Celebrados entre Estados, adoptada el 23 de mayo de 1969 [aprobada por la Cámara de Senadores en fecha 29 de diciembre de 1972 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de fecha 14 de febrero de 1975]; y, 26 y 27 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados Celebrados entre Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales, adoptada el 21 de marzo de 1986 [aprobada por la Cámara de Senadores en fecha 11 de diciembre de 1987 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de fecha 28 de abril de 1988].

Nación⁵²⁴, y más recientemente en la trascendente reforma constitucional de 10 de junio de 2011⁵²⁵.

3.3.2.2. El Poder Judicial, garante del acceso a la jurisdicción y la tutela judicial efectiva

A partir del examen hecho a lo largo del apartado anterior, queda claro que el Estado mexicano no puede permanecer ajeno a las obligaciones constitucionales y convencionales que le exigen respetar a todas las personas su derecho fundamental a la jurisdicción y la tutela judicial efectiva.

De la misma forma, en el primer apartado se destaca que la propia existencia del Estado de Derecho implica, necesariamente, la configuración de una judicatura –independiente e imparcial– con la función explícita de ejercer la potestad jurisdiccional a fin de resolver los conflictos jurídicos que le plantean los particulares que acuden a los órganos judiciales para que se les imparta justicia.

En tal virtud, por mandato expreso de la Constitución federal, así como de los instrumentos convencionales de los que México forma parte, el Poder Judicial se erige en el auténtico e indiscutible garante de los derechos humanos consagrados en la propia Ley fundamental y la serie de instrumentos internacionales de naturaleza convencional que forman parte⁵²⁶, como destaca la propia Constitución, de la “Ley suprema de la Unión”.

⁵²⁴ En la parte conducente de la tesis correspondiente, el Alto Tribunal indica “[...] el Estado Mexicano al suscribir [tratados], de conformidad con lo dispuesto en la Convención de Viena Sobre el Derecho de los Tratados entre los Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales y, además, atendiendo al principio fundamental de derecho internacional consuetudinario "pacta sunt servanda", contrae libremente obligaciones frente a la comunidad internacional que no pueden ser desconocidas invocando normas de derecho interno y cuyo incumplimiento supone, por lo demás, una responsabilidad de carácter internacional” [Énfasis añadido]. Cfr. la tesis aislada “Tratados Internacionales. Son Parte Integrante de la Ley Suprema de la Unión y se Ubican Jerárquicamente por Encima de las Leyes Generales, Federales y Locales. Interpretación del Artículo 133 Constitucional”. Novena Época, Pleno, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo XXV, Abril de 2007, Tesis P. IX/2007, p. 6.

⁵²⁵ Decreto de 9 de junio de 2011, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de fecha 10 de junio de 2011, en vigor a partir del 13 del mismo mes y año [vid. artículo primero transitorio del mencionado decreto].

⁵²⁶ Siempre y cuando cumplan los extremos del artículo 133 constitucional.

Tal misión –competencia y atribución–, de extraordinaria y compleja relevancia, viene a ser confirmada por la reciente reforma al artículo 1º. de la Constitución Federal.

En efecto, la redacción que, en este sentido, el Constituyente Permanente da a la “norma pòrtico” de nuestra Ley fundamental no deja lugar a dudas.

De inicio, se determina *expressis verbis* que en “[...] los Estados Unidos Mexicanos *todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte*, así como de las *garantías* para su protección [...]”⁵²⁷.

El disfrute de los derechos humanos –constitucionales y convencionales– es pleno y absoluto; sólo pueden ser objeto de suspensión o restricción “[...] en los casos y bajo las condiciones [...]” predeterminadas por la propia Constitución⁵²⁸.

En el segundo párrafo de la norma que abre el texto fundamental, de extraordinaria novedad y profundo impacto *ad intra* del ordenamiento jurídico mexicano, se establece la obligación de interpretar las normas que contengan derechos humanos “[...] de conformidad con esta Constitución y los tratados internacionales de la materia [...]”. Ello abre la puerta constitucional a la *interpretación conforme*, es decir, a la exégesis del contenido normativo tomando como referencia el “bloque de constitucionalidad”⁵²⁹.

Por lo que ve a este último concepto, de origen específicamente doctrinal⁵³⁰, cabe aclarar que la intención del Poder reformador de la Constitución Federal fue,

⁵²⁷ Primer párrafo del artículo 1º. constitucional. Énfasis añadido.

⁵²⁸ *Ídem*.

⁵²⁹ Señala Caballero “El que la Constitución se interprete de conformidad con los tratados no lesiona la supremacía constitucional, sino que precisamente reconoce la conformación de un ‘bloque de constitucionalidad’ mediante derechos integrados”. Cfr. Caballero Ochoa, José Luis, “Cláusula de Interpretación Conforme y el Principio *Pro Persona*”, en Carbonell Sánchez, Miguel y Salazar Ugarte, Pedro, *óp. cit.*, p. 115.

⁵³⁰ Usualmente se le atribuye la creación conceptual a Louis Favoreau, quien habría hecho una adaptación de un término clásico del Derecho contencioso–administrativo (*bloc de légalité*) al ámbito jurídico constitucional al comentar la célebre decisión D–44, de fecha 16 de julio de 1971, emitida por el *Conseil Constitutionnel* francés. El propio Favoreau, en una monografía dedicada al tema, expuso que el contenido del *bloc de légalité* se integra no sólo por la propia Constitución francesa de la V República (1958), sino, además, por el Preámbulo de la Constitución de 1946, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, los denominados “principios fundamentales de las leyes de la República” [*id est*, el principio de

en efecto, ampliar el parámetro conforme al cual se interpretan los derechos humanos incorporados no sólo al texto fundamental, sino, además, a los instrumentos internacionales de los que nuestro país forma parte⁵³¹.

Dicho de otra manera, la configuración del “bloque de constitucionalidad” implica ejercer el control constitucional de leyes y actos “[...] con normas y principios que no están contemplados directa o formalmente en la Constitución, pero que, de conformidad con la propia Carta Magna, deben ser considerados con grado constitucional [...]”⁵³².

Lo anterior tiene, como consecuencia directa, la incorporación de los tratados internacionales en materia de derechos humanos de los que México forma parte ex artículo 133 constitucional, a los mecanismos de control constitucional. Así, los actos del Estado –que despliega a través de sus autoridades–, deben ser controlados en su conformidad constitucional, ya no únicamente empleando la referencia del contenido de la *Norma normarum*, sino, además, el contenido de los instrumentos internacionales de naturaleza convencional.

Inclusive, el mandato de la propia Constitución federal incorpora, al bloque de constitucionalidad y correspondiente interpretación conforme, los criterios exegéticos elaborados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, pues esta instancia judicial internacional es la intérprete originaria del Pacto de San José.

separación de poderes, el principio de continuidad del servicio público y el derecho de defensa en materia no penal] y, los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Cfr. Favoreau, Louis, “Legalidad y Constitucionalidad. La Constitucionalización del Derecho”, en *Cuadernos del Instituto de Estudios Constitucionales*, No. 59, Bogotá, 2000, pp. 23 y ss. Del mismo autor, “Le Principe de Constitutionnalité. Essai de Définition d’après la Jurisprudence du Conseil Constitutionnel”, en AA.VV., *Mélanges Eisenmann*, Cujas, 1975, pp. 3 y ss.; y de lectura imprescindible también, Rubio Llorente, Francisco, “El Bloque de Constitucionalidad”, en *Revista Española de Derecho Constitucional*, Número 27, Septiembre–Diciembre de 1989, pp. 16 y ss.

⁵³¹ Ciertamente, como indican varios autores, el concepto de “bloque de constitucionalidad” no ha sido ajeno al contexto jurídico mexicano. Ya la Suprema Corte de Justicia de la Nación lo empleó en la tesis de rubro “Estatuto de Gobierno del Distrito Federal. Junto con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Integra Bloque de Constitucionalidad en Materia Electoral”. Novena Época, Pleno, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo XXV, Mayo de 2007, Tesis P./J. 18/2007, p. 1641. Cfr. Muñoz Navarro, José de Jesús, “El Bloque de Constitucionalidad como Parámetro del Control Constitucional en México”, en *Debate Social*, Número 23, pp. 9-11.

⁵³² *Ibidem*, p. 12.

Aunque, debe advertirse, la interpretación conforme la deben hacer todas las autoridades del Estado, de manera especial los órganos que ejercen la potestad jurisdiccional a través del proceso; es decir, los jueces y los tribunales.

De esa manera, la reforma constitucional hace posible el despliegue del llamado “control de convencionalidad”, mecanismo hermenéutico que implica, no más no menos, que la obligación de las autoridades *in genere* –y los jueces *in species*– a tener en cuenta los criterios jurisprudenciales acuñados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos cuando ésta ejerce su competencia, sea contenciosa, sea consultiva, en los casos que se le plantean por virtud de lo dispuesto por el Pacto de San José.

El control de convencionalidad se caracteriza, como lo ha sostenido la propia Corte Interamericana, por ser *difuso*. Esto es, todos los jueces –sin distingo de rango, nivel o adscripción– se encuentran vinculados por el texto convencional y la interpretación que respecto de sus contenidos ha hecho la propia Corte Interamericana⁵³³. Además, lo deben hacer *ex officio*⁵³⁴, sin que medie solicitud expresa al respecto de las partes en la controversia de que se trate⁵³⁵.

Bajo esta perspectiva, los mecanismos exegéticos de la interpretación conforme y el bloque de constitucionalidad, incorporados al canon del control de convencionalidad que deben ejercer los jueces nacionales –locales y federales– se

⁵³³ El *leading case* en esta cuestión lo constituye el asunto *Almonacid Arellano y Otros contra Chile*, resuelto mediante sentencia del 26 de septiembre de 2006, párrafo 124.

⁵³⁴ “[...] cuando un Estado es Parte de un tratado internacional como la Convención Americana, todos sus órganos, incluidos sus jueces, también están sometidos a aquél, lo cual les obliga a velar por que los efectos de las disposiciones de la Convención no se vean mermados por la aplicación de normas contrarias a su objetivo y fin. Los jueces y órganos vinculados a la organización de justicia en todos los niveles están en la obligación de ejercer *ex officio* un ‘control de convencionalidad’ entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes. En esta tarea, los jueces y órganos vinculados a la administración de justicia deben tener en cuenta no solamente el tratado, sino la interpretación que del mismo ha hecho la Corte Interamericana, intérprete última de la Convención Americana”. Cfr. CIDH, *Caso Trabajadores Cesados del Congreso (Aguado Alfaro y Otros) contra Perú*, sentencia del 24 de noviembre de 2006, párrafo 128. Así también, *Caso La Cantuta contra Perú*, sentencia del 29 de noviembre de 2006, párrafo 173; y, *Caso Boyce y Otros contra Barbados*, sentencia de 20 de noviembre de 2007, párrafo 78.

⁵³⁵ Por virtud del principio *iura novit curia*, ampliamente reconocido y aplicado en el Derecho Internacional. Cfr., *inter alia*, CIDH, *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri contra Perú*, sentencia de 8 de julio de 2004, párrafo 179; *Caso Hilaire, Constantine y Benjamin y Otros contra Trinidad y Tobago*, sentencia de 21 de junio de 2002, párrafos 107 y 170; *Caso Acosta Calderón contra Ecuador*, sentencia de 24 de junio de 2005; y, *Caso Kimel contra Argentina*, sentencia de 2 de mayo de 2008, párrafo 61.

reflejan en una serie de reenvíos de la Constitución Federal a los instrumentos convencionales internacionales y a la jurisprudencia de los tribunales supranacionales y viceversa. Así se configura un verdadero sistema exegético abierto a la constante expansión del contenido básico de los derechos humanos, sin que pueda ser obstaculizado ni puesto en entredicho por el propio ordenamiento jurídico, puesto que lo que pretende es la “armonización” de las distintas normativas llamadas a irradiar sus efectos en la protección de los derechos humanos⁵³⁶. Se “concilian”, de esa manera, las esferas jurídicas nacional e internacional, conjuntando los mecanismos protectores de ambas y sus respectivos contenidos, privilegiando la opción de mayor eficacia para la salvaguarda del derecho humano concreto⁵³⁷.

La fuente de tal estructura lo es, indiscutiblemente, la disposición del párrafo tercero del artículo primero constitucional.

A la luz del mandato constitucional, en efecto, *todas* las autoridades estatales –incluidas, por supuesto, las *instancias judiciales*– asumen la obligación de “[...] promover, respetar, proteger y *garantizar* los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad”⁵³⁸.

El acento, como se puede apreciar, se pone en el *deber de garantizar los derechos humanos*. Con ello se configura una obligación de carácter positivo para– se reitera– todas y cada una de las autoridades del Estado.

Ahora bien, por su especial posición en el marco del Estado de Derecho, por la relevante serie de competencias que le atribuye la Constitución federal, así como por las facultades que le vienen atribuidas por la propia esfera convencional

⁵³⁶ Cfr. Ferrer McGregor, Eduardo, “Interpretación Conforme y Control Difuso de Convencionalidad. El Nuevo Paradigma para el Juez Mexicano”, en Carbonell Sánchez, Miguel y Salazar Ugarte, Pedro, *La Reforma Constitucional de Derechos Humanos...*, op. cit., pp. 365 y 366.

⁵³⁷ Es decir, se estructura una *race to the top*, conforme el estándar más elevado, sin supeditarse a los esquemas clásicos de supremacía constitucional y jerarquía normativa.

⁵³⁸ Énfasis añadido.

internacional, es indiscutible que el Poder Judicial se erige en instancia garante de insoslayable trascendencia.

El término “garantizar” implica, por lo tanto, la asunción por parte de la judicatura, de todas aquellas acciones tendientes a preservar el disfrute, el goce, el ejercicio, sin obstáculos ni condiciones del contenido nuclear de los derechos humanos contenidos en el propio texto constitucional federal, en los tratados internacionales de los que nuestro país sea parte, e inclusive, en aquellas normas que siendo de carácter infraconstitucional e infraconvencional, brinden una mayor, mejor, o más eficaz protección de tales prerrogativas esenciales y libertades públicas.

En este mismo sentido, el nuevo mandato constitucional convierte al juez mexicano –local o federal– en “[...] un *primer y auténtico guardián* de la Convención Americana de Derechos Humanos, de sus protocolos adicionales –eventualmente de otros instrumentos internacionales– y de la jurisprudencia de la Corte de San José, que interpreta dicha normativa”⁵³⁹.

Así, pues, las judicaturas de las entidades federativas –además de las instancias judiciales pertenecientes al Poder Judicial de la Federación– asumen, a partir de la nueva redacción del artículo 1º, tercer párrafo, de la Constitución Federal, la responsabilidad de garantizar, en todo momento, el que los particulares hagan uso de su derecho a la jurisdicción y a la tutela judicial efectiva.

Lo anterior exige que el Poder Judicial “[...] debe adoptar medidas destinadas a evitar que otros agentes o sujetos violen los derechos fundamentales, lo que incluye mecanismos no solamente reactivos frente a las violaciones [...], sino también esquemas de carácter preventivo que eviten que agentes privados puedan hacerse con el control de los recursos necesarios para la realización de un derecho”⁵⁴⁰.

⁵³⁹ Cfr. Ferrer McGregor, Eduardo, *loc. cit.*, p. 379. Énfasis añadido.

⁵⁴⁰ Cfr. Carbonell, Miguel, “Las Obligaciones del Estado en el Artículo 1º. de la Constitución Mexicana”, en Carbonell Sánchez, Miguel y Salazar Ugarte, Pedro, *La Reforma Constitucional de Derechos Humanos...*, *op. cit.*, p. 75.

No hacerlo, en términos de la propia Ley fundamental y del régimen jurídico convencional internacional, implicaría violación grave a las obligaciones adquiridas por el Estado mexicano por virtud del *consensus* convencional.

Tal afectación, contraria a la *bona fide* que se presume en el ámbito jurídico internacional, en especial en el Derecho de los Tratados Internacionales en materia de derechos humanos, vulnera el principio fundamental *pacta sunt servanda*⁵⁴¹ y, además, abre la puerta a los mecanismos propios de la responsabilidad internacional por la comisión de un hecho ilícito internacional.

Las consecuencias directas de la falta al deber de garantizar el disfrute de los derechos humanos por parte de las autoridades estatales son, asimismo, establecidas por el texto constitucional reformado por el Constituyente Permanente.

La parte final del ya mencionado párrafo tercero de la norma póstica indica que “[...]el Estado deberá [...] *reparar* las violaciones a los derechos humanos [...]”. La disposición constitucional incorpora a la sede constitucional el tema, siempre delicado, de las consecuencias jurídicas del hecho ilícito internacional.

El propio texto del Pacto de San José, interpretado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, establece un régimen específico de reparaciones por violaciones al contenido convencional.

Los conceptos fundamentales en torno a los cuales gravita el régimen reparador del Pacto de San José son, básicamente, tres. En primer lugar, la obligación del Estado que vulnera el o los derechos humanos contenidos en la Convención Americana, a reparar las consecuencias de la medida o acción que afectan a la “parte lesionada”. En segundo lugar, se estipula el deber de garantía al “lesionado” en el derecho o libertad conculcado. En tercer y último lugar, se establece la obligación del pago de una justa indemnización⁵⁴².

⁵⁴¹ De origen consuetudinario, se encuentra codificado en el artículo 26 del Convenio de Viena sobre el Derecho de los Tratados celebrados entre Estados, de 23 de mayo de 1969.

⁵⁴² *Vid.* el artículo 63.1 del Pacto de San José de Costa Rica.

Debe quedar claro, a este respecto, que la interpretación que ha hecho la Corte Interamericana de Derechos Humanos –a través de numerosas decisiones– hace énfasis en lo que denomina “reparación integral”, categoría que no sólo pretende una mera compensación económica, sino, además, un completo –en la medida de lo posible– restablecimiento en el goce del derecho humano o libertad pública que fue vulnerada, *id est*, se favorece la *restitutio in integrum*.

Pero, además, la configuración del régimen de reparaciones por violación a derechos humanos contenidos en instrumentos convencionales internacionales de los que forma parte nuestro país se abre a las disposiciones que prevén otros tratados de relevancia universal, como lo son, *ad exemplum*, los Pactos Internacionales de 1966⁵⁴³.

A la luz de tales instrumentos –y de la numerosa normatividad que deriva de los órganos de control convencional que prevén los propios tratados constitutivos–, la reparación por violación de las obligaciones asumidas por los Estados Parte, se configura conceptualmente de manera amplia y no restringida a la cuestión pecuniaria⁵⁴⁴. Más aun, es obligación del Estado infractor –de las autoridades vulneradoras– proveer a la “completa y efectiva reparación”⁵⁴⁵.

En síntesis, y contextualizando lo anteriormente expuesto, es de meridiana claridad que la violación al deber de garantizar el acceso a la jurisdicción y la tutela judicial, por parte de las instancias a las que se les atribuye la materialización de tal derecho humano –los poderes judiciales federal y locales–, previsto no sólo en la Constitución Federal, sino también en tratados internacionales incorporados al

⁵⁴³ Ya se mencionó *ut supra* el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; no debe soslayarse la vigencia y vinculatoriedad para nuestro país del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en Nueva York en la misma data y aprobado por la Cámara de Senadores –y publicado en el *Diario Oficial de la Federación*– en la misma fecha que el anterior.

⁵⁴⁴ Cfr. el *Comentario General 31* del Comité de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Doc. HRI/GEN/1/Rev. 7, de fecha 26 de mayo de 2004, p. 225.

⁵⁴⁵ Cfr. el párrafo 18 de los *Principios y Lineamientos Básicos sobre el Derecho a Remedios y Reparaciones para las Víctimas de Graves Violaciones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario*, adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 60/147, de fecha 16 de diciembre de 2005.

orden jurídico mexicano ex artículo 133 constitucional, origina responsabilidad internacional.

En consecuencia, es el propio Estado, a través de las autoridades omisas a tal deber constitucional y convencional, quien está obligado a brindar la reparación suficiente y adecuada, en primer lugar para restituir a los titulares del derecho humano vulnerado –el o los lesionados– en el goce del mismo; en segundo lugar, para indemnizar las pérdidas a que dio lugar la conculcación del derecho humano en específico; en tercer y último lugar, para *prevenir* que no vuelva a repetirse la afectación a la esfera de los derechos básicos del o de los sujetos pasivos.

Finalmente, por lo que respecta a la obligación de adoptar actos y medidas preventivas que tengan por objeto evitar la vulneración de derechos humanos, es preciso señalar que la misma implica, de manera insoslayable, cumplir con el criterio de proporcionalidad y de mayor interés, para que tales actos y medidas no configuren, a su vez, restricciones innecesarias a otros derechos, ya sea de la misma relevancia, ya sea de naturaleza legal.

Así, la proporcionalidad exige la adecuación entre el medio empleado y el fin pretendido; el medio no debe desbordar la finalidad deseada. En el contexto de la adopción de medidas de carácter preventivo, resulta evidente que la medida no puede *per se*, conculcar derechos humanos si lo que pretende es, precisamente, prevenir la vulneración de derechos de tal naturaleza.

Por lo que ve a la exigencia de que se satisfaga el mayor interés, la condición es que se pondere entre los intereses en presencia. La afectación debe ser de aquel interés no necesariamente de inferior jerarquía, sino, precisamente, del que no tenga un peso más específico en el conjunto de los intereses –y derechos– en general.

En el contexto de la prevención en aras de la observancia, respeto, protección y garantía de derechos humanos, la condición de mayor interés apunta a privilegiar el interés general, el denominado “interés público”, en detrimento de intereses particulares o específicos –intereses de grupo– por entender que la

afectación del primero es más grave que la del segundo. Así como también por la consideración de que se causa un daño más grave a la sociedad en su conjunto privilegiando intereses particulares, aunque éstos también sean relevantes y se encuentren protegidos en sede constitucional, e incluso, convencional⁵⁴⁶.

En el siguiente capítulo se examinarán tales consideraciones en el contexto del conflicto entre salud y acceso a la impartición y administración de justicia por el juez predeterminado por la ley, cuestión que se ha generado por la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2.

3.4. La ponderación como técnica para resolver conflictos entre derechos humanos

Como ha sido puesto de relieve por Saldívar, “[...] Dada la estructura de las normas constitucionales es posible que existan supuestos en los que éstas entren en conflicto. Esto es especialmente cierto en el caso de los derechos fundamentales, que pueden entrar en colisión porque en diversos supuestos no se contemplan expresamente todas sus condiciones de aplicación [...] cuando tienen lugar contradicciones entre distintos principios constitucionales con motivo de situaciones concretas se utilizan distintas técnicas argumentativas, como la *ponderación* que permiten resolver este tipo de problemas [...]”⁵⁴⁷.

Luego, entonces, la interpretación que hacen los titulares de la potestad jurisdiccional al identificar el contenido de los derechos humanos presenta indudables dificultades.

Especialmente, si se toma en cuenta que la presencia de un derecho no es una decisión de correlatos políticos, sociales, culturales y/o económicos.

La interpretación judicial es, ante todo, concreción de las decisiones que la Constitución y las leyes han dejado abiertas, en cierta medida, ya que el texto no

⁵⁴⁶ Como es el caso que se suscita entre el interés mayor de prevenir la vulneración al derecho humano de acceso a la jurisdicción y la tutela judicial efectiva, y el interés menor de la no afectación del derecho humano de manifestación de las ideas, de asociación o los derivados del sindicalismo.

⁵⁴⁷ Cfr. Zaldívar Lelo de Larrea, Arturo, *Hacia una Nueva Ley de Amparo*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2002, p. 92. El énfasis es propio.

aporta por sí mismo la decisión anticipada de todos y cada uno de los aspectos que pretende regular, lo que es evidente, especialmente, tratándose de las normas sobre derechos fundamentales.

Bajo esta perspectiva, puede afirmarse que no existe interpretación jurídica –particularmente la que se hace respecto de las normas de la ley fundamental– desvinculada de los problemas concretos en una realidad histórica determinada y cambiante.

En este sentido, es pertinente recordar que los derechos humanos constituyen elecciones morales, sociales, culturales, políticas y económicas.

Cada sociedad busca lograr una ordenación de los bienes jurídicos fundamentales para fijar un régimen de relaciones en el que tengan eficacia tanto los intereses individuales como los sociales⁵⁴⁸.

De ahí que los niveles de protección de los derechos humanos varíen de un Estado a otro, dependiendo de la historia, la cultura y la idiosincrasia de la comunidad respectiva, porque implican una elección y jerarquización de principios y valores que la sociedad específica considera trascendente⁵⁴⁹.

Debido a ese conjunto de elementos que participan en el concepto mismo de derechos humanos, como elección de los valores individuales y colectivos de una

⁵⁴⁸ Cfr. Hesse, Conrad, “Significado de los Derechos Fundamentales”, *loc. cit.*, pp. 89-91.

⁵⁴⁹ Por ejemplo, el derecho a la vida puede ser absoluto en algunas sociedades, mientras en otras, puede encontrar un límite, por ejemplo, el derecho de libertad de la madre en el tema de la interrupción del embarazo. Cfr. Finnis, John *et al.*, *Debate sobre el Aborto. Cinco Ensayos de Filosofía Moral*, Cátedra/Teorema, Madrid, 1992, pp. 55-60.

sociedad, constituyen un elemento de diferenciación entre los distintos países⁵⁵⁰ y las entidades territoriales dentro del Estado constitucional⁵⁵¹.

Dado que los derechos fundamentales constituyan elecciones morales, sociales, culturales, políticas y económicas, aunando a que su consagración consecuentemente se traduzca en normas constitucionales indeterminadas, ha generado el problema relativo a la falta de uniformidad y subjetivismo en su interpretación por parte de los jueces.

Ahora bien, la interpretación se requiere en el supuesto específico del *conflicto entre derechos*, pues la prevalencia –temporal, debe subrayarse– de uno respecto del otro –que va a ser limitado en su ejercicio por los titulares del mismo, es decir, por las personas–, debe fundamentarse y motivarse con la mayor claridad posible.

En este sentido, para Alexy⁵⁵², un conflicto de normas cuyo contenido prevé un derecho humano –o fundamental– sólo admite una de estas dos soluciones: o bien, se declara invalida una de las reglas, o bien, se introduce una cláusula de

⁵⁵⁰ En fechas recientes, en el ordenamiento jurídico comunitario europeo se han generado situaciones que pueden resultar ilustrativas a ese respecto. En dicho sistema, con gran sentido lógico se ha llegado a afirmar que un derecho fundamental garantizado en la Constitución nacional de cualquier Estado miembro de la Unión Europea, debe ser tutelado en la misma medida por el Tribunal de Justicia de dicho sistema, porque lo contrario significaría que los Estados miembros transfirieron a la Unión el poder para violar su ordenamiento supremo. Esa posición supone que si el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, al resolver determinada controversia en materia de derechos fundamentales, adopta el nivel de protección estatal más elevado de todos los miembros ante el cumplimiento y superación de todos los demás niveles de protección. No obstante, el Tribunal de Luxemburgo, en su actividad de control, ha dejado a un lado ese camino, lo cual parece ser una solución equilibrada atendiendo a la apuntada naturaleza de los derechos fundamentales. Parte de la doctrina académica ha subrayado que acoger el nivel máximo de protección de cierto derecho fundamental reconocido en determinado Estado miembro de la Unión Europea significaría adoptar el balance de dicho Estado nacional para toda la Unión; es decir, establecer para todos los demás países la jerarquización y prioridad de valores y principios culturales elegidos por una minoría. Ese estado de cosas sirve para poner de manifiesto la importancia que tiene tener claro que los derechos fundamentales representan los valores morales y culturales de una determinada comunidad, globalmente considerada. Cfr. Weiler, Joseph H. H., “Fundamental Rights and Fundamental Boundaries: Common Standards and Conflicting Values in the Protection of Human Rights in the European Legal Space”, en Kastoryano, Riva, *An Identity for Europe. The Relevance of Multiculturalism in the EU Construction*, Palgrave/Macmillan, London, 1999, pp. 73-101. Asimismo, Pi Llorones, Monserrat, *Los Derechos Fundamentales en el Ordenamiento Comunitario*, Ariel, Barcelona, 1999, pp. 661-663.

⁵⁵¹ Ese contenido político, cultural social y/o económico de los derechos fundamentales conlleva dificultades en el ámbito interpretativo, que se ha proyectado, en nuestros días, en los ordenamientos jurídicos federales o plurales. Cfr. López Bofill, Héctor, *Derechos Estatutarios en Ordenamientos Jurídicos Plurales*, Instituto Vaco de Administración Pública, Bilbao, 2008.

⁵⁵² Cfr. Alexy, Robert, *Teoría de los Derechos Fundamentales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993, p. 89.

excepción que elimine el conflicto, de manera que una de las disposiciones normativas cederá siempre en presencia de la otra.

El jurista alemán insiste en que ciertamente, eso no significa que se apliquen simultáneamente ambos mandatos normativos, sino sólo que “bajo ciertas circunstancias, la cuestión de la procedencia puede ser solucionada de otra manera”⁵⁵³.

De esta forma, la respuesta encierra el núcleo de la distinción entre reglas y principios, pues el conflicto se resuelve mediante la “técnica de colisión”, que es la *ponderación*, es decir, “teniendo en cuenta las circunstancias del caso, se establece entre los principios una relación de preferencia condicionada”⁵⁵⁴.

Conviene también destacar la excepción que implica la ponderación, ya que, de lo contrario, “[...] si se estableciese una relación de procedencia absoluta o incondicionada estaríamos en realidad formulando una excepción a una de las normas que sería, por tanto, una regla”⁵⁵⁵.

Luego, entonces, la ponderación tiene como propósito únicamente determinar la precedencia –relevancia– temporal de un determinado derecho humano respecto de otro de igual jerarquía, de manera limitada en cuanto a las limitaciones, restricciones o incluso, suspensión en su ejercicio⁵⁵⁶.

Ahora bien, Alexy sostiene que los derechos humanos⁵⁵⁷ son derechos que presentan una relación normativa entre tres elementos: el titular, el destinatario y el objeto del derecho⁵⁵⁸.

⁵⁵³ Cfr. Prieto Sanchís, Luis, *Neoconstitucionalismo, Principios y Ponderación*, Ubijus, México, 2014, p. 45.

⁵⁵⁴ Cfr. Alexy, Robert, *Teoría...*, *óp. cit.*, p. 92.

⁵⁵⁵ Cfr. Prieto Sanchís, Luis, *óp. cit.*, p. 46.

⁵⁵⁶ Prieto Sanchís comenta: “[...] lo que hace que una norma sea un principio o una regla no es su enunciado lingüístico, sino el modo de resolver sus eventuales conflictos: si colisionando con una determinada norma cede siempre o triunfa siempre, es que estamos ante una regla; si colisionando con otra norma cede o triunfa según los casos es que estamos ante un principio. *Ibidem*, p. 47.

⁵⁵⁷ Cabe advertir que el autor alemán emplea el término “derechos fundamentales”, y si bien el vocablo denota la positivación –en sentido de codificación– del derecho humano, para efectos de este trabajo se considerará sinónimo de este último.

⁵⁵⁸ Cfr. Alexy, Robert, *Tres Escritos sobre Derechos Fundamentales y la Teoría de los Principios*, Universidad del Externado de Colombia, Bogotá, 2003, pp. 18-20.

Si se toma en consideración que los derechos humanos poseen características específicas, éstas necesariamente modularán la aplicación de la técnica de la ponderación.

Así, el principio de *universalidad*⁵⁵⁹ de los derechos humanos afirma que todas las personas, todos los seres racionales o semejantes, tienen determinados derechos.

Y el principio de *autonomía* se despliega en dos direcciones, el de la autonomía privada y el de la autonomía pública. La privada trata de la elección individual acertada y la realización de una concepción personal del bien. El objeto de la autonomía pública es la elección común con otros, y la realización de una concepción política de lo justo y lo bueno, por lo que está ligada a los derechos humanos y la democracia. Un desarrollo pleno tanto en la autonomía privada como en la pública únicamente es posible en un Estado constitucional democrático, en el cual los derechos humanos tienen eficacia plena en la irradiación de su contenido esencial⁵⁶⁰.

En conjunto, tales aspectos particulares de los derechos humanos motivan que Alexy considere que la ponderación no sea una cuestión de “todo o nada”, sino de una tarea de *optimización*, por lo que la limitación de los derechos radicarán en la afectación que pueda causar en los otros, pero siempre atendiendo a su caso concreto⁵⁶¹.

La ponderación, por tanto, es la forma en que se aplican las normas que tienen la estructura de mandatos de optimización⁵⁶² y no determinan con exactitud lo que debe hacerse, sino que disponen que algo sea realizado en la mayor medida posible, dentro de las posibilidades jurídicas y reales existentes.

⁵⁵⁹ Al que ya se hizo referencia anteriormente. Cfr. *ut supra* el capítulo tercero.

⁵⁶⁰ Cfr. Olvera Lara, Yaomautzin Ohtokani, “Ponderación y Contenido Esencial de los Derechos Fundamentales: Una Óptica Distinta del *Wesensgehalt*”, en *De Iure*, No. 13-14, Noviembre 2014-Mayo 2015, p. 96.

⁵⁶¹ Ello implica que la ponderación, precisamente por su especificidad, debe aplicarse casuísticamente.

⁵⁶² A las que Alexy considera “principios”, a diferencia de las “reglas”, cuya técnica de aplicación es la subsunción. Cfr. Olvera Lara, Yaomautzin Ohtokani, *loc. cit.*, p. 97.

Derivado de lo anterior, resulta que el contenido de los derechos humanos debe precisarse en cada momento mediante una ponderación de bienes, realizada atendiendo a la función social de los derechos, sin que esto signifique el sometimiento de la libertad individual a la realización de la libertad colectiva.

Conviene resaltar el aspecto *social* –en sentido de mayor bien común– que es condición para la precedencia de un derecho humano frente a otro u otros. La afectación limitativa del goce o ejercicio de los derechos humanos sujetos a la relevancia temporal de aquél al que la ponderación reconoce mayor peso por las circunstancias –peligro extremo, emergencia sanitaria, estado de guerra, entre otras– no puede constituirse –ni desplegar sus efectos– sin que se haya verificado el componente de beneficio para todos los integrantes de la sociedad.

La aplicación metodológica de la ponderación comprende tres pasos. La fase inicial requiere la determinación del grado de la no satisfacción o de afectación de uno de los derechos. En segundo lugar, es necesaria la determinación de la importancia de la satisfacción del derecho contrario. El último paso implica determinar si la importancia de la satisfacción del derecho contrario justifica la afectación o la no satisfacción –temporal, debe enfatizarse– del otro⁵⁶³.

Tanto el primer como el segundo paso de la ponderación son similares ya que se refieren a la determinación del grado de la afectación de los principios para un caso en concreto.

Dicho grado de afectación de los principios es determinable mediante la utilización de una escala tríadica de intensidades, que pueden ser de afectación leve, afectación media o afectación intensa.

El ejercicio ponderativo implica, asimismo, considerar que la restricción o suspensión del derecho humano afectado debe cumplir la condición de proporcionalidad⁵⁶⁴, es decir, no es dable imponer una carga superior al propósito para el cual se adoptaron en aplicación de la técnica de ponderación.

⁵⁶³ *Ibidem*, p. 99.

⁵⁶⁴ Se entiende por proporcionalidad, la relación de conformidad que existe entre el todo y cada una de sus

No basta, por lo tanto, la determinación ponderada del derecho al que se le reconocerá precedencia, sino que, además es necesario identificar la proporción entre las cargas impuestas que restringirán, limitarán o suspenderán el derecho contrario afectado.

En efecto, la ponderación y las relaciones de precedencia ponen de manifiesto la relevancia del principio de proporcionalidad en el marco de la justificación de los juicios ponderativos⁵⁶⁵.

Aunque hay cierta discusión respecto de si se trata de técnicas separadas⁵⁶⁶, tanto la ponderación como el control de proporcionalidad se encuentran presentes, *a fortiori*, en la aplicación de la suspensión, limitación o restricción de los derechos humanos.

De ahí, entonces, como afirma Olvera, la proporcionalidad, en el ámbito de la colisión entre derechos humanos, implica que toda medida o acción de autoridad que restrinja el alcance del derecho sólo puede hacerlo en la medida estrictamente indispensable para alcanzar un fin constitucionalmente lícito⁵⁶⁷.

El examen de proporcionalidad conlleva, a su vez, la identificación de la *necesidad* y de la *idoneidad*.

Por lo que corresponde a la *necesidad*, las medidas adoptadas en detrimento del goce o ejercicio del derecho humano afectado deben ser justificadas a la luz de que no hay otras alternas ni posibles que puedan ser empleadas para evitar el menoscabo. Son medidas o acciones *necesarias* dado que no hay otras, menos gravosas, disponibles y al alcance de la autoridad competente.

La *idoneidad* se determina por la adecuación entre el objetivo buscado –la precedencia de un derecho humano– y la limitación o restricción que se pretende

partes o de sus cosas relacionadas.

⁵⁶⁵ Cfr. Arroyo Jiménez, Luis, “Ponderación, Proporcionalidad y Derecho Administrativo”, en *InDret. Revista para el Análisis del Derecho*, Núm. 2, Mayo, 2009, p. 14.

⁵⁶⁶ *Ibidem*, p. 15.

⁵⁶⁷ Cfr. Olvera Lara, Yaomautzin Ohtokani, *loc. cit.*, p. 105.

adoptar y que afectará a otra u otras facultades subjetivas de la misma jerarquía, por estar ambas ubicadas en la misma sede⁵⁶⁸.

En suma, la ponderación de los derechos en conflicto culmina determinando la precedencia de uno de los derechos y ejerciendo el control –examen– de proporcionalidad y su modulación mediante la necesidad e idoneidad de las limitaciones o restricciones –inclusive la suspensión– adoptadas *pro tempore* y que afectan al derecho cuyo peso específico cedió a favor del otro.

3.5. Reflexiones capitulares

Los conflictos entre derechos humanos surgen cuando los derechos que forman parte de la esfera jurídica individual pueden encontrarse frente a una postura disconforme a la del titular de otro derecho fundamental que pretende igualmente ejercerlo.

En este supuesto, la cuestión que se plantea es quién debe ceder y quién debe continuar ejercitando el derecho humano.

Por tanto, la delimitación del parámetro implica el estudio del contenido esencial de los derechos humanos en presencia. Lo anterior a efecto de identificar hasta qué punto puede un derecho “ceder” en su disfrute y ejercicio, en relación a la configuración del otro –u otros– cuyo correspondiente goce reclama también el mandato constitucional.

Por lo que corresponde al derecho humano a la salud, se trata de una facultad subjetiva de carácter eminentemente social que forma parte de los derechos denominados “prestacionales”, cuya concreción requiere no sólo una actitud pasiva

⁵⁶⁸ En el supuesto de estudio de este trabajo de investigación, tanto el derecho a la salud, como el derecho de acceso a la tutela judicial efectiva –impartición y administración de justicia por el juez predeterminado por la ley–, son de naturaleza esencial y se encuentran en la sede normativa de mayor relevancia dentro del orden jurídico mexicano, a saber, la Constitución Federal. A lo que habría de añadir que ambos derechos también son de fuente convencional internacional.

por parte del Estado, sino la obligación de desarrollar acciones e iniciativas que lo materialicen.

El derecho a la salud, además de formar parte de la esfera jurídica de cada persona –dimensión individual–, posee una trascendencia social, y su aplicación práctica requiere que se tomen en consideración ambos aspectos.

El proceso de reconocimiento e incorporación del derecho a la salud al orden constitucional fue complejo y no estuvo exento de problemas. Actualmente, prácticamente todos los Estados que integran la Comunidad Internacional lo han consagrado en sus correspondientes textos constitucionales, además de estar previsto en los instrumentos convencionales más importantes.

En el Derecho Mexicano, la configuración constitucional del derecho a la salud dota a esta prerrogativa de las características de universalidad, equidad y calidad, que orientan su aplicación práctica.

No obstante, a pesar de las acciones gubernamentales a efecto de concretar el derecho a la salud, ciertamente éste todavía no cumple, de forma cabal, con dichas características.

A la luz de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, así como de las implicaciones que se derivan del mandato de la nueva redacción del artículo 1º de la Constitución Federal, es obligación y deber –constitucional y convencional– de la judicatura, constituirse en garante del derecho humano de acceso a la jurisdicción y tutela judicial efectiva, debiendo adoptar todas aquellas medidas y actos necesarios para garantizar el disfrute, constante y continuo, de los particulares respecto de dicho derecho esencial, de característica instrumental.

La obligación de garantizar el acceso a la jurisdicción y a la tutela judicial efectiva exige de la judicatura, además, tomar todas las medidas preventivas que puedan vulnerar tal prerrogativa, o bien, que, habiéndola afectado, restituyan su goce y disfrute a los titulares de la misma, esto es, a todos los particulares susceptibles de ejercer el mencionado derecho y a la sociedad en general.

El deber de prevenir sólo está condicionado a la satisfacción de los criterios de proporcionalidad y de mejor interés.

De cualquier manera, la ponderación entre derechos humanos de similar relevancia requiere privilegiar el de mayor alcance e impacto social, en detrimento del de menor irradiación.

Capítulo 4

La experiencia jurídica española, mexicana y michoacana en el contexto de la pandemia el COVID-19

SUMARIO: 4.1. *Introducción capitular.* 4.2. *La huelga de controladores aéreos en el Estado español.* 4.3. *La respuesta jurídica inicial de las autoridades nacionales españolas competentes en materia de emergencias sanitarias.* 4.4. *La respuesta jurídica del Poder Judicial español.* 4.5. *La respuesta jurídica inicial de las autoridades mexicanas federales competentes en materia de emergencias sanitarias.* 4.6. *La respuesta jurídica prima facie de las autoridades del Estado de Michoacán competentes en materia de emergencias sanitarias.* 4.7. *La respuesta jurídica del Poder Judicial del Estado de Michoacán frente a la emergencia sanitaria causada por la COVID-19.* 4.8. *Comparativo de los resultados de las respuestas jurídicas adoptadas por las judicaturas de México (Michoacán) y España.* 4.9. *Reflexiones capitulares.*

4.1. *Introducción capitular*

En este último capítulo se analizarán las medidas que han sido adoptadas por la judicatura federal mexicana, así como las repercusiones que tuvo hacia con en el Poder Judicial del Estado de Michoacán, en el contexto de la pandemia que continúa afectando a prácticamente toda la Comunidad Internacional.

Si bien, la pandemia ocasionada por el SARs-CoV2 no ha sido la única de gran relevancia a nivel mundial, sí ha ocasionado un cambio mundial radical, la

principal diferencia con las pandemias anteriores, en palabras de Cuenca, es que “en esta ocasión se ha debido, se debe, a que la nueva pandemia se produce en un mundo globalizado, lo que provoca que su expansión se acelere vertiginosamente en términos temporales y espaciales y, por otra parte, que sus consecuencias a medio y largo plazo en el contexto mundial sean de muy hondo alcance”⁵⁶⁹.

Como ya fue estudiado en el capítulo precedente, tanto el derecho a la salud, como el derecho de acceso a la impartición y administración de justicia –tutela judicial efectiva– son prerrogativas que están plenamente reconocidas en el catálogo de derechos humanos incorporado a la Constitución Federal y, por vía de los tratados internacionales vigentes para nuestro país, al bloque de constitucionalidad vigente.

Ambas facultades, configuradas en el texto constitucional federal de manera clara y precisa, han sido puestas a prueba con motivo del brote pandémico generado por la acelerada expansión y virulencia del SARS-CoV-2 y que ocasiona la enfermedad denominada COVID-19.

En efecto, las medidas adoptadas por las diferentes instancias y autoridades competentes en nuestro país, han tenido como prioridad garantizar, en la medida de lo posible, el acceso a la salud, y la contención de la expansión del virus, determinando confinamientos –parciales–, cierre temporal de oficinas públicas y comercios, suspendiendo las clases presenciales en los diferentes niveles educativos, obligando al distanciamiento social y a una serie de medidas de carácter higiénico-profiláctico, por mencionar algunas de las más relevantes.

Por lo que corresponde a las judicaturas, tanto el Poder Judicial de la Federación, como los Poderes Judiciales de las distintas entidades federativas también adoptaron, a través de sus órganos administrativos, un conjunto de

⁵⁶⁹ Cuenca Miranda, Alfonso, “Análisis Crítico de un Estado de Alarma Excepcional: La COVID-19 y El Derecho de Excepción”, en Garrido López, Carlos, *et al.* (Coords.), *Excepcionalidad y Derecho: El Estado de Alarma en España*, Fundación Manuel Giménez Aband, Zaragoza, 2021, p. 296.

acciones cuyo propósito es coadyuvar con el esfuerzo general gubernamental para controlar la expansión del brote pandémico, evitando los contagios.

Sin embargo, el efecto principal de tales iniciativas ha sido limitar y restringir, de manera importante, la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia.

En general, cabe destacar que el derecho de acceso a la justicia impartida por el juez legalmente determinado por la ley, no ha sido suspendido, pero sí se ha visto afectado en el despliegue de su contenido, generando dilaciones importantes en la dinámica procesal de las causas pendientes ante los tribunales, tanto federales como locales.

De igual forma, en ciertos períodos, especialmente durante la fase inicial de la pandemia en el país –y en el Estado de Michoacán, debe añadirse–, el derecho procesal de accionar también ha sido constreñido, condicionando, a su vez, la prestación de los servicios de asesoría profesional y las necesidades de las partes que tienen conflictos jurídicos que precisan solución.

Es en este contexto donde se plantea el conflicto entre derechos que, conviene recordar, tienen el mismo nivel de jerarquía –por su naturaleza esencial–.

En tal virtud, previo a examinar brevemente las principales acciones adoptadas en el contexto nacional, estatal y, de manera específica, aquéllas instrumentadas por la judicatura local, se abordará la técnica de la ponderación de los derechos, cuyo parámetro de proporcionalidad auxilia en la determinación de los límites que pueden aplicarse al goce y ejercicio de los derechos, en aras de la conservación del disfrute de otros que se considera, deben prevalecer pro tempore, procurando la armonización de las facultades subjetivas en presencia.

Para dar pauta a la actuación que el Estado mexicano y, sobre todo, el Poder Judicial de Michoacán han realizado en el ámbito de la pandemia, resulta necesario hacer un análisis de las experiencias jurídicas de otro Estado con características de justicia similar a la mexicana.

En esta perspectiva, España tiene un sistema de justicia muy parecido al de México y, además, según el *Rule of Law Index*, este país se encuentra en el ranking número 21 a nivel mundial sobre adherencia al estado de derecho, otorgándole 71 puntos, hasta el año 2021⁵⁷⁰.

España fue uno de los Estados de la Unión Europea que decidió restringir derechos durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19, lo que trajo consigo críticas de otros países integrantes y de los mismos ciudadanos españoles, por lo que en este capítulo se analizará y valorarán las repercusiones que tuvieron estas acciones en el ámbito jurídico, cómo lo afrontó el Gobierno de España y el Ministerio de Justicia, así como una evaluación de los resultados de tales acciones jurídicas en el ambiente jurídico-sanitario.

Ante la declaración de la Organización Mundial de la Salud del SARS-CoV-2 como pandemia, el Estado español fue adoptando distintas medidas para la gestión de la crisis sanitaria y así contener sus efectos.

Uno de los aspectos que destacó, por parte de la administración pública, fue la rapidez y celeridad con la que se elaboró, aprobó y entró en vigor el decreto que autorizaba el estado de alarma, por lo menos “así lo percibe el ciudadano, acostumbrado a esperar de ella *sine die* que resuelva sus peticiones”⁵⁷¹.

Entre las principales medidas contempladas por el decreto, la más drástica, por sus efectos, fue el confinamiento general de la población. Esto generó que la sociedad, los poderes judiciales y otras dependencias modificaran su cotidiano actuar, tanto durante y después de la pandemia, medida que no concluye del todo, pues los organismos de justicia siguen laborando con protocolos sanitarios nuevos, con actualizaciones tecnológicas, entre otras adecuaciones que se tuvieron que implementar y se analizarán en posteriores líneas.

⁵⁷⁰ Véase la página web <https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/country/2021>

⁵⁷¹ Cobo Olvera, Tomás, Los Principios de la Potestad Sancionadora. Su aplicación a las Infracciones y Sanciones por Incumplimiento de las Normas Dictadas Durante el Estado de Alarma (COVID-19), Aferre, Barcelona, 2020, p. 11.

Si bien, una de las medidas que más modificaciones ha tenido, es la referente a la movilidad, aunado a ello, tenían que ser aclaradas, ya que en cada una de ellas se podía interpretar de forma distinta, con alcances difíciles de comprender e integrar.

Sin embargo, para poder comprender ciertas actuaciones y medidas implementadas por este país, es necesario conocer sus antecedentes y así poder realizar un mejor análisis desde la perspectiva socio-política-jurídica.

4.2. La huelga de controladores aéreos en el Estado español

El derecho de las emergencias, en palabras de Álvarez García, tiene dos efectos: el primero es un efecto negativo, que se refiere al derogatorio temporal de la legalidad ordinaria; y el segundo es un efecto positivo, el cual alude a la habilitación para crear nuevas reglas de excepción, mismas que deben ser necesarias y proporcionales para poder superar la situación de peligro para el fin comunitario esencial.⁵⁷²

Bajo estas premisas, el Estado español, antes de la pandemia, jurídicamente ya estaba preparado para una emergencia sanitaria, así como para un estado de alarma, mecanismo que pocos años antes tuvieron que usar durante la huelga de controladores aéreos.

El estado de alarma fue creado constitucionalmente de manera específica para situaciones excepcionales, de excepción y de sitio. Para situaciones excepcionales, la Ley Orgánica 4/1981 establece que “Procederá la declaración de los estados de alarma, excepción o sitio cuando circunstancias extraordinarias hiciesen imposible el mantenimiento de la normalidad mediante los poderes ordinarios de las autoridades competentes”⁵⁷³.

⁵⁷² Véase Álvarez García, Vicente, 2020, el Año de la Pandemia de la COVID-19 (Estudios Jurídicos), Iustel, Madrid, 2021, p. 28.

⁵⁷³ Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio.

Previo a la crisis sanitaria del coronavirus, el estado de alarma se había declarado solamente una vez, desde la promulgación de la Constitución de 1978. Este evento tuvo lugar en el año 2010, durante la huelga de controladores aéreos. Su duración fue breve, teniendo vigencia los días 3 y 4 de diciembre, debido al abandono masivo de sus puestos de trabajo por parte de los controladores aéreos.

Cabe aclarar que, no fue tanto una huelga, sino un cierre patronal, ya que el cierre del espacio aéreo fue responsabilidad de Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA) la cual declaró un paro de labores por parte de los controladores aéreos en España, provocando el cierre del espacio aéreo español y afectando a los derechos de los pasajeros a la movilidad.

En este hecho se consideró al transporte aéreo como un servicio público esencial, lo cual fue suficiente para declarar el estado de alarma. De ahí que la reacción del gobierno fue decretar el primer estado de alarma de la historia de España el 4 de diciembre de 2010⁵⁷⁴.

El ejército tomó el control aeroportuario y la situación se restableció poco a poco, para no afectar a la ciudadanía. Aunado a ello, el Ejecutivo Estatal citó a cada uno de los controladores aéreos en huelga para que se presentaran de manera inmediata en sus puestos de trabajo, de lo contrario, en palabras del vicepresidente primero del gobierno y ministro del Interior, Pérez Rubalcaba, "si no acuden a sus puestos de trabajo pasan a incurrir en un delito de desobediencia", lo cual es castigado con penas de prisión.

Fue hasta el 16 de enero de 2011 que finalizó el Estado de Alarma y el control aeroportuario dejó de estar bajo la supervisión del Ejército tras, como lo refirió la entonces ministra de Defensa, Carme Chacón, "43 días, 1000 militares, 24 horas al día, 7 días a la semana, 150.000 vuelos, 12 millones de pasajeros y 60.000 toneladas de carga".

⁵⁷⁴ *Real Decreto 1611/2010, de 3 de diciembre, por el que se encomienda transitoriamente al Ministerio de Defensa las facultades de control de tránsito aéreo atribuidos a la entidad pública empresarial AENA.*

Por otra parte, el estado de emergencia o excepción, a diferencia del de alarma, requiere la autorización del Congreso de los Diputados. Su duración no puede pasar de los 30 días, y solo se puede prorrogar, en las mismas condiciones, durante 30 días más.

En este caso, el Gobierno tendría la competencia de limitar determinados derechos fundamentales; a saber: limitación de desplazamientos; detenciones arbitrarias; registros sin autorización en viviendas; intervención de comunicaciones no secretas; suspensión de publicaciones; emisiones de radio, cine, televisión y eventos culturales; y la anulación de los derechos de reunión y huelga. A manera de comparación, el estado de sitio, anteriormente conocido como estado de guerra, consiste en poner el estado en manos de los militares, y debe emanar de una propuesta del Gobierno, autorizada por el Congreso de los Diputados por mayoría absoluta.

La citada Ley Orgánica 4/1981 establece qué situaciones excepcionales pueden justificar un estado de sitio: “Cuando se produzca o amenace producirse una insurrección o acto de fuerza contra la soberanía o independencia de España, su integridad territorial o el ordenamiento constitucional, que no pueda resolverse por otros medios, el Gobierno podrá proponer al Congreso de los Diputados la declaración de estado de sitio”.

Ninguno de los tres estados, ni siquiera el estado de sitio, podrá disolver el congreso, ni los poderes constitucionales, ni las actuales leyes, ni el principio de responsabilidad del Gobierno.

Ahora bien, la pandemia del COVID-19 se manejó de forma distinta al primer estado de estado de alarma, ya que su origen es totalmente distinto en cuanto a motivo, tiempo, sus normativas, y situación social, así como instancias gubernamentales involucradas.

4.3. La respuesta jurídica inicial de las autoridades nacionales españolas competentes en materia de emergencias sanitarias durante la Pandemia del COVID-19

El Estado español, tuvo su primer caso confirmado de COVID-19 el 31 de enero de 2020 y su punto de inflexión fue hasta el 14 de marzo del mismo año; este mismo día el gobierno español decretó el estado de alarma⁵⁷⁵; sostuvo que las medidas que establece el Real Decreto eran por circunstancias extraordinarias y desencadenadas por la pandemia que, sin duda, constituían una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud por el muy elevado número de ciudadanos afectados y por el extraordinario riesgo para sus derechos.

Sin embargo, cuatro días antes de que el gobierno español declarara el estado de alarma, el Poder Ejecutivo español comenzó a prepararse para tomar posibles acciones drásticas que podrían implementar para combatir esta nueva pandemia. Primero adoptó medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública, modificando el artículo 4 de la Ley Orgánica 3/1986, del 14 de abril⁵⁷⁶, y además se contempla la asimilación a accidente de trabajo de los periodos de aislamiento, contagio o restricción en las salidas del municipio donde tengan su domicilio las personas trabajadoras por consecuencia del COVID-19⁵⁷⁷.

Dos días después, se implementaron las medidas urgentes para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, el cual ya se veía venir⁵⁷⁸.

Una vez entrado en vigor el estado de alarma, se dictaron veinte Reales Decretos-Ley⁵⁷⁹, los cuales, en amplios párrafos en la exposición de motivos, sólo

⁵⁷⁵ El mandato se realizó en virtud del Real Decreto 463/2020.

⁵⁷⁶ Este artículo versa sobre las medidas especiales en materia de salud pública.

⁵⁷⁷ Véase el Real Decreto-Ley 6/2020, del 10 de marzo, disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/10/6>.

⁵⁷⁸ Véase el Real Decreto-Ley 7/2020, del 12 de marzo disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/12/7/con>

⁵⁷⁹ Véase los Reales Decretos-Ley: 8/2020, del 17 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19; 9/2020, del 27 de marzo, por el que se adoptan medidas complementarias en el ámbito laboral, para ampliar los efectos derivados del COVID-19; 10/2020, del 29 de marzo, por el que se regula un permiso retribuido recuperable para las personas trabajadoras por cuenta ajena que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la

se limitaban a explicar las medidas adoptadas y su oportunidad, y no, como lo refiere Ternuel, “en dar cuenta de las razones concretas que justifican su urgencia y lo extraordinario de la situación. Y, en algún caso, se cayó en cláusulas estereotipadas que retóricamente invocasen la necesidad de reaccionar frente a los efectos de la crisis pero que aportan poco valor argumental en relación con la justificación concreta de las medidas adoptadas”⁵⁸⁰.

Cabe destacar que el gobierno español prefirió implementar el estado de alarma sobre otras opciones ordinarias⁵⁸¹, menos invasivas a los derechos de los ciudadanos y que, además, permitían a las autoridades sanitarias la adopción de medidas preventivas, de tratamiento y de control necesarias ante situaciones de

población en el contexto de la lucha contra el COVID-19; 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19; 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género; 13/2020, de 7 de abril, por el que se adoptan medidas determinadas medidas urgentes en materia de empleo agrario; 14/2020, de 14 de marzo, por el que se extiende el plazo para la presentación e ingreso de determinadas declaraciones y autoliquidaciones tributarias; 15/2020, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo; 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la administración de justicia; 17/2020, de 5 de mayo, por el que se aprueban medidas de apoyo al sector cultural y de carácter tributario para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19; 18/2020, de 12 de mayo, de medidas sociales en defensa del empleo; 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y seguridad social y tributarias para ampliar los efectos del COVID-19; 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital. Ya fuera de la vigencia del estado de alarma, pero directamente derivado de las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19; 21/2020, de 9 de junio, para la adopción de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19; 22/2020, de 16 de junio, por el que se regula la creación del Fondo COVID-19y se establecen las reglas relativas a su distribución y libramiento; 23/2020, de 23 de junio, por el que se aprueban medidas en materia de energía y otros ámbitos de reactivación de la economía; 24/2020, de 26 de junio, de medidas sociales, de reactivación del empleo y protección del trabajador autónomo y de competitividad del sector industrial; 25/2020, de 3 de julio, medidas urgentes para apoyar la reactivación económica y el empleo; 26/2020 de 7 de julio, de medidas de reactivación económica para hacer frente al impacto del COVID-19 en los ámbitos de transporte, y vivienda; y, el 27/2020, de 13 de julio, de modificación de la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública y de adopción de medidas urgentes para hacer frente al riesgo de brotes de la COVID-19.

⁵⁸⁰ Ternuel Lozano, Germán M., “Los decretos-leyes en la crisis del coronavirus: perspectiva constitucional”, en *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, No. 8, Junio 2020, pp. 220 y 221.

⁵⁸¹ Entre las opciones se encontraban: Legislación sanitaria: la *lex specialis*, contenida en la Ley Orgánica 3/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; Legislación de Orden y Seguridad Pública: Ley 36/2015, de 28 de septiembre, de Seguridad Nacional o la de Emergencia de Interés Nacional, estas pueden ser declaradas por el presidente, por lo que tienen una similitud con las de los estados de excepción.

riesgo inminente y extraordinario, esto debido a que consideraron tales instrumentos como limitados en su alcance⁵⁸².

Así mismo, el Real Decreto señala las medidas sanitarias que la ciudadanía debe adoptar, las cuales son proporcionales a la extrema gravedad de la misma y no supone la suspensión de ningún derecho fundamental, según lo previsto en el artículo 55 de la Constitución⁵⁸³. Meses después de la adopción de este Real Decreto, el Gobierno español aprobó el Real Decreto 926/2020 de 25 de octubre del mismo año, en el que se aprueba un nuevo estado de alarma prorrogado por un periodo de seis meses.

Cabe señalar que la Constitución española otorga la facultad al Ejecutivo para constatar la concurrencia de los supuestos de emergencia y declarar estado de alarma, ya sea en parte o en todo el territorio nacional, por un plazo no mayor a 15 días; en caso de requerir que se prolongue esta situación de emergencia, el Gobierno puede solicitar prórroga al Congreso de Diputados, mismo que se debe encargar de establecer los alcances y contenidos, así como las condiciones vigentes, por lo que se puede decir que España tiene dos tipos de “estado de alarma”, uno gubernamental y otro parlamentario⁵⁸⁴. La misma Constitución ibera establece la posibilidad de declarar hasta tres estados de excepción diferentes ante situaciones de especial emergencia, así como un estado de alarma⁵⁸⁵, estado de emergencia⁵⁸⁶ y estado de sitio⁵⁸⁷, todos con objetivos diferentes⁵⁸⁸, esto mediante el llamado derecho de necesidad⁵⁸⁹.

⁵⁸² Arnaldo Alcubilla, Enrique y Canosa Usera, Raúl, *El Derecho Constitucional ante el COVID-19. Las Diferentes Respuestas en el Ámbito Comparado*, Wolters Kluwer España, Madrid, 2020, p. 277.

⁵⁸³ Los derechos reconocidos en los artículos 17, 18, apartados 2 y 3, artículos 19, 20, apartados 1, a) y d), y 5, artículos 21, 28, apartado 2, y artículo 37, apartado 2, podrán ser suspendidos cuando se acuerde la declaración del estado de excepción o de sitio en los términos previstos en la Constitución. Se exceptúa de lo establecido anteriormente el apartado 3 del artículo 17 para el supuesto de declaración de estado de excepción.

⁵⁸⁴ Véase Cruz Villalón, P. “El Nuevo Derecho de Excepción”, en *Revista Española de Derecho Constitucional*, No. 2, 1981, p. 105.

⁵⁸⁵ Su naturaleza se deriva por calamidades o desgracias públicas.

⁵⁸⁶ Se implemente en una crisis de orden público.

⁵⁸⁷ Se activa por cuestiones de insurrección o acto de fuerza contra el ordenamiento constitucional.

⁵⁸⁸ Véase el artículo 116 de la Constitución Española de 1978.

⁵⁸⁹ El Derecho de necesidad tiene como fundamento la creación de unas reglas jurídicas de emergencia que sustituyen a las normas que rigen el comportamiento ordinario de la sociedad. En la configuración de los

El procedimiento para declarar el estado de alarma inicia mediante un decreto acordado en el Consejo de Ministros, esto puede ser a instancia del Gobierno o por solicitud de un presidente de una comunidad autónoma, o de varios, siempre y cuando cumplan los supuestos del artículo 4 de la Ley Orgánica 4/1981⁵⁹⁰. En dicha solicitud se debe determinar el ámbito territorial, la duración y los efectos del estado declarado.

Además, bajo el amparo del artículo 11 de la Ley Orgánica 4/1981, el Gobierno español limitó la circulación o permanencia de personas o vehículos en horas y lugares determinados, salvo el cumplimiento de ciertos requisitos, mismo que el artículo 7.1 del Real Decreto 463/2020 especificaba que pueden circular en las vías públicas para excepcionales “...actividades, que deberán realizarse individualmente”.

Para algunos autores⁵⁹¹, esta fue una medida muy drástica, sin fundamento alguno para la proporción del COVID-19. Sin embargo, para otros, como Cotino, el estado de alarma “no puede considerarse que se ha dado una prohibición general del ejercicio de reunión. Sólo se protegen por este derecho las reuniones que tienen por finalidad “el intercambio y la comunicación pública de ideas y reivindicaciones” (sentencia TC 66/1995, F3°)”⁵⁹².

poderes de necesidad otorgados a los sujetos públicos para enfrentar las situaciones de crisis ocupan un lugar destacado tanto el establecimiento de límites jurídicos como el control de su uso correcto. Y es que, las medidas de necesidad que se adopten deben estar dirigidas a hacer frente a la emergencia concreta.

⁵⁹⁰ El Gobierno, en uso de las facultades que le otorga el artículo ciento dieciséis, dos, de la Constitución podrá declarar el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzca alguna de las siguientes alteraciones graves de la normalidad. a) Catástrofes, calamidades o desgracias públicas, tales como terremotos, inundaciones, incendios urbanos y forestales o accidentes de gran magnitud. b) Crisis sanitarias, tales como epidemias y situaciones de contaminación graves. c) Paralización de servicios públicos esenciales para la comunidad, cuando no se garantice lo dispuesto en los artículos veintiocho, dos, y treinta y siete, dos, de la Constitución, concurra alguna de las demás circunstancias o situaciones contenidas en este artículo. d) Situaciones de desabastecimiento de productos de primera necesidad.

⁵⁹¹ Véase Recuerda, Miguel Ángel, Autoridad Competente y Cobranza: ilusión o realidad, La Razón, junio de 2020; Karl Loewenstein, Teoría de la Constitución; Enrique Arnaldo Alcubila, “El Tribunal Constitucional”.

⁵⁹² Cotino Hueso, Lorenzo, “Las Restricciones del Derecho de Reunión y Manifestación Bajo el COVID -19 (y la Aparente Constitucionalidad del Derecho de alarma 463/2020 para el Tribunal Constitucional), en Rodríguez Ayuso, Juan F. y Atienza Macías, Elena, *Retos Jurídicos ante la Crisis del COVID-19*, Wolters Kluwer, Madrid, 2020, p. 35.

Fueron seis las prórrogas⁵⁹³ solicitadas por el Gobierno y éstas, autorizadas por el Congreso de los Diputados por mayoría, las cuales fueron mayormente discutidas, política y socialmente, desde la cuarta prórroga, esto debido a que las anteriores prórrogas se dedicaron al *Plan para la Transición hacia una nueva normalidad*.

España inició con la vacunación contra el COVID-19 el 27 de diciembre de 2020, priorizando a residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes; el personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario; otro personal sanitario o sociosanitario; personas consideradas como grandes dependientes (grado III); población con antecedente de infección por SARS-CoV-2; y la voluntariedad de la vacunación, meses después se anexo el grupo de niños mayores de 12 años.

Es de resaltar que, en cuestión de vacunas, hasta el 31 de enero de 2022, en España se administraron 90,272,896 dosis y 38,295,449 personas ya contaban con su esquema de vacunación completo⁵⁹⁴.

En cuanto a las medidas digitales adoptadas durante la pandemia en comento por este Gobierno, se encuentra principalmente la Orden SND/29/2020, la cual tiene dos apartados. El primero, encomienda a la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial el desarrollo, con carácter de urgente, de soluciones tecnológicas y aplicaciones móviles con la finalidad de mejorar la eficacia operativa de los servicios de salud del país y, así, ofrecer una mejor atención a la ciudadanía.

La respuesta de esta dependencia gubernamental fue la creación de una página web y de una aplicación móvil⁵⁹⁵ que permite al usuario autoevaluarse sobre

⁵⁹³ Véase los Reales Decretos 476/2020, de 27 de marzo; 487/2020, de 10 de abril; 492/2020, de 24 de abril; 514/2020, de 8 de mayo; 537/2020 de 22 de mayo y 555/2020, de 5 de junio.

⁵⁹⁴ España solamente ha aplicado cinco tipos de vacunas: Pfizer/BioNtech, Pfizer Pediátrica, Moderna, AstraZeneca/Oxford y Janssen.

⁵⁹⁵ Véase la página web <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/asuntos-economicos/Paginas/2020/030820-app-COVID.aspx>

el COVID-19. Este programa consiste en ingresar los síntomas que presenta y en automático la página ofrece información y consejos prácticos de cuidados. Cabe señalar que el uso de estas plataformas son voluntarias. El único requisito para poder usar la aplicación móvil era autorizar la geolocalización del usuario, con la única finalidad de verificar que se encontraran en territorio español.

En el mismo ordenamiento se le pide a esta Secretaría el desarrollo un asistente convencional (*chatbot*), tanto en una página web, como en una aplicación móvil, para proporcionar información oficial ante las preguntas de la ciudadanía⁵⁹⁶. En este sentido, uno de los temores de la ciudadanía era el uso de sus datos personales en las aplicaciones, ya que se rumoraba que el gobierno podía ir a buscar a los enfermos e internarlos en los nosocomios, para lo cual las autoridades respondieron con una difusión señalando que los datos recopilados por el Gobierno serán tratados meramente con fines estadísticos, de investigación o de planteamiento de políticas públicas⁵⁹⁷.

El segundo grupo de medidas le compete a la misma Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, para realizar un estudio de movilidad de usuarios⁵⁹⁸, con el fin de analizar los efectos de las medidas de confinamiento aplicadas durante la pandemia.

Sobresale que algunas Comunidades Autónomas también implementaron sus propios proyectos tecnológicos de seguimiento digital⁵⁹⁹.

⁵⁹⁶ Orden SDN/29/2020, p. 2, disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/28/pdfs/BOE-A-2020-4162.pdf>

⁵⁹⁷ Véase la página web <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/asuntos-economicos/Paginas/2020/060420-asistencia-COVID19.aspx>

⁵⁹⁸ Este estudio requirió de la cooperación de las principales operadoras telefónicas de España, ya que se requirió hacer un cruce de datos de los operadores móviles, de manera agregada y armonizada. En la Orden se le nombra *Data COVID19*, mientras que en su fase de prueba e implementación se le llama *Radar COVID*.

⁵⁹⁹ Madrid fue la Comunidad pionera en implementar las medidas de seguimiento digital, sumándose a este proyecto Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura. La aplicación del proyecto se llama *CoronaMadrid*.

Es de resaltar que, hasta la fecha del cierre de este trabajo, las estadísticas oficiales del Gobierno no reconocen más de 30,000 muertes por motivo del COVID-19, sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística y el Registro Civil señalan que son más de 45,000 víctimas mortales a causa de este virus.

Si bien es cierto que España ya tenía antecedentes de haber hecho uso del estado de alarma, su experiencia no tuvo nada que ver con los riesgos sanitarios y tampoco tuvo que restringir derechos de la ciudadanía; al contrario, en esa ocasión se pronunció por la protección del derecho de tránsito.

Empero, constitucionalmente, el Estado español se encuentra preparado para el confinamiento por causas relevantes, como lo es una pandemia, en este caso, producida por el COVID-19; sin embargo, puede parecer que está sobre preparada, ya que cuenta con más de un ordenamiento jurídico para hacer uso de medidas restrictivas a los derechos humanos, lo cual produce mayor burocracia, confusión, críticas ciudadanas hacia cualquier medida adoptada y desconfianza hacia el gobierno por parte de la población.

Unos puntos a destacar, por parte del gobierno español, fue el inicio de la pronta vacunación y con las cinco marcas con mejores resultados contra el SARS-CoV-2, sectorizando y priorizando a los grupos con mayor vulnerabilidad de contraer el virus, así como el uso de los recursos públicos para la creación de tecnologías que permitieran resolver dudas sanitarias y así mitigar rumores que solo tenían la finalidad de atemorizar a la ciudadanía.

Por otro lado, como punto negativo, al contrastar los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística con los del Registro Civil, es perceptible que no coinciden con los oficiales del gobierno, ya que se aprecia que este último tiene un déficit de más de 15,000 víctimas mortales.

4.4. La respuesta jurídica del Poder Judicial español

La declaración del estado de alarma, instaurado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, en todo el territorio nacional, debido a la emergencia sanitaria provocada por la pandemia del coronavirus, tuvo incidencia en numerosos ámbitos de actuación, uno de ellos fue el sistema de justicia.

Durante los primeros meses de pandemia, la administración de justicia estuvo paralizada, con la única excepción de los servicios considerados esenciales⁶⁰⁰. Este estado de suspensión de actividades supuso el número de litigios fuesen en aumento, ello aunado a la saturación a la que estaban sometidos anteriormente los juzgados y tribunales al tiempo de decretarse el estado de alarma.

Como acertadamente expone Calaza, a la litigiosidad existente hasta marzo de 2020, habría que añadir aquella derivada de la propia pandemia –como los ERES, ERTES⁶⁰¹, despidos, alquileres, crisis matrimoniales, régimen de visitas y custodia de menores, por mencionar algunos—. Los Tribunales no estaban preparados para este incremento incesante de asuntos que se acumularon, sin el

⁶⁰⁰ 1. Cualquier trámite judicial que, de no practicarse, pudiera causar un perjuicio irreparable. 2. Internamientos urgentes del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico). 3. La adopción de medidas cautelares u otras actuaciones inaplazables, como las medidas de protección de menores del artículo 158 del Código Civil. 4. Los juzgados de violencia sobre la mujer realizarán los servicios de guardia que les correspondan. En particular deberán asegurar el dictado de las órdenes de protección y cualquier medida cautelar en materia de violencia sobre la mujer y menores. 5. El Registro Civil prestará atención permanente durante las horas de audiencia. En particular, deberán asegurar la expedición de licencias de enterramiento, las inscripciones de nacimiento en plazo perentorio y la celebración de matrimonios del artículo 52 del Código Civil. 6. Las actuaciones con detenido y otras que resulten inaplazables, como adopción de medidas cautelares urgentes, levantamientos de cadáver, entradas y registros, etcétera. 7. Cualquier actuación en causa con presos o detenidos. 8. Las actuaciones urgentes en materia de vigilancia penitenciaria. 9. En el orden jurisdiccional contencioso-administrativo, las autorizaciones de entrada sanitarias, urgentes e inaplazables, derechos fundamentales cuya resolución tenga carácter urgente, medidas cautelarísimas y cautelares que sean urgentes, y recursos contencioso-electorales. 10. En el orden jurisdiccional social, la celebración de juicios declarados urgentes por la ley y las medidas cautelares urgentes y preferentes, así como los procesos de Expedientes de Regulación de Empleo y Expedientes de Regulación Temporal de Empleo. 11. En general, los procesos en los que se alegue vulneración de derechos fundamentales y que sean urgentes y preferentes (aquellos cuyo aplazamiento impediría o haría muy gravosa la tutela judicial reclamada). 12. El/la Presidente/a del Tribunal Superior de Justicia, el/la Presidente/la de la Audiencia Provincial y el/la Juez/a Decano/a adoptarán las medidas que procedan relativas al cese de actividad en las dependencias judiciales en que se encuentren sus respectivas sedes, y cierre y/o desalojo de las mismas en caso de que procediera, poniéndolo en conocimiento y en coordinación con la Comisión de Seguimiento competente.

⁶⁰¹ En la legislación del trabajo española el termino ERE se refiere al Expediente de Regulación de Empleo; mientras que ERTE significa Expediente de Regulación Temporal de Empleo.

refuerzo económico, material y personal que debió aplicarse para su óptimo desempeño; ello unido al escaso respaldo legal sobre estas cuestiones, únicamente con normas volátiles sin permanencia en el tiempo⁶⁰², lo que causó un gran rezago en el sistema de justicia, así como inconformidad por parte de los usuarios.

Durante la vigencia del periodo de suspensión de los plazos procesales no procedió, en ningún caso, la presentación de escritos procesales de manera presencial, limitándose la forma telemática a aquellos que tuvieran por objeto única y exclusivamente actuaciones procesales declaradas urgentes e inaplazables, según lo establecido por el Acuerdo de la Comisión Permanente del Consejo, de 18 de marzo de 2020⁶⁰³.

Cabe resaltar que el 13 de marzo de 2020, en sesión extraordinaria, un día antes de la declaración del estado de alarma por parte del gobierno español, la Comisión Permanente del Consejo General del Poder Judicial acordó la suspensión en todo el territorio nacional de las actuaciones judiciales programadas y de los plazos procesales⁶⁰⁴. Por lo que, ante el inevitable incremento de asuntos judiciales, el Consejo General del Poder Judicial elaboró, en abril de 2020, un documento denominado *Directrices para la Elaboración de un Plan de Choque en la Administración de Justicia tras el estado de alarma*, en el cual contemplaba un amplio abanico de posibles actuaciones a los problemas⁶⁰⁵ que se enfrentaría y así proponer medidas adecuadas que van desde propuestas de reformas procesales urgentes que pudieran abordarse mediante Real Decreto-Ley, hasta medidas organizativas de todo tipo⁶⁰⁶. Con dicho documento, el Consejo pretendió el cumplimiento de tres objetivos fundamentales:

⁶⁰² Calaza López, S. Ejes esenciales de la justicia post-COVID (1). Diario La Ley, Noviembre, 2020, disponible en <https://diariolaley.laleynext.es/dll/2020/11/17/ejes-esenciales-de-la-justicia-post-covid1>

⁶⁰³ Véase el artículo tercero del Acuerdo de la Comisión Permanente del Consejo, de 18 de marzo de 2020.

⁶⁰⁴ Véase Acuerdos Adoptados por la Comisión Permanente del Consejo General del Poder Judicial en la Sesión Extraordinaria Celebrada el Día 13 de Marzo de 2020.

⁶⁰⁵ Los problemas se clasificaron según su naturaleza y el órgano competente para su aplicación.

⁶⁰⁶ Como la concentración de asuntos, especialización, normas de reparto, insumos necesarios, materiales de uso personal, entre otros.

- a. Evitar el colapso generalizado en la administración de justicia, tras la suspensión de actividades soportada durante el Estado de Alarma y el previsible incremento de litigiosidad tras la reanudación de la actividad jurisdiccional en forma ordinaria;
- b. Agilizar al máximo la resolución de todos aquellos asuntos cuya demora pueda incidir más negativamente en la recuperación económica y en la atención a los colectivos vulnerables y, por último;
- c. Dotar a jueces y magistrados de medios materiales y humanos para hacer frente a la ingente carga de trabajo.

Para elaborar e implementar este proyecto, el Consejo General del Poder Judicial fue auxiliado por los Tribunales Superiores de Justicia, el Ministerio de Justicia, las Comunidades Autónomas, con competencias transferidas en esta materia, y resto de operadores jurídicos.

Dicho trabajo concluyó el 29 de abril de 2020, cuando el Consejo General del Poder Judicial emitió el *Protocolo Actuación para la Reactivación de la Actividad Judicial y Salud Profesional*, el cual se compone de diez temas⁶⁰⁷, en los que destaca la identificación de aspectos críticos, cuyo tratamiento permitiría realizar acciones tendentes a garantizar el servicio público judicial adaptado a las instrucciones y recomendaciones que en cada momento dicten las autoridades sanitarias y la protección de la salud de las personas. Se divide para órganos jurisdiccionales y para actividades; en lo que refiere a la salud profesional se clasifican los casos de contagios por “posible, probable y confirmado” y se señala cómo actuar en cada caso, tanto para el contagiado como para quienes estuvieron cerca de esta persona. Además, se promueve el teletrabajo; para lo que versa sobre el plan de contingencia, se crea una comisión conformada por el Ministerio de Justicia y el Consejo General del Poder Judicial, el cual da seguimiento a los casos, hace evaluaciones de los daños y da seguimiento a lo que establezca el Ministerio de Sanidad; y el documento se cierra con la guía de buenas prácticas para poder

⁶⁰⁷ 1. Introducción; 2. Objetivo; 3. Ámbito Aplicación; 4. Documentación técnica y normativa de aplicación General; 5. Identificación aspecto críticos; 6. Salud profesional; 7. Plan de contingencia; 8. Gestión protección de datos 9; Vigencia y actualización; y, 10. Guía de buenas prácticas.

llevar a cabo la reactivación de la actividad judicial y adoptar las medidas de salud profesional para prevenir contagios en sedes judiciales.

Sin embargo, fue aprobado hasta el 16 de junio del mismo año, a través del *Plan de Choque Definitivo para la Reactivación tras el Estado de Alarma Declarado a Consecuencia del COVID-19*.

Entre las medidas adoptadas, de carácter organizativo y gubernativo, se distinguen aquellas que no requieren modificaciones legales y, por tanto, son de fácil aplicación en la práctica.

Además, el Consejo determinó apoyar firmemente el impulso de la mediación para la resolución extrajudicial de conflictos. Para ello, previó la actuación coordinada entre el Consejo, el Ministerio de Justicia y las Comunidades Autónomas con competencias en la materia, propuso la implementación de la mediación intrajudicial como mecanismo transversal para todos los órdenes jurisdiccionales, especialmente en el civil, que era la materia en la que se preveía el aumento desmesurado de conflictos desde el comienzo de la crisis sanitaria, así como en las materias contractual y en familia.

Estas medidas propuestas debían estar unidas a campañas de concienciación dirigidas a la ciudadanía, ofreciendo información sobre las ventajas y oportunidades que ofrece la mediación a la hora de resolver conflictos en detrimento de la vía judicial. En este contexto, fue necesaria la colaboración de todos los operadores jurídicos, desde jueces y fiscales hasta abogados y procuradores. Además, sería recomendable la celebración de jornadas, publicitando la mediación a través de todas las vías disponibles incluyendo la creación de campañas publicitarias.

Como parte de las propuestas se incluía, como condición para admitir demandas en determinados asuntos⁶⁰⁸, la necesidad de haber intentado una solución extrajudicial previa. Siendo avalado e impulsado por el Consejo General de

⁶⁰⁸ Principalmente en los asuntos considerados de litigación sin fundamento.

la Abogacía Española, defendiendo que “la mediación como método alternativo de solución de conflictos supone un instrumento de conveniente aplicación ante la situación actual”⁶⁰⁹.

En otro aspecto, el estado de alarma y la realización de los actos esenciales de forma telemática impulsó la necesidad de la digitalización de la justicia emprendida por la Ley 18/2011, de 5 de julio. Con ello, no sólo se garantizaría la instrumentalidad de las actuaciones procesales, sino que, como bien expone Barona, se garantiza una mayor agilidad y flexibilidad frente al rígido proceso judicial tradicional⁶¹⁰.

Es de destacar que el Tribunal Constitucional suspendió los plazos procesales durante tres meses y que, durante este periodo, se reunieron, de forma no presencial, solamente en dos ocasiones. La primera fue para admitir algunos recursos de inconstitucionalidad contra uno de los decretos de la prórroga del estado de alarma y contra varios de los decretos-leyes aprobados, así como de determinados recursos de amparo ajenos a la crisis sanitaria. La segunda reunión fue para aprobar, por su Sala Primera, el auto que inadmite el recurso de amparo planteado contra la prohibición de celebrar una manifestación en vehículos particulares cerrados⁶¹¹, prevista el 1 de mayo de 2020⁶¹², dicha resolución fue ampliamente criticada por la sociedad al restringir el derecho de reunión y las manifestaciones religiosas.

El Poder Judicial español tardó tres meses en regresar a sus actividades habituales después del primer Real Decreto que declaró el estado de alarma.

Si bien, no se esperaba que el estado de alarma impuesto por el ejecutivo español durara tanto tiempo, por lo que respecta al Poder Judicial español, este no

⁶⁰⁹ Requeijo, Á. y Villarrubia, M., COVID-19: Ha Llegado el Momento de la Mediación, 16 de junio de 2020, disponible en <https://www.hayderecho.com/2020/06/15/COVID-19-ha-llegado-el-momento-de-la-mediacion/>

⁶¹⁰ Véase Barona Vilar, S., Justicia Civil Post-Coronavirus, de la Crisis a Alguna de las Reformas que se Avizoran, en *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 12 bis, Mayo, 2020, p.4.

⁶¹¹ Véase el AUTO 40/2020, de 30 de abril.

⁶¹² Véase la siguiente liga, <https://elpais.com/espana/2020-04-30/el-constitucional-avala-prohibir-manifestaciones-sin-garantias-frente-al-contagio.html>

se encontraba preparado para una repentina suspensión total de labores. Sin embargo, procuró adelantarse a los hechos, ya que si bien, tenían protocolos de actuación legales, no se contaba con protocolos de actuación judicial para los Reales Decretos que eran tajantes en sus publicaciones, al restringir la actividad profesional y de cierto modo, el acceso a la justicia.

Por tal razón, el Poder Judicial español prestamente tuvo que innovar en su actuar para evitar la acumulación de asuntos, lo cual podría generar una crisis en materia de justicia. En primera instancia, parte de la innovación se enfocó en la implementación de recursos telemáticos para los asuntos que la normativa aplicable consideraba como urgentes e inaplazables.

Es de destacar el interés que tuvo el Consejo General del Poder Judicial en la creación de directrices para durante y después del estado de alarma, que además procuró ser incluyente con otras instancias de competencia judicial.

La principal medida que adoptó el Consejo, la cual fue respaldada por los litigantes, fue la mediación, tanto a nivel intrajudicial, como extrajudicial. Ello evitó la aglomeración de asuntos; de igual manera, permitió la clasificación de asuntos con y sin *litis*. Esta campaña no fue fácil, ya que se tuvo que concientizar a la sociedad de este mecanismo de solución de controversias mediante publicidad, demostrando las ventajas y bondades de este sistema, lo cual fue bien aceptado por la ciudadanía.

Otro eje importante fue la implementación de recursos tecnológicos que permitieron la digitalización de la justicia, como los juicios vía telemática, el uso de plataformas para agendar cita y evitar aglomeraciones en las instalaciones judiciales y de igual manera, evitar el desplazamiento de las partes involucradas.

Para evitar futuros brotes de contagio, se implementaron protocolos de sanidad en los espacios judiciales, tanto para el personal como para los usuarios.

Si bien, estas medidas tardaron en implementarse, parece elevado el nivel de respuesta que tuvo el Poder Judicial, ya que no se encontraba preparada para el tipo de crisis ni para el tiempo que durarían las restricciones.

También se debe hacer mención de que el Poder Judicial español dio seguimiento y actuó conforme a las declaraciones del Ministerio de Sanidad

4.5. La respuesta jurídica inicial de las autoridades mexicanas federales competentes en materia de emergencias sanitarias

Conviene iniciar este apartado destacando que la primera determinación adoptada en México ante la pandemia generada por el SARS-CoV-2, fue el acuerdo por el que se reconoció el carácter epidémico de la enfermedad COVID-19⁶¹³, expedido por el Consejo de Salubridad General, órgano que, como ya se indicó previamente, tiene las facultades para implementar y ejecutar las acciones en el supuesto de emergencia por causa sanitaria⁶¹⁴.

Dicho instrumento “sanciona”⁶¹⁵ todas las medidas de naturaleza preparatoria, preventiva, así como de control de la “epidemia”⁶¹⁶, que sean diseñadas, coordinadas y supervisadas por la Secretaría de Salud del Gobierno federal.

Por su parte, las instancias ejecutoras previstas en el acuerdo son las “[...] dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los Poderes Legislativo y Judicial, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los gobiernos

⁶¹³ Cfr. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el Virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia, de fecha 19 de marzo de 2020 y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 del mismo mes y año.

⁶¹⁴ Cfr. *ut supra* Capítulo 2.

⁶¹⁵ En sentido de aprobar.

⁶¹⁶ Cabe recordar que el término *epidemia* se utiliza en el supuesto de enfermedades cuya extensión geográfica abarca un porcentaje importante de un Estado, en tanto que *pandemia* es una epidemia que trasciende fronteras y abarca regiones o incluso continentes. Cfr. *ut supra* capítulo primero.

de las Entidades Federativas y diversas organizaciones de los sectores social y privado”⁶¹⁷.

Es importante destacar que el acuerdo prevé a los gobiernos estatales como autoridades implementadoras del conjunto de medidas determinadas por las instancias federales. De esta forma, las judicaturas locales también están comprendidas en el ámbito de validez *ratione personae* del texto en comento.

Las disposiciones tercera y cuarta del acuerdo abordan la coordinación que deberá establecerse entre la Secretaría de Salud y las dependencias implementadoras para la prevención de la enfermedad, así como su control, y para las acciones que se requiera adoptar respecto de la reconversión hospitalaria y expansión que permita la atención sanitaria oportuna de las personas afectadas por la enfermedad.

Finalmente, el acuerdo establece que el Consejo de Salubridad General “[...] se constituye en sesión permanente [...]”⁶¹⁸.

De carácter complementario al acuerdo ya mencionado, el titular de la Secretaría de Salud expidió, el 24 de marzo de 2020, otro similar que contiene, en detalle, las “[...] medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)”⁶¹⁹.

Es de señalar que el texto, en su artículo primero, señala que “[...] las dependencias y las entidades de los *tres órdenes de gobierno*, estarán *obligadas* a la instrumentación de las medidas preventivas contra la enfermedad [...]”⁶²⁰.

Por “medidas preventivas”, el acuerdo entiende que se trata de:

⁶¹⁷ Determinación segunda del acuerdo.

⁶¹⁸ Véase la disposición quinta del Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el Virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia, de fecha 19 de marzo de 2020 y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 del mismo mes y año.

⁶¹⁹ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en la misma fecha de su expedición.

⁶²⁰ El énfasis es propio.

[...] aquellas intervenciones comunitarias [...] que tienen como objetivo el distanciamiento social para la mitigación de la transmisión poblacional del virus [...] disminuyendo así el número de contagios de persona a persona y por ende el de propagación de la enfermedad, con especial énfasis en grupos vulnerables, permitiendo además que la carga de enfermedad esperada no se concentre en unidades de tiempo reducidas, con el subsecuente beneficio de garantizar el acceso a la atención médica hospitalaria para los casos graves.

No obstante, lo señalado en dicha disposición, es el artículo segundo, la sede donde se consigna el conjunto de medidas preventivas que deben adoptar los sectores público, privado y social.

Conviene reproducir, en su integridad, el contenido de tal numeral, pues se trata de la primera respuesta jurídica en México ante la virulenta expansión de la enfermedad:

“[...]

- a) Evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, a los adultos mayores de 65 años o más y grupos de personas con riesgo a desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella, quienes, en todo momento, en su caso, y a manera de permiso con goce de sueldo, gozarán de su salario y demás prestaciones establecidas en la normatividad vigente indicada en el inciso c) del presente artículo. Estos grupos incluyen mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de 5 años, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas no transmisibles (personas con hipertensión arterial, pulmonar, insuficiencia renal, lupus, cáncer, *diabetes mellitus*, obesidad, insuficiencia hepática o metabólica, enfermedad cardíaca), o con algún padecimiento o tratamiento farmacológico que les genere supresión del sistema inmunológico;

- b) Suspender temporalmente las actividades escolares en todos los niveles, hasta el 17 de abril del 2020, conforme a lo establecido por la Secretaría de Educación Pública;
- c) Suspender temporalmente las actividades de los sectores público, social y privado que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas a partir de la entrada en vigor de este Acuerdo y hasta el 19 de abril del 2020.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las organizaciones de los sectores social y privado, deberán instrumentar planes que garanticen la continuidad de operaciones para el cumplimiento de sus funciones esenciales relacionadas con la mitigación y control de los riesgos para salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y garantizar los derechos humanos de las personas trabajadoras, en particular los señalados en el inciso a) del presente artículo, y de los usuarios de sus servicios.

En el sector público, los Titulares de la Áreas de Administración y Finanzas u homólogos o bien las autoridades competentes en la institución de que se trate, determinarán las funciones esenciales a cargo de cada institución, cuya continuidad deberá garantizarse conforme al párrafo anterior.

En el sector privado continuarán laborando las empresas, negocios, establecimientos mercantiles y todos aquéllos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, de manera enunciativa, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, servicios médicos, financieros, telecomunicaciones, y medios de información, servicios hoteleros y de restaurantes, gasolineras, mercados, supermercados, misceláneas, servicios de transportes y distribución de gas, siempre y cuando no correspondan a espacios cerrados con aglomeraciones.

Las relaciones laborales se mantendrán y aplicarán conforme a los contratos individuales, colectivos, contratos ley o Condiciones Generales de Trabajo que correspondan, durante el plazo al que se refiere el presente Acuerdo y al amparo de la Ley Federal del Trabajo y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional.

Todo lo anterior, con estricto respeto a los derechos laborales de las y los trabajadores, en los sectores público, social y privado;

- d) Suspender temporalmente y hasta nuevo aviso de la autoridad sanitaria, los eventos masivos y las reuniones y congregaciones de más de 100 personas;
- e) Cumplir las medidas básicas de higiene consistentes en lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo; saludar aplicando las recomendaciones de sana distancia (evitar saludar de beso, de mano o abrazo) y recuperación efectiva para las personas que presenten síntomas de SARS-CoV2 (COVID-19) (evitar contacto con otras personas, desplazamientos en espacios públicos y mantener la sana distancia, durante los 15 días posteriores al inicio de los síntomas), y
- f) Las demás que en su momento se determinen necesarias por la Secretaría de Salud, mismas que se harán del conocimiento de la población en general, a través del titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud”.

El catálogo de las acciones es amplio, y como se mencionó previamente⁶²¹, se trata de acciones y medidas extraordinarias que son conforme a los contextos de naturaleza pandémica.

⁶²¹ *Cfr. ut supra* capítulo segundo, específicamente el análisis que ahí se hace en torno a las acciones que pueden adoptarse en los supuestos de emergencia sanitaria.

El contenido de las demás disposiciones del acuerdo⁶²², atribuyen a la Secretaría de Salud federal una serie de competencias que pretenden garantizar la aplicación de dicho instrumento.

Por su parte, a fin de cumplir con lo dispuesto en el marco normativo constitucional y legal⁶²³, el titular del Ejecutivo Federal, en la misma fecha en que se expide el acuerdo de la Secretaría de Salud, adopta el decreto por virtud del cual se sanciona el acuerdo que establece las medidas preventivas, ya referido⁶²⁴.

Ante la cada vez más apremiante situación por la imparable expansión del brote pandémico⁶²⁵, el Consejo de Salubridad General expide otro acuerdo en el que, a semejanza de –y en consonancia con– la Organización Mundial de la Salud, declara “[...] como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)”⁶²⁶.

El contenido esencial de dicho acuerdo, además de la declaración *per se*, lo constituye la atribución a la propia Secretaría de Salud de la facultad para determinar “[...] todas las acciones que resulten necesarias para atender la emergencia [...]”⁶²⁷ generada por la expansión y virulencia de la pandemia.

⁶²² *Vid.* artículos tercero, cuarto y quinto.

⁶²³ Artículos 89, fracción I, 4º., párrafo cuarto, y 73, Bases 2ª. y 3ª. de la Constitución Federal; artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y artículos 3º., fracción XV, 139, 140 y 181 de la Ley General de Salud.

⁶²⁴ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de marzo del 2020.

⁶²⁵ El considerando tercero del acuerdo enfáticamente asevera “[...] en las últimas horas [...] el número de casos ha ido en aumento [...]”.

⁶²⁶ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de marzo de 2020.

⁶²⁷ *Vid.* artículo segundo del acuerdo.

4.6. La respuesta jurídica prima facie de las autoridades del estado de Michoacán competentes en materia de emergencias sanitarias

En el Estado de Michoacán, las medidas que inicialmente adopta el Poder Ejecutivo local se consignan en el Acuerdo Administrativo por el que se Establecen Diversas Acciones ante la Pandemia del SARS CoV2 (COVID-19)⁶²⁸.

No obstante, con antelación se había determinado que el Comité Estatal de Seguridad en Salud entrara en sesión permanente⁶²⁹ y ordenado la suspensión de las clases presenciales en todos los niveles educativos⁶³⁰.

El acuerdo faculta a la Secretaría de Salud del Estado y a la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, como las instancias competentes para “[...] coordinar las acciones [...]”⁶³¹ que se prevén en el instrumento referido.

De igual forma, ambas autoridades son las competentes para monitorear el desarrollo de la pandemia a nivel mundial, nacional y estatal a efecto de adoptar las iniciativas que refuercen la vigilancia epidemiológica en todo el territorio estatal.

El acuerdo asigna una serie de responsabilidades a diversas áreas de la administración pública de la entidad, tales como la Coordinación General de Comunicación Social del Gobierno del Estado⁶³², las áreas de Seguridad Pública y Protección Civil y de Gobernabilidad estatales⁶³³, la Secretaría de Gobierno⁶³⁴, las Jefaturas Regionales de Gobierno⁶³⁵, la Comisión Coordinadora del Transporte

⁶²⁸ Publicado en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*, en data 30 de marzo de 2020.

⁶²⁹ En fecha 3 de marzo de 2020.

⁶³⁰ A partir del 17 de marzo y hasta el 20 de abril, fecha última que se ha venido prorrogando en consonancia con las determinaciones de la Secretaría de Educación Pública federal y conforme las medidas adoptadas por la emergencia sanitaria. Hasta la fecha de cierre de la presente investigación, aun no existe fecha precisa para el levantamiento de la suspensión de clases presenciales y el retorno a las aulas, tanto en nuestra entidad federativa, como en el resto del país.

⁶³¹ *Vid.* artículo 1.

⁶³² *Vid.* artículo 3.

⁶³³ *Vid.* artículo 4.

⁶³⁴ *Vid.* artículo 5.

⁶³⁵ *Vid.* artículo 6.

Público de Michoacán⁶³⁶, la Secretaría de Finanzas y Administración⁶³⁷ y el Sistema Integral de Financiamiento para el Estado de Michoacán⁶³⁸.

El acuerdo también dispone la suspensión de todas aquellas actividades laborales no esenciales “[...] que involucren la aglomeración o movilidad de las personas [...]”⁶³⁹.

Asimismo, establece un concepto de “actividades esenciales” que se estructura de manera casuística⁶⁴⁰.

Por lo que se refiere a los procedimientos administrativos y de trámites estatales, el acuerdo determina la suspensión de los mismos.

El texto que se analiza dispone la necesaria coordinación con los 113 ayuntamientos del Estado, exhortándolos a que adopten, en el marco de sus competencias, acciones similares a las contenidas en el acuerdo, a fin de garantizar el control de la pandemia⁶⁴¹.

Para reforzar las medidas *ad intra* del Estado, el acuerdo estipula que se “blinda” a la entidad, mediante el establecimiento de filtros sanitarios en los límites con las entidades federativas con las que se comparten las líneas fronterizas interestatales⁶⁴².

Finalmente, el acuerdo aborda las relaciones laborales de los trabajadores de la administración pública de la entidad, determinando su conservación de

⁶³⁶ Vid. artículo 8.

⁶³⁷ Vid. artículo 9.

⁶³⁸ *Ídem*.

⁶³⁹ Vid. artículo 12.

⁶⁴⁰ Entre otras, el acuerdo indica que se entiende por actividades esenciales “[...] las operativas de las áreas del Sector Salud, público y privado; de Seguridad Pública; Gobernabilidad; Protección Civil; y, del Sistema Penitenciario, para atención de temas prioritarios; además se consideran esenciales el sector farmacéutico tanto en su producción como en su distribución (farmacias); la manufactura de insumos, equipamiento médico y tecnologías para la atención de la salud, así como los involucrados en la adecuada disposición de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI), así como la limpieza y sanitización de las unidades médicas en los diferentes niveles de atención [...] son esenciales los sectores de la industria de alimentos y bebidas no alcohólicas, mercados de alimentos, supermercados, tiendas de autoservicio, abarrotes y venta de alimentos preparados; servicios de transportes de pasajeros y carga; producción agrícola y pecuaria, agroindustria y productos de limpieza”.

⁶⁴¹ Vid. artículo 17.

⁶⁴² Vid. artículo 18, segundo párrafo: “[...] Colima, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Guerrero y Estado de México [...]”.

conformidad con la normatividad que las regula, a fin de que no se afecten por la pandemia⁶⁴³.

Complementando lo dispuesto en el acuerdo ya comentado, el Ejecutivo local expidió, en la misma fecha⁶⁴⁴, otro instrumento donde se determinan los días inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos que son verificados por las dependencias, entidades y órganos desconcentrados del Poder Ejecutivo michoacano.

El mismo acuerdo también contemplaba la suspensión de actividades en las oficinas de toda la administración pública del Estado.

Posteriormente, ante las difíciles circunstancias ocasionadas por la expansión de la enfermedad, el Poder Ejecutivo decreta, el 20 de abril de 2020⁶⁴⁵, el confinamiento obligatorio de todos los habitantes del Estado, y especifica las actividades que pueden considerarse exceptuadas de tal medida para efectos de circular por la vía pública⁶⁴⁶.

Asimismo, el decreto prevé la posibilidad de que la Secretaría de Seguridad Pública estatal cierre a la circulación carreteras o tramos de las mismas, por causas de seguridad pública, o para restringir el acceso a determinado tipo de vehículos; lo anterior en coordinación con los gobiernos municipales, que son las autoridades competentes en materia de tránsito en sus respectivos ámbitos territoriales⁶⁴⁷.

⁶⁴³ Vid. artículo 19.

⁶⁴⁴ Publicación en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*, de fecha 30 de marzo de 2020.

⁶⁴⁵ El Decreto por el que se Declara el Aislamiento Obligatorio ante la Pandemia del Virus SARS-CoV2 (COVID-19), se publicó en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*, en la misma fecha de su expedición.

⁶⁴⁶ Vid. artículo 1º.: “[...] a) Adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y de primera necesidad; b) Asistencia a hospitales, servicios y establecimientos sanitarios; c) Desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar su prestación laboral, profesional o empresarial, en las áreas declaradas como actividades esenciales por la Federación; d) Asistencia y cuidado a adultos mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables; e) Desplazamiento a entidades financieras y de seguros; f) Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad plenamente justificada; g) Cualquier otra actividad de naturaleza análoga a las anteriores; y, h) En cualquier desplazamiento deberán respetarse las recomendaciones y obligaciones dictadas por las autoridades sanitarias”.

⁶⁴⁷ Vid. los artículos 2º., 3º. y 4º. del decreto.

Las restricciones a la movilidad se refuerzan mediante la prohibición –o limitación, según el texto– de las reuniones en la vía pública, así como de:

[...] eventos públicos o privados que implique la agrupación de personas y en las que no se puedan aplicar las medidas sanitarias, principalmente el de sana distancia, en lo particular eventos sociales, actividades físicas grupales en gimnasios o casas, y reuniones laborales o similares”⁶⁴⁸.

Aspecto que debe destacarse es el mandato que se dirige a todos los habitantes del Estado que obliga al uso de cubrebocas, especialmente si se transita por la vía pública o en espacios públicos⁶⁴⁹.

Por lo que corresponde a la determinación de las medidas de seguridad sanitaria, así como las eventuales sanciones por conductas que sean contrarias al conjunto de acciones contenidas en el decreto, se prevén el aislamiento obligatorio y la cuarentena⁶⁵⁰, por lo que corresponde a las primeras, la multa, el trabajo comunitario y el arresto administrativo⁶⁵¹.

La gravedad en las circunstancias posteriores a la expedición de los acuerdos y el decreto ya mencionados, ha motivado que el Ejecutivo estatal, haciendo uso de las facultades extraordinarias previstas en la Constitución particular de la entidad, continúe adoptando medidas de contención y control de la pandemia, así como de los efectos que ésta ha tenido en la atención sanitaria a la población afectada.

A la fecha de cierre de esta investigación, pese a las iniciales tentativas para el regreso paulatino a lo que la propia administración pública estatal ha denominado “nueva convivencia”⁶⁵², el impacto de la pandemia en los ámbitos social, educativo,

⁶⁴⁸ Vid. artículo 5°.

⁶⁴⁹ Vid. artículo 6°.

⁶⁵⁰ Vid. artículo 7°, fracciones I y II, respectivamente.

⁶⁵¹ Vid. artículo 10. Cabe destacar que se indica, en el decreto, que las multas pueden comprender de diez a treinta Unidades de Medida y Actualización (UMAS), mientras que el arresto sólo se aplicará en los supuestos de conducta infractora reincidente. El impago de la multa impuesta por la autoridad competente, puede conmutarse por el trabajo comunitario.

⁶⁵² Cfr. el Decreto que Establece una Nueva Convivencia en el Estado de Michoacán de Ocampo, publicado en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*, el 1 de junio de 2020.

económico, sanitario, público y privado, ha sido de tal magnitud que el futuro cercano se avizora verdaderamente complejo y difícil, tal como lo demuestra la reciente medida administrativa de cierre parcial de actividades consideradas no esenciales, el exhorto del titular del Ejecutivo a la Legislatura y a la Judicatura locales para que, en el ámbito de sus respectivas competencias, limiten al máximo sus actividades, así como la aprobación, por parte del Congreso estatal, de la Ley que Regula el Uso del Cubrebocas en el Estado de Michoacán⁶⁵³.

4.7. La respuesta jurídica del Poder Judicial del Estado de Michoacán frente a la emergencia sanitaria causada por la COVID-19

La rápida expansión del SARS-CoV-2 y su impacto en Michoacán, no tardó en afectar la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia.

En virtud de la información de la que se disponía a mediados de marzo de 2020, que hacía énfasis en la imperiosa necesidad de adoptar medidas por la emergencia sanitaria que se desarrollaba a nivel mundial y en México, el Poder Judicial del Estado, a través de su Consejo⁶⁵⁴, máxima instancia administrativa de la judicatura estatal, y a cuyo cargo está “[L]a administración, vigilancia y disciplina [...]”⁶⁵⁵ del conjunto de órganos jurisdiccionales y áreas administrativas que integran el ámbito judicial local, adoptó una serie de acuerdos con el propósito específico de hacer frente a la contingencia sanitaria.

El marco normativo de los acuerdos adoptados por el Pleno del Consejo del Poder Judicial se basa en las facultades y atribuciones que la ley fundamental estatal le reconoce a dicho órgano, pero también en la Ley Orgánica del Poder

Comprende 27 artículos que regulan las modalidades que permitirían el eventual regreso a la “normalidad” en el territorio estatal, y abarca diversos ámbitos, especificando las medidas y acciones que se deberán llevar a cabo para garantizar un entorno seguro y controlado.

⁶⁵³ Publicada en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*, el 20 de enero de 2021.

⁶⁵⁴ El artículo 67 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo señala que “Se deposita el ejercicio del Poder Judicial del Estado en el Supremo Tribunal de Justicia, en el *Consejo del Poder Judicial*, en los juzgados de primera instancia, menores y comunales [...]”. El énfasis es propio.

⁶⁵⁵ *Vid.* segundo párrafo del artículo 67 de la Constitución Michoacana.

Judicial del Estado⁶⁵⁶, que desarrolla, con claridad y precisión, el alcance y contenido de los acuerdos que puede adoptar la alta instancia administrativa de la judicatura estatal.

La esfera normativa orgánica establece que son atribuciones del Consejo del Poder Judicial conducir la administración de la propia judicatura, determinar y adoptar todas y cada una de las medidas que se consideren pertinentes y adecuadas para la buena marcha de la administración de justicia, mediante los acuerdos generales y específicos que fueren necesarios⁶⁵⁷.

Haciendo uso de tales facultades, el Consejo ha expedido una serie de instrumentos administrativos, en la modalidad de acuerdos generales, por medio de los cuales se configuran las medidas y acciones a implementar en el contexto inusual y extraordinario de la emergencia sanitaria.

El primero de dichos acuerdos, adoptado el 18 de marzo de 2020⁶⁵⁸, sienta las bases conforme a las cuales, la judicatura del Estado “[...] salvaguarda de acciones contingentes y emergentes en aras de proteger el derecho humano a la salud de los servidores públicos, justiciables y ciudadanos en general [...]”⁶⁵⁹.

Adviértase que el argumento esencial es, precisamente, la preservación de la salud, considerando que es la prerrogativa cuyo contenido esencial es *prima facie* de mayor peso específico frente al derecho de acceso a la impartición y administración de justicia.

Sin embargo, el derecho de tutela judicial efectiva no se afecta en su totalidad (es decir, no se suspende), sino que se configuran una serie de limitaciones y restricciones a efecto de preservar, en la medida de lo posible, elementos de su contenido esencial.

⁶⁵⁶ Publicada en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*, el 3 de diciembre de 2014.

⁶⁵⁷ *Vid.* el artículo 161 de la Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Michoacán.

⁶⁵⁸ Acuerdo General del Pleno del Poder Judicial del Estado de Michoacán que Determina Acciones y Medidas de Carácter Temporal sobre la Contingencia de la Propagación de la Pandemia Generada por el Virus COVID-19, publicado el mismo día de su expedición en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo*.

⁶⁵⁹ *Ibidem*, Considerando Segundo, segundo párrafo.

Lo anterior se hace evidente de la atenta lectura de las disposiciones del acuerdo del Consejo de 18 de marzo del 2020, que subrayan la necesidad de adoptar medidas que limiten “[...] al máximo la concentración de personas en las sedes judiciales [...] para evitar la propagación del coronavirus [...]”⁶⁶⁰.

Las medidas comprenden, entre otras, la suspensión de labores, tanto de los órganos jurisdiccionales como de las áreas administrativas⁶⁶¹, la declaración de inhábiles los días especificados en el periodo de temporalidad del acuerdo⁶⁶², el establecimiento de guardias en todos los juzgados para atender “[...] asuntos urgentes e inaplazables [...]”⁶⁶³ y en las Salas especializadas en materia penal del Supremo Tribunal de Justicia⁶⁶⁴, la recalendarización de las audiencias constitucionales y urgentes del Sistema de Justicia Penal Acusatorio y Oral, así como las medidas preventivas de carácter sanitario que deben observarse en el desarrollo de estas últimas⁶⁶⁵.

Aspecto de especial atención es la delimitación que consagra el acuerdo de los asuntos “urgentes” e “inaplazables”⁶⁶⁶.

Así, se establece la regla general que remite a lo dispuesto por la ley específica de la materia para considerar el carácter urgente o inaplazable de los asuntos.

Sin embargo, el acuerdo también incorpora una regla especial que remite a la discrecionalidad del titular de cada instancia judicial, la determinación de lo que puede estimarse urgente e inaplazable, para que se actúe en consecuencia.

De manera enunciativa, aclarando el propio texto del acuerdo que no es limitativa, se enlistan, además, una serie de actos procesales que ameritan, en

⁶⁶⁰ *Vid.* primer apartado del acuerdo en comento.

⁶⁶¹ *Ídem.*

⁶⁶² *Vid.* apartado segundo del acuerdo, primer párrafo.

⁶⁶³ *Ídem.*

⁶⁶⁴ *Vid.* apartado segundo, tercer párrafo.

⁶⁶⁵ *Vid.* apartado segundo, párrafos cuarto y quinto.

⁶⁶⁶ *Vid.* apartado tercero del acuerdo.

opinión del Consejo, la calificativa de urgentes e inaplazables, misma que, por su trascendencia, se reproduce a continuación:

[...] I. En materia *penal*: a) El ejercicio de la acción penal con detenido; b) Audiencias de control de detención o que estén sujetas a términos constitucionales; c) El ejercicio de la acción penal sin detenido por delitos clasificados como graves; d) Solicitudes de orden de cateo o aprehensión; e) Solicitudes de prueba anticipada o de algún fluido corporal; f) Diligencias para recibir declaraciones preparatorias; g) Actuaciones relacionadas con resolver la situación jurídica del detenido; y, h) Órdenes de protección; II. En materia *familiar*: a) Actos prejudiciales relativos a la separación provisional de cónyuges, separación cautelar de personas y depósito de menores; b) Medidas cautelares que importen riesgos a los menores de edad e incapaces, así como aquéllas en protección de víctimas de violencia familiar; c) Órdenes de protección; y, d) Demandas de juicios de alimentos, así como consignación y entrega de billetes de depósito que deriven de tales procesos; III. En materia *civil*: a) Actos prejudiciales sobre suspensión de obra nueva; b) Interdictos de obra peligrosa; y, c) Providencias precautorias; IV. En materia mercantil: a) Providencias precautorias; y; V. En materia de *ejecución de penas*: a) Gestiones previas a la inminente compurgación de la pena o acceso a beneficios; b) Acuerdos urgentes sobre condiciones de internamiento, sobre atención médica; y, c) Planteamientos relacionados con el virus COVID-19 de personas privadas de la libertad sobre revisión y atención médica, así como medidas que garanticen esas circunstancias.

Tales supuestos fueron ampliados en acuerdos posteriores⁶⁶⁷, por lo que debe reiterarse que la limitación y restricción en el acceso a la tutela judicial efectiva fue parcial, privilegiando la atención a los operadores jurídicos y a sus

⁶⁶⁷ Así, por ejemplo, los Acuerdos del Pleno del Consejo del Poder Judicial del Estado de fechas 7, 22 y 30 de abril, 30 de mayo, 13 y 30 de junio y 1 de agosto de 2020.

representados, al mismo tiempo que también se especificó el protocolo a seguir en las guardias en los órganos jurisdiccionales⁶⁶⁸ y administrativos⁶⁶⁹.

El cuidado del personal jurisdiccional y administrativo de la judicatura ha sido una constante en los acuerdos adoptados por el Consejo, desde el primero de fecha 18 de marzo de 2020, donde se exhortaba a que las y los servidores públicos permanecieran en sus casas, desarrollando las labores posibles correspondientes a sus responsabilidades específicas.

De igual forma, el Consejo ha especificado las modalidades de atención al público interesado que acude a las instalaciones de las áreas jurisdiccionales y administrativas para la realización de diversas gestiones relacionadas con los procesos judiciales en curso o cuestiones relacionadas con la esfera administrativa.

En su conjunto, puede apreciarse que el esfuerzo desplegado por el Poder Judicial se ha enfocado no únicamente ponderar entre dos derechos humanos, de igual relevancia y jerarquía, para determinar la procedencia de uno respecto del otro, sino, en aras de equilibrar los efectos de sus respectivos contenidos esenciales, procurar la armonización de ambos, haciendo posible la irradiación tanto del derecho a la salud, como del acceso a la tutela judicial efectiva.

De ahí, entonces, la relevancia de la serie de medidas y acciones concretadas por el Consejo del Poder Judicial local, mismas que satisfacen las exigencias de proporcionalidad, necesidad e idoneidad del control que implica tanto su constitucionalidad, como legalidad.

4.8. Reflexiones capitulares

Como ya fue estudiado en el capítulo tercero, tanto el derecho a la salud, como el derecho de acceso a la impartición y administración de justicia –tutela judicial efectiva– son prerrogativas que están plenamente reconocidas en el catálogo de

⁶⁶⁸ Vid. apartado cuarto.

⁶⁶⁹ Vid. apartado sexto, referido *expressis verbis* a la Secretaría Ejecutiva y a la Secretaría de Administración, ambas áreas dependientes del propio Consejo del Poder Judicial.

derechos humanos incorporado a la Constitución Federal y, por vía de los tratados internacionales vigentes para nuestro país, al bloque de constitucionalidad vigente.

Ambas facultades, configuradas en el texto constitucional federal de manera clara y precisa, han sido puestas a prueba con motivo del brote pandémico generado por la acelerada expansión y virulencia del SARS-CoV-2 y que ocasiona la enfermedad denominada COVID-19.

Una de las principales incógnitas que dejó el estado de alarma y que aún siguen en debate es: ¿un Real Decreto, en momentos de pandemia, tiene igual jerarquía o superior a la Ley? Esto debido a que bastó su entrada en vigor para suspender derechos constitucionales sin mayor fundamento legal que el objetivo de dicho Real Decreto por cuestiones sanitarias. Este debate se está discutiendo en el Congreso y se está consultando al Poder Judicial, para ser resuelto; y en caso de ser necesario, poder mejorar las normas que rigen los estados de alarma. Así mismo, el Congreso también está analizando la toma de decisiones durante el estado de alarma y mecanismos alternos para no tener que llegar a esta instancia como primer recurso.

Sin embargo, en los hechos, con las normativas vigentes al momento de la declaración de pandemia del SARS-CoV-2 por parte de la Organización Mundial de la Salud, el Estado español actuó conforme a derecho, adoptando medidas drásticas para un evento de la misma magnitud, sin precedentes en la época moderna.

En cuestión de salud, el ejecutivo español tuvo acierto en la forma de implementar el sistema de vacunación contra el COVID-19, ya que lo realizó de forma inmediata en cuanto se creó la vacuna; en primera instancia inculó al personal de salud, después a los grupos más vulnerables de contagio, todos con un orden y con capacidad de resolver las dudas que al momento acontecían. Es de destacar que las vacunas aplicadas son las que han demostrado tener mayor efectividad contra el virus del COVID-19.

Por los que respecta a las formas legales en que se llevaron a cabo los Reales Decretos, se notó la incertidumbre por parte del Gobierno español con respecto a la trascendencia del virus, debido a la gran cantidad de Reales Decretos que publicó en un lapso corto. Estos Reales Decretos son muy extensos y confusos para el ciudadano común, lo que generaba más dudas que respuestas.

Si bien, el Gobierno español pudo implementar otras opciones al estado de alarma, menos invasivas y drásticas para los derechos humanos, como lo es la legislación Sanitaria y la legislación de Seguridad Pública, su implementación fue otro acierto para el Ejecutivo, ya que esta medida jurídica le permitió tener mayor control en las medidas para contener el virus del COVID-19.

Aun sabiendo de la parálisis económica, el gobierno decidió invertir en medios tecnológicos que ayudaran a resolver temas del aún desconocido virus del COVID-19, y así evitar la saturación de nosocomios, dando a conocer los casos que ameritaban intervención médica y cuando no, así como su tratamiento.

El error sobre el que no tuvieron un adecuado control, fue la cuestión de las estadísticas fatales, las cuales no coincidían con el Registro Civil y el Instituto Nacional de Estadística, lo cual hace sospechar que se trató, arbitrariamente, de reducir el nivel letal del virus.

Por otra parte, el Poder Judicial español, interrumpió sus actividades como medida preventiva de contagios un día antes de la promulgación del Real Decreto que ordenaba el confinamiento. Desde ese momento procuró adelantarse a los hechos en casos drásticos, ya que pronosticaban una gran acumulación de litigios. Lo cual supieron aprovechar al promover la resolución de controversias mediante la mediación, sin tener mayor resistencia por parte de los abogados.

Otra de las ventajas que supieron aprovechar fue el uso de las tecnologías, específicamente de la telemática, así como de la digitalización en lo general.

Y si bien tardó en aprobar protocolos para regresar a sus labores cotidianas, su periodo de suspensión de actividades, de manera presencial, duró solamente lo

que se perduró el confinamiento nacional, retomando las actividades con menos carga laboral de lo previsto y con más herramientas tecnológicas, así como de protocolos previos al juicio.

El Poder Judicial español es un órgano autónomo en la toma de decisiones, sin embargo, las restricciones y los protocolos que creó siempre se basaron en las recomendaciones de los expertos en la salud, como lo es el Ministerio de Sanidad.

En contrapunto, durante el periodo de confinamiento, el Tribunal Constitucional, contando con la tecnología necesaria para sesionar, solamente se congregó en dos ocasiones, en las cuales, solo en una resolvió un auto contra una manifestación, lo cual generó polémica en la sociedad. Empero, la fundamentación de la resolución fue bien sustentada y con un poco de pericia por los tiempos que se manejó para resolver el asunto.

En términos generales, fue adecuada la actuación de las autoridades españolas en el manejo de la pandemia generada por el SARs-CoV-2, considerando que fue algo inesperado y prácticamente se tuvo que improvisar con los medios que se tenían al alcance para resolver los asuntos prioritarios con orden e innovación.

En efecto, las medidas adoptadas por las diferentes instancias y autoridades competentes en nuestro país, han tenido como prioridad garantizar, en la medida de lo posible, el acceso a la salud, y la contención de la expansión del virus, determinando confinamientos –parciales–, cierre temporal de oficinas públicas y comercios⁶⁷⁰, suspendiendo las clases presenciales en los diferentes niveles educativos⁶⁷¹, obligando al distanciamiento social y a una serie de medidas de carácter higiénico-profiláctico, por mencionar algunas de las más relevantes.

Por lo que corresponde a las judicaturas, tanto el Poder Judicial de la Federación, como los Poderes Judiciales de las distintas entidades federativas también adoptaron, a través de sus órganos administrativos⁶⁷²,

⁶⁷⁰ Con excepción de aquellas actividades consideradas como esenciales.

⁶⁷¹ Desde las guarderías y la educación preescolar, hasta la universitaria.

⁶⁷² El Consejo de la Judicatura Federal, por lo que corresponde al Poder Judicial de la Federación; y los Consejos

un conjunto de acciones cuyo propósito es coadyuvar con el esfuerzo general gubernamental para controlar la expansión del brote pandémico, evitando los contagios.

Sin embargo, el efecto principal de tales iniciativas ha sido limitar y restringir, de manera importante, la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia.

En general, cabe destacar que el derecho de acceso a la justicia impartida por el juez legalmente determinado por la ley no ha sido suspendido, pero sí se ha visto afectado en el despliegue de su contenido, generando dilaciones importantes en la dinámica procesal de las causas pendientes ante los tribunales, tanto federales como locales.

De igual forma, en ciertos períodos, especialmente durante la fase inicial de la pandemia en el país –y en el Estado de Michoacán, debe añadirse–, el derecho procesal de accionar también ha sido constreñido, condicionando, a su vez, la prestación de los servicios de asesoría profesional y las necesidades de las partes que tienen conflictos jurídicos que precisan solución⁶⁷³.

Es en este contexto donde se plantea el conflicto entre derechos que, conviene recordar, tienen el mismo nivel de jerarquía –por su naturaleza esencial–.

de la Judicatura locales, por lo que ve a las judicaturas estatales.

⁶⁷³ Ya sea en sede judicial o, incluso, en sede de medios alternos de solución de controversias, que también forman parte del organigrama de la mayor parte de las judicaturas de las entidades federativas.

Conclusiones

PRIMERA. En Michoacán, las autoridades federales y locales, si bien, realizaron acciones para combatir la pandemia ocasionada por el COVID-19, estas no fueron suficientes e idóneas para garantizar los derechos humanos a la salud, así como el derecho a la justicia en el quehacer jurisdiccional. Lo anterior en razón de que las medidas tomadas se han traducido en limitar y restringir, de manera importante, la prestación del servicio público de impartición y administración de justicia.

SEGUNDA. La humanidad, desde su origen, ha padecido de enfermedades que suelen propagarse entre los seres vivos, es por ello que la ciencia médica pretende erradicarlas y así reestablecer el estado de bienestar de quienes lo necesitan, sin embargo, esta finalidad no se puede llevar a cabo sin el diseño de políticas públicas por parte de los Estados con colaboración de la Comunidad Internacional.

TERCERA. Las pandemias más trascendentes de la historia de la humanidad comparten el gran deterioro de la humanidad, tanto a nivel social como económico. Cabe destacar que a partir del siglo XX estos brotes pandémicos han sido en lapsos de tiempo más cortos, así como agresivos, siendo el COVID-19 la última de la que se tenga registro, sin embargo, es una de las pandemias más mortales de la historia humana, que, además de ser un virus “joven”, ya ha mutado varias veces en un lapso muy corto, complicando los tratamientos y costando numerosas vidas en el mundo.

CUARTA. A la luz del ordenamiento jurídico mexicano, la Constitución Política federal establece y determina, a través de mandatos específicos, las acciones que deben adoptarse ante fenómenos de emergencia, como lo es una pandemia. Estas medidas pueden ser suspensivas, limitativas o restrictivas del goce y ejercicio de los derechos humanos y están sujetas al cumplimiento de condiciones estrictas y controladas, disponiéndose, asimismo, de un núcleo inderogable de derechos

humanos que no puede ser afectado ni siquiera en los supuestos del estado de emergencia de sanitario.

QUINTA. En México, la gestión de las epidemias y pandemias se atribuye a la Federación, de manera concreta a la autoridad sanitaria, que comprende, para estos efectos, al Consejo de Salubridad General y a la Secretaría de Salud. No obstante que la dirección de la gestión de los fenómenos epidémicos y de las pandemias corresponde a la instancia federal, todas las autoridades del Estado deben coordinarse para que las acciones y medidas que se adopten sean eficaces y efectivas. Sin embargo, los conflictos entre derechos humanos surgen cuando los derechos que forman parte de la esfera jurídica individual pueden encontrarse frente a una postura disconforme a la del titular de otro derecho fundamental que pretende igualmente ejercerlo.

SEXTA. Por lo que corresponde al derecho humano a la salud, se trata de una facultad subjetiva de carácter eminentemente social, y forma parte de los derechos denominados “prestacionales”, cuya concreción requiere no sólo una actitud pasiva por parte del Estado, sino la obligación de desarrollar acciones e iniciativas que lo materialicen. Cabe resaltar que este derecho, además de formar parte de la esfera jurídica de cada persona –dimensión individual–, posee una trascendencia social, y su aplicación práctica requiere que se tomen en consideración ambos aspectos. No obstante, a pesar de las acciones gubernamentales a efecto de concretar el derecho a la salud, ciertamente éste todavía no cumple, de forma cabal, con las características de universalidad, equidad y calidad.

SÉPTIMA. A la luz del artículo 1º de la Constitución Federal, así como de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, es obligación y deber –constitucional y convencional– de la judicatura, constituirse en garante del derecho humano de acceso a la jurisdicción y tutela judicial efectiva, debiendo adoptar todas

aquellas medidas y actos necesarios para garantizar el disfrute, constante y continuo, de los particulares respecto de dicho derecho esencial, de característica instrumental. Esta obligación exige de la judicatura, además, tomar todas las medidas preventivas para evitar que puedan vulnerar tal prerrogativa, o bien, que, habiéndola afectado, restituyan su goce y disfrute a los titulares de la misma, esto es, a todos los particulares susceptibles de ejercer el mencionado derecho y a la sociedad en general.

OCTAVA. En el Estado de Michoacán, las medidas que inicialmente adopta el Poder Ejecutivo local, se consignan en el Acuerdo Administrativo por el que se Establecen Diversas Acciones ante la Pandemia del SARS CoV2 (COVID-19), de 30 de marzo de 2020. Por lo que ve al Poder Judicial de la entidad, el acuerdo del Pleno del Poder Judicial del Estado, de fecha 18 de marzo de 2020, que constituye la base normativa de la serie de medidas y acciones cuya finalidad, en conjunto, es preservar el derecho humano a la salud de los servidores públicos de la judicatura local, los operadores jurídicos y la ciudadanía en general. A ambos acuerdos les siguen otros, los cuales adoptan las medidas necesarias para momentos específicos de la pandemia del COVID-19.

NOVENA. El esfuerzo desplegado por el Poder Judicial se ha enfocado no únicamente en ponderar entre dos derechos humanos, de igual relevancia y jerarquía, para determinar la procedencia de uno respecto del otro, sino, en aras de equilibrar los efectos de sus respectivos contenidos esenciales, sino que también se ha enfocado en procurar la armonización de ambos, haciendo posible la irradiación tanto del derecho a la salud, como del acceso a la tutela judicial efectiva.

DÉCIMA. Por lo que versa sobre el Estado español, el poder ejecutivo y el poder judicial, en términos generales, tuvieron una buena actuación durante la pandemia del COVID-19, ya que siempre procuraron salvaguardar a su ciudadanía mediante

sus disposiciones normativas vigentes, y mediante una serie de Decretos-Ley que indicaban el rumbo de la pandemia. Mientras que el Poder Judicial español se adelantó a la suspensión de actividades, implemento una serie de medidas y protocolos para laborar durante el confinamiento nacional y fomento la mediación para evitar la saturación laboral y al regresar a sus actividades cotidianas, implementaron protocolos para la nueva convivencia en las instalaciones.

Fuentes de consulta

A) Textos normativos.

I. Nacionales.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de 5 de Febrero de 1917.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, de 5 de Febrero de 5 de Febrero de 1918
- Ley General de Salud, de 7 de Febrero de 1984.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, de 29 de Diciembre de 1976.
- Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Michoacán, de 3 de Diciembre de 2014.

II. Tratados internacionales.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos, de 22 de Noviembre 1969.
- Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados Celebrados entre Estados de 1969.
- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789.
- Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de Diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966.

III. Normativa extranjera.

- Constitución de la República de Sudáfrica de 11 de Octubre de 1996.
- Constitución de la República Democrática Federal de la India de 26 de Enero de 1950.
- Constitución de la República Española de 9 de Diciembre de 1931.
- Constitución de la República Italiana de 21 de Diciembre de 1947.
- Constitución de la República Portuguesa de 25 de Abril de 1976.

- Constitución Francesa de 4 de Octubre de 1958.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 8/2020, del 17 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 9/2020, del 27 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 10/2020, del 29 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 11/2020, de 31 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 12/2020, de 31 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 13/2020, de 7 de Abril de 2020.
- Real Decreto-Ley 14/2020, de 14 de Marzo de 2020.
- Real Decreto-Ley 15/2020, de 21 de Abril de 2020.
- Real Decreto-Ley 16/2020, de 28 de Abril de 2020.
- Real Decreto-Ley 17/2020, de 5 de Mayo de 2020.
- Real Decreto-Ley 18/2020, de 12 de Mayo de 2020.
- Real Decreto-Ley 20/2020, de 29 de Mayo de 2020.
- Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de Junio de 2020.
- Real Decreto-Ley 22/2020, de 16 de Junio de 2020.
- Real Decreto-Ley 23/2020, de 23 de Junio de 2020.
- Real Decreto-Ley 24/2020, de 26 de Junio de 2020
- Real Decreto-Ley 25/2020, de 3 de Julio de 2020.
- Real Decreto-Ley 26/2020 de 7 de Julio de 2020.
- Real Decreto-Ley 27/2020, de 13 de Julio de 2020.

I. Nacionales.

- SCJN, “Estatuto de Gobierno del Distrito Federal. Junto con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Integra Bloque de Constitucionalidad en Materia Electoral”. Novena Época, Pleno, en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXV, Mayo de 2007.
- SCJN, “Juicio Contencioso Administrativo Federal. El Hecho de que la Ley que lo Rige No Prevea un Recurso Ordinario para Impugnar las Resoluciones que Emita el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, No Transgrede el Derecho a la Tutela Judicial Efectiva Contenido en el Artículo

25 de la Convención Americana de Derechos Humanos Ni los Preceptos 1, Puntos 1 y 2 de Dicho Instrumento, Ya que Para Ello el Particular Cuenta con el Juicio de Amparo Directo y el Recurso de Revisión Fiscal Adhesiva”. Novena Época, Tribunales Colegiados de Circuito, en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, Junio de 2011.

- SCJN, “Formalidades Esenciales del Procedimiento. Son las que Garantizan una Adecuada y Oportuna Defensa Previa al Acto Privativo”. Novena Época, Pleno, en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo II, Diciembre de 1995.
- SCJN, “Juicio Contencioso Administrativo Federal. Si la Sala Fiscal Advierte una Insuficiente Fundamentación de la Competencia de la Autoridad Administrativa y el Actor Hace Valer Cuestiones Atinentes al Fondo de la Controversia, Aquélla debe Analizar los Argumentos que Persigan una Declaratoria de Nulidad Lisa y Llana de la Resolución Impugnada, Atento al Principio Pro Actione y al Derecho a la Tutela Judicial Efectiva”. Novena Época, Tribunales Colegiados de Circuito, en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXI, Junio de 2010.
- SCJN, “Tratados Internacionales. Son Parte Integrante de la Ley Suprema de la Unión y se Ubican Jerárquicamente por Encima de las Leyes Generales, Federales y Locales. Interpretación del Artículo 133 Constitucional”. Novena Época, Pleno, en Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXV, Abril de 2007.

III. Extranjera.

i. España

- Tribunal Constitucional de España, “Recurso de amparo 2056-2020. Inadmite a trámite el recurso de amparo 2056-2020, promovido por la Central Unitaria de Trabajadores/as (CUT) en proceso contencioso-administrativo sobre ejercicio del derecho de manifestación.” AUTO 40/2020, de 30 de Abril de 2020.

C) Doctrina.

I. Manuales

- Benda, Ernesto, “Dignidad Humana y Derechos de la Personalidad”, en Benda, Ernesto et al., Manual de Derecho Constitucional, Segunda Edición, Marcial Pons, Madrid, 2001.
- Ferrer Mac-Gregor, Eduardo y Herrera García, Alfonso, “La Suspensión de Derechos Humanos y Garantías. Una Perspectiva de Derecho Comparado y Desde la Convención Americana de Derechos Humanos”, en Esquivel, Gerardo et al. (coords.), Cien Ensayos para el Centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Tomo 2, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas/Instituto Belisario Domínguez, México, 2017.

II. Monografías

- Álvarez García, Vicente, 2020, el Año de la Pandemia de la COVID-19 (Estudios Jurídicos), Iustel, Madrid, 2021
- Anderson, Bryan, Pandemics History: How Plague, Cholera, Spanish Flu of 1918, and Other Deadliest Pandemics Have Changed the World and its Society, s/e, 2020.
- Anversa, David, History of Pandemics. The Definitive Guide to Discover the Worst and Deadliest Epidemics and Pandemics that Changed Our World. From the Roman Empire to the Modern Era, Independently Published, 2020.
- Anversa, David, *The 1918 Spanish Influenza Pandemic. A Comprehensive Study of the Deadliest and Most Devastating Pandemic in Human History*, Independently Published, november 2020.
- Arnaldo Alcubilla, Enrique y CANOSA USERA, Raúl, El Derecho Constitucional ante el COVID-19. Las Diferentes Respuestas en el Ámbito Comparado, Wolters Kluwer España, Madrid, 2020.
- Bidart Campos, German J., Teoría General de los Derechos Humanos, Astrea, Buenos Aires, 1991.

- Boorse, Christopher, "On the Distinction between Disease and Illness", en Caplan, Arthur L Caplan, Arthur L. *et al.* (eds.), *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2004.
- Brachet-Márquez, Viviane, "Salud y Seguridad Social 1917-2008. ¿Quién Decide?", en Méndez, José Luis (coord.), *Los Grandes Problemas de México*, El Colegio de México, 2010.
- Brena Sesma, Ingrid, "Evolución del Derecho a la Salud en México. Doscientos Años", en García Ramírez, Sergio (coord.), *El Derecho en México. Dos Siglos (1810- 2010)*, Universidad Nacional Autónoma de México/Porrúa, México, 2010.
- Bryan, Cyril P. (translator), *Ancient Egyptian Medicine. The Papyrus Ebers*, Ares Publishers Inc., Chicago, 1974.
- Cano Valle, Fernando et al., *Medicina y Estructuras Jurídico-Administrativas en México, Hacia la Reforma Integral del Sistema de Salud Mexicano*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2014.
- Caplan, Arthur L. *et al.* (eds.), *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2004.
- Carbonell, José y Carbonell, Miguel, *El Derecho a la Salud: Una Propuesta para México*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2013.
- Carbonell, Miguel, *Los Derechos Fundamentales en México*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos/Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2004.
- Carpizo, Jorge, "Los Derechos Humanos: Naturaleza, Denominación y Características", en *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, Núm. 25, Julio-Diciembre, 2011.
- Carnelutti, Francesco, *Sistema de Derecho Procesal Civil*, traducción de Niceto Alcalá Zamora y Castillo y Santiago Sentís Melendo, Tomo I, UTEHA, Buenos Aires, 1944.

- Clouser, K. Danner et al., "Malady: A New Treatment of Disease", en Caplan, Arthur L. et al. (eds.), Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine, Georgetown University Press, Washington D.C., 2004.
- Cobo Olvera, Tomás, Los Principios de la Potestad Sancionadora. Su aplicación a las Infracciones y Sanciones por Incumplimiento de las Normas Dictadas Durante el Estado de Alarma (COVID-19), Aferre, Barcelona, 2020.
- Cunha, Cheston B. y Cunha, Burke A., "The Great Plagues of the Past: Remaining Questions", en Drancourt, Michel y Raoult, Didier (eds.), Paleomicrobiology: Past Human Infections, Elsevier, New York, 2007.
- De Dienheim Barriguete, Cuauhtémoc Manuel, "La Protección Internacional de los Derechos Humanos", en FIX-ZAMUDIO, Héctor, et al. (Coords.), Protección Internacional de los Derechos Humanos, Librería Editora Platense, La Plata, 2007.
- Delaet, Debra L. y Delaet, David E., Global Health in the 21st Century. The Globalization of Disease and Wellness, Routledge, New York, 2012.
- Echániz Salgado, José I., "Política Sanitaria: La Reforma de la Sanidad", en VV.AA., Políticas Sociales y Estado de Bienestar en España. Memoria de 1999, Trotta, Madrid.
- Engels, Friedrich, Situación de la Clase Obrera en Inglaterra, Akal, Madrid, 1976.
- Escobar Roca, Guillermo, "Los Derechos Fundamentales Sociales de Prestación (Doctrina General)", en Escobar Roca, Guillermo (Dir.), Derechos Sociales y Tutela Antidiscriminatoria, Thomsom Reuters Aranzadi, Madrid, 2012.
- Favoreau, Louis, "Le Principe de Constitutionnalité. Essai de Définition d'après la Jurisprudence du Conseil Constitutionnel", en AA.VV., Mélanges Eisenmann, Cujas, 1975.
- Ferrajoli, Luigi, Diritti Fondamentali. Un Dibattito Teorico, Laterza, Roma-Bari, 2001.
- Garrido López, Carlos, et al. (Coords.), Exepcionalidad y Derecho: El Estado de Alarma en España, Fundación Manuel Giménez Aband, Zaragoza, 2021.

- George y Dean, Paul, *Globalization: A Basic Text*, 2nd. Edition, Wiley-Blackwell, Chichester, 2015.
- Gibbon, Edward, *Decandencia y Caída del Imperio Romano*, Vol. I, Cuarta Edición, Atalanta, Girona, 2012.
- Gottfried, Robert S., *The Black Death. Natural and Human Disaster in Medieval Europe*, The Free Press, New York/London/Toronto/Sydney, 1985.
- Gustafson-Brown, Cindy, *HIV/AIDS Pandemic: Origins, Science, and Global Impact*, Second Edition, Cognella Academic Publishing, 2013.
- Harper, Kyle, *The Fate of Rome: Climate, Disease, and the End of an Empire*, Princeton University Press, Princeton, 2017.
- Horrox, Rosemary, *The Black Death*, Manchester University Press, 1994.
- Jiménez García, Joel Francisco, “La Normativa Mexicana ante las Emergencias Sanitarias”, en Brena Sesma, Ingrid (coord.), *Emergencias Sanitarias*, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2013.
- Kant, Immanuel, *The Metaphysics of Morals*, Translated and Edited by Mary Gregor, Cambridge, 1996.
- Kaser, Michael, *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europa*, Croom Helm, London, 1976.
- Kenneth C., Davies, *More Deadly than War. The Hidden History of the Spanish Flu and the First World War*, Henry Holt and Company, New York, 2018.
- Kettunen, Pauli y Aunesloma, Juhana, “History in the Cold War and the Cold War in the Presente”, en Aunesloma, Juhana y Kettunen, Pauli (ed.), *The Cold War and the Politics of History*, University of Helsinki/Edita Publishing, Helsinki, 2008.
- Le Roy Ladurie, Emmanuel, *The Mind and Method of the Historian*, Harvester, London, 2017.
- Lema Añón, Carlos, *Apogeo y Crisis de la Ciudadanía de la Salud. Historia del Derecho a la Salud del Siglo XX*, Universidad Carlos III/Instituto de Derechos Humanos “Bartolomé de las Casas”/Editorial Dykinson, Madrid.

- Lester, Gillian, “Foreword”, en Pistor, Katharina (ed.), *Law in the Time of COVID-19*, Columbia Law School, New York, 2020.
- Maquiavelo, Nicolas, *Discursos sobre la primera década de Tito Livio*, Akal Ediciones, 2016.
- Martín Moreno, José María y Gorgojo Jiménez, Lydia, “Las Pandemias de Gripe: Situación Epidemiológica Mundial y Retos Inmediatos”, en Grisolia, Santiago (dir.), *La Gripe Aviaria: Un Reto de Salud Pública*, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, 2006.
- McKeown, Thomas, *The Modern Rise of Population*, Edward Arnold, London, 1976.
- McMillen, Christian W., *Pandemics: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2016.
- McNeill, William H., *Plagues and Peoples*, Third Edition, Anchor Books Editions, Garden City, 1998.
- Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud*, Cámara de Diputados/Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2000.
- Mordacci, Roberto y Sobel, Richard, “Health: A Comprehensive Concept”, en *Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine*. Eds. Arthur L. Caplan, James J. McCartney and Dominic A. Sisti. Washington, DC: Georgetown University Press, 2004.
- Nogueira Alcalá, Humberto, *La Interpretación Constitucional de los Derechos Humanos*, Ediciones Legales, Lima, 2009.
- Oldstone, Michael B. A., *Viruses, Plagues & History. Past, Present and Future*, Revised and Updated Edition, Oxford University Press, 2009.
- Oldstone, Michael B. A., *Viruses, Plagues, and History. Past, Present and Future*, Oxford University Press, Oxford, 2010.
- Quammen, Davi, *Contagio: La Evolución de las Pandemias*, Debate, México, 2020.

- Peces-Barba, Gregorio, Curso de Derechos Fundamentales. Teoría General, Madrid, Universidad Carlos-III de Madrid/Boletín Oficial del Estado, 1999.
- Pellegrino, Edmund D., "Foreword: Renewing Medicine's Basic Concepts", en: *Caplan AL, McCartney JJ, Sisti DA, editors. Health, disease, and illness: concepts in medicine*. Washington, D.C.: Georgetown University Press; 2004.
- Pemán Gavín, Juan, Derecho a la Salud y Administración Sanitaria, Publicaciones del Real Colegio de España, Bolonia, 1989.
- Pérez Luño, Antonio-Enrique, "La Evolución del Estado Social y las Transformaciones de los Derechos", en Olivas, Enrique (ed.), *Problemas de Legitimación del Estado Social*, Trotta, Madrid, 1991.
- Pérez Luño, Antonio-Enrique, "La Universalidad de los Derechos Humanos", en López García, José Antonio y Del Real, Alberto (eds.), *Los Derechos: entre la Ética, el Poder y el Derecho*, Dykinson, Madrid, 2000.
- Porter, Dorothy, *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Routledge, London and New York, 1999.
- Retief, Francois Pieter y Cilliers, Louise, "The Epidemic of Justinian (542): A Prelude to the Middle Ages", en *Acta Theologica. Supplementum 7*, March, 2010.
- Ritzer, George y Dean, Paul, *Globalization: A Basic Text*, 2nd. Edition, Wiley-Blackwell, Chichester, 2015.
- Rodríguez Ayuso, Juan F. y Atienza Macias, Elena, *Retos Jurídicos ante la Crisis del COVID-19*, Wolters Kluwer, Madrid, 2020.
- Rosen, George, *A History of Public Health*, John Hopkins University Press, Baltimore and London, 1993.
- Rubin, Harvey, *Future Global Shocks: Pandemics*, OECD/IFP, Pennsylvania, 2011.
- Ryu, Wang-Shick, *Molecular Virology of Human Pathogenic Viruses*, Academic Press/Elsevier, London/San Diego/Cambridge/Oxford, 2016.
- Schevill, Ferdinand (ed.), *The First Century of Italian Humanism*, F.S. Crofts & Co., New York, 1928.

- Serna de la Garza, José María, El Sistema Federal Mexicano. Un Análisis Jurídico, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2008
- Steger, Manfred B., Globalization: A Very Short Introduction, 4th. Edition, Oxford University Press, Oxford, 2017.
- Tortora, Gerard et al., Microbiology. An Introduction, 13th. Edition, Pearson, Harlow, 2018.
- Yáñez Campero, Valentín, La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000.
- Vázquez, Luis Daniel y Serrano, Sandra, “Los Principios de Universalidad, Interdependencia, Indivisibilidad, y Progresividad. Apuntes para su Aplicación Práctica”, en Carbonell, Miguel y Salazar, Pedro (coords.), La Reforma Constitucional de Derechos Humanos: Un Nuevo Paradigma, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2011.
- Victoria Maldonado, Jorge Alfonso, Hablemos sobre Discapacidad y Derechos Humanos, Flores, México, 2015.
- Villarreal Lizárraga, Pedro Alejandro, Pandemias y Derecho: Una Perspectiva de Gobernanza Global, Instituto de Investigaciones Jurídicas/Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2019.
- Wilkinson, Annie, *Lassa Fever: The Politics of an Emerging Disease and the Scope for One Health*, STEPS Working Paper 83, STEPS, Brighton, 2015.
- Zimmer, Carl, A Planet of Viruses, 2nd. Edition, The University of Chicago Press, Chicago and London, 2015.

III. Revistas especializadas.

- Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, “El Derecho a la Atención Sanitaria como Derecho Exigible”, en La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo, Año LXV, Núm. 119, 25 de Junio de 2001.

- Abramovich, Víctor y Pautassi, Laura, "Judicial Activism in the Argentine Health System: Recent Trends", *Health and Human Rights*, Vol. 10, No. 2, January, 2008.
- Accinelli, Roberto Alfonso *et al.*, "COVID-19: La Pandemia por el Nuevo Virus SARS-CoV-2", en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 37, No. 2, 2020.
- Alonso Reynoso, Carlos, "La Influenza A (H1N1) y las Medidas Adoptadas por las Autoridades Sanitarias", en *Desacatos*, Núm. 32, Enero-Abril, 2010.
- Aragón-Nogales, Ranferi *et al.*, "COVID-19 por SARS-CoV-2: la Nueva Emergencia de Salud", en *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 86, Núm. 6, 2020.
- Artsob, H. *et al.*, "West Nile Virus in the New World: Trends in the Spread and Proliferation of West Nile Virus in the Western Hemisphere", en *Zoonoses and Public Health*, Vol. 56, 2009.
- Barona Vilar, S., "Justicia Civil Post-Coronavirus, de la Crisis a Alguna de las Reformas que se Avizoran", en *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 12 bis, Mayo, 2020
- Barquet, Nicolau y Domingo, Pere, "Smallpox: The Triumph over the Most Terrible of the Minister of Death", en *Annals of Internal Medicine*, Vol. 127, No. 8, 1997.
- Barricarte, A., "Gripe Aviar: la Pandemia que Viene", en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 29, No. 1, Enero-Abril, 2006.
- Bell, Diana *et al.*, "Animal Origins of SARS Coronavirus: Possible Links with the International Trade in Small Carnivores", en *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, Vol. 359, 2004.
- Benedictow, Ole, "The Black Death. The Greatest Catastrophe Ever", en *History Today*, Vol. 55, Número 3, 2005.
- Bi, Zhenqiang *et al.*, "Hantavirus Infection: A Review and Global Update", en *The Journal of Infection in Developing Countries*, Vol. 2, No. 1, 2008.
- Bratanich, Ana, "MERS-CoV: Transmisión y el Papel de Nuevas Especies Hospederas", en *Revista Argentina de Microbiología*, Vol. 47, Núm. 4, 2015.

- Brundage, John F. y Shanks, G. Dennis, "Deaths from Bacteria Pneumonia during 1918-1919 Influenza Pandemic", en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 14, No. 8, August, 2008.
- Calderón Jiménez, Ana Gabriela, "Chikungunya Virus", en *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, Vol. LXXII, Núm. 614, 2015.
- Capps, Joseph A. y Moody, A. M., "The Recent Epidemic of Grip", en *Journal of American Medical Association*, Vol. 67, 1916.
- Carpizo, Jorge, "Los Derechos Humanos: Naturaleza, Denominación y Características", en *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, Núm. 25, Julio-Diciembre, 2011.
- Casillas, S. et al., "Gripe Aviar: lo que un Intensivista debe Conocer", en *Medicina Intensiva*, Vol. 32, Núm. 4, 2008.
- Castillo Córdova, Luis Fernando, "¿Existen los Llamados Conflictos entre Derechos Fundamentales?", en *Cuestiones Constitucionales*, Núm. 12, Enero-Junio, 2005.
- Charu, Vivek et al., "Mortality Burden of the A/H1N1 Pandemic in Mexico: A Comparison of Deaths and Years of Life Lost to Seasonal Influenza", en *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 53, No. 10, November, 2011.
- Chun J. W. H., "Influenza, Including its Infection among Pigs", en *National Medical Journal of China*, Vol. 5, 1919.
- Cichon, Michael y Normand, Charles, "Between Beveridge and Bismarck – Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe", en *World Health Forum*, Vol. 15, February, 1994.
- CRUZ VILLALÓN, P. "El Nuevo Derecho de Excepción", en *Revista Española de Derecho Constitucional*, No. 2, 1981.
- Cunha, Cheston B. y Opal, Steven M., "Middle East Respiratory Syndrome (MERS). A New Zoonotic Viral Pneumonia", en *Virulence*, Vol. 5, No. 6, Agosto, 2014.
- De Currea-Lugo, Víctor, *La Salud como Derecho Humano. 15 Requisitos y una Mirada a la Reforma*, Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, Núm. 32, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.

- Díaz-Castrillón, Francisco Javier y Toro Montoya, Ana Isabel, “SARS-CoV-2/COVID-19: el Virus, la Enfermedad y la Pandemia”, en *Medicina & Laboratorio*, Vol. 24, No. 3, 2020.
- Elizondo Mayer-Serra, Carlos, “El Derecho a la Protección de la Salud”, en *Salud Pública de México*, Vol. 49, Núm. 2, Marzo, 2007.
- Favoreau, Louis, “Legalidad y Constitucionalidad. La Constitucionalización del Derecho”, en *Cuadernos del Instituto de Estudios Constitucionales*, No. 59, Bogotá, 2000.
- Frost, W. H., “Statistics of Influenza Morbidity”, en *Public Health Reports*, Vol. 35, No. 11, March 12, 1920.
- García Apac, Coralith *et al.*, “Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)”, en *Revista Médica Herediana*, Vol. 14, Núm. 2, 2003.
- González Valdés, Laura Margarita *et al.*, “La influenza A (H1N1): Estado Actual del Conocimiento”, en *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, Vol. 14, Núm. 1, Enero-Marzo, 2010.
- Gottlieb, M. S. *et al.*, “*Pneumocystis Carinii* Pneumonia and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men-Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency”, en *New England Journal of Medicine*, Vol. 305, No. 24, December.
- Gottlieb, M. S. *et al.*, “Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles”, en *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 30, No. 21, June 5, 1981.
- Green, Monica H., “Editor’s Introduction to Pandemic Disease in the Medieval World: Rethinking the Black Death”, en *The Medieval Globe*, Volume 1, 2014.
- Horcajada, Juan Pablo y Padilla, Belén, “Endemia y Epidemia. Investigación de un Brote Epidémico Nosocomial”, en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Vol. 31, Núm. 3, 2013.
- Jonsson, Colleen B. *et al.*, “A Global Perspective on Hantavirus Ecology, Epidemiology, and Disease”, en *Clinical Microbiology Review*, Vol. 23, No. 2, April, 2010.

- Kelly, Morgan y Ó Gráda, Cormac, "The Poor Law of Old England: Institutional Innovation and Demographic Regimes", en *Journal of Interdisciplinary History*, Vol. 41, No. 3, december, 2011.
- Kilbourne, Edwin D., "Influenza Pandemics of the 20th. Century", en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 12, No. 1, January, 2006.
- Kirby, Michael, "The Right to Health Fifty Years On: Still Skeptical?", en *Health and Human Rights Journal*, Vol. 4, No. 1, 1999.
- Kolbach, Marianne *et al.*, "Ébola: Caracterización, Historia y Manifestaciones Cutáneas; lo que Debemos Saber", en *Revista Médica de Chile*, Núm. 143, 2015.
- Kumar O. R., Vinodh *et al.*, "SARS-CoV-2 (COVID-19): Zoonotic Origin and Susceptibility of Domestic and Wild Animals", en *Journal of Pure and Applied Microbiology*, Vol. 14 (Special Edition), may, 2020.
- Laurell, Asa Cristina, "Health Reform in México. The Promotion of Inequality", en *International Journal of Health Services*, Vol. 31, No. 2, 2001.
- Le Guenno, Bernard, "Emerging Viruses", en *Scientific American*, Vol. 273, Vol. 4, October, 1995.
- Leal Becker, Rodrigo, "Breve Historia de las Pandemias", en *Psiquiatría*, Vol. 24, 2020.
- Leary, Virginia A., "Justicibialidad y Más Allá: Procedimiento de Quejas y Derecho a la Salud", en *Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, Núm. 55, Diciembre, 1995.
- Little, Lester K., "Plague Historians in Lab Coats", en *Past and Present*, Núm. 213, November 2011.
- Littman, Robert J., "The Plague of Athens: Epidemiology and Paleopathology", en *Mount Sinai Journal of Medicine*, Vol. 76, 2009.
- Littman, R. J. y Littman, M. L., "Galen and the Antonine Plague", en *American Journal of Philology*, Vol. 94, Núm. 3, 1973.
- London, Leslie, "What is a Human Rights-Based Approach to Health and Does it Matter?", en *Health and Human Rights Journal*, Vol. 10, No. 1, 2008.

- Lüthy, Isabel A. et al., “A Cien Años de la Gripe Española”, en *Medicina*, Vol. 78, Núm. 2, 2018.
- Malla, Ashwini et al., “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An Emerging Zoonotic Respiratory Pathogen in Humans”, en *Journal of Pure and Applied Microbiology*, Vol. 14 (Special Edition), May, 2020.
- Martínez Fernández, Liodelvio y Torrado Navarro, Yeimy Paola, “Fiebre Chikungunya”, en *Revista Cubana de Medicina*, Vol. 54, Núm. 1, 2015.
- Mejías Estévez, Manuel José et al., “la Pandemia de Gripe de 1918: Mitos y Realidades desde la Literatura Científica”, en *Journal of Negative & No Positive Results*, Vol. 3, No. 8, 2018.
- Mohaja, Haradhan Kumar, “The First Industrial Revolution: The Creation of a Global Human Era”, en *Journal of Social Sciences and Humanities*, Vol. 5, No. 4, 2019.
- Moreno-Sánchez, Francisco et al., “Las Grandes Epidemias que Cambiaron al Mundo”, en *Anales Médicos*, Vol. 63, No. 2, Abril-Junio, 2018.
- Murillo Villanueva, Brenda y Almonte, Leobardo de Jesús, “Gasto Público en Salud y su Composición, el Caso de México”, en *Economía Actual*, Año 13, Número 3, Julio-Septiembre, 2020.
- Olusola Olayiwola, J. y Bakarey, A. S., “Epidemiological Trends of Lassa Fever Outbreaks and Insights for Future Control in Nigeria”, en *International Journal of Tropical Disease and Health*, Vol. 24, No. 4, January, 2017.
- Pelé, Antonio, “Una Aproximación al Concepto de Dignidad Humana”, en *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, N. 1, Diciembre-Enero, 2004.
- Pereira, M. et al., “Influenza Surveillance”, en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 56, No. 2, 1978.
- Pérez y Soto Domínguez, Alejandro y Calderón Ossa, Yenny Andrea, “El Concepto de Seguridad Social: Una Aproximación a sus Alcances y Límites”, en *Iustitia*, Enero-Diciembre, 2012.

- Pino Campos, Luis Miguel y Hernández González, Justo Pedro, “En Torno al Significado Original del Vocablo Griego Epidēmía y su Identificación con el Latino Pestis”, en *Dynamis*, Vol. 28, 2008.
- Rosen, George, “Political Order and Human Health in Jeffersonian Thought”, en *Bulletin of the History of Medicine*, No. 26, 1952.
- Rubio Llorente, Francisco, “El Bloque de Constitucionalidad”, en *Revista Española de Derecho Constitucional*, Número 27, Septiembre–Diciembre de 1989.
- Sáez, Andrés, “La Peste Antonina: Una Peste Global del Siglo II d. C.”, en *Revista Chilena de Infectología*, Vol. 33, Núm 2, 2016.
- Sánchez-David, Carlos E., “La Muerte Negra. ‘El Avance de la Peste’”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol.16, No.1, 2008, Enero-Junio, 2008.
- Sharp, Paul M. y Hahn, Beatrice H., “Origins of the HIV and the AIDS Pandemic”, en *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, Vol. 1, No. 1, September, 2011.
- Shoja, Mohammadali *et al.*, “The Roman Empire Legacy of Galen (129-200 AD)”, en *Child's Nervous System, Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, Vol. 31, Núm. 1, Julio 2015.
- Simón Domínguez, Jesús I. *et al.*, “Cómo Estimar la Letalidad del COVID-19”, en *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina en Laboratorio*, Vol. 67, Núm. 1, 2020.
- Taubenberger, Jeffrey K. y Morens, David M., “1918 Influenza: The Mother of All Pandemics”, en *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 12, No. 1, January, 2006.
- Teruel Lozano, Germán M., “Los decretos-leyes en la crisis del coronavirus: perspectiva constitucional”, en *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, No. 8, Junio 2020.
- Tirado, Francisco y Cañada, José A., “Epidemias: Un Nuevo Objeto Sociotécnico”, en *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 56, Mayo-Agosto, 2011.

- Tomás Pumarola, Andrés Antón, “La Pandemia de Gripe de 1918. Una Incógnita 100 años Después”, en *Revista de Enfermedades Emergentes*, Vol. 17, Número 2, 2018.
- Viboud, Cécile *et al.*, “Global Mortality Impact of the 1957–1959 Influenza Pandemic”, en *The Journal of Infectious Diseases*, Vol 213, No. 1, March, 2016.
- Villar Borda, Luis, “Estado de Derecho y Estado Social de Derecho”, en *Revista Derecho del Estado*, No. 20, Diciembre, 2007.
- Wahid, Braira *et al.*, “Global Expansion of Chikungunya Virus: Mapping the 64-year History”, en *International Journal of Infectious Diseases*, Vol. 58, 2017.
- Waldvogel, Francis A., “Infectious Diseases in the 21st Century: Old Challenges and New Opportunities”, en *International Journal of Infectious Diseases*, Vol. 8, 2004.
- Weiner, Dora B., “Le Droit de l’Homme á la Santé. Une Belle Idée Devant l’Assamblée Constituante: 1790-1791”, en *Clio Medica*, Vol. 5, 1970.
- Wu, Zunyou y McGoogan, Jennifer M., “Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention”, en *Journal of the American Medical Association*, Vol. 323, No. 13, 2016.
- Young, J. C. *et al.*, “New World Hantaviruses”, en *British Medical Bulletin*, Vol. 54, No. 2, 1998.
- Zilli Montero, Renata, “¿La Era Post COVID-19?”, en *Globalitika. Análisis e Investigación*, Julio, 2020

D) Documentos varios.

- Boletín No. 4, CONAMED – OPS, Enero – Febrero, 2016.
- Comité de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Doc. HRI/GEN/1/Rev. 7, de fecha 26 de Mayo de 2004.

- Corte IDH, Caso Acosta Calderón contra Ecuador, sentencia de 24 de Junio de 2005.
- Corte IDH, Caso Boyce y Otros contra Barbados, sentencia de 20 de Noviembre de 2007.
- Corte IDH, Caso Bulacio contra Argentina, sentencia de 18 de Septiembre de 2003.
- Corte IDH, Caso Hilaire, Constantine y Benjamin y Otros contra Trinidad y Tobago, sentencia de 21 de Junio de 2002.
- Corte IDH, Caso Kimel contra Argentina, sentencia de 2 de Mayo de 2008.
- Corte IDH, Caso La Cantuta contra Perú, sentencia del 29 de Noviembre de 2006.
- Corte IDH, Caso Los Hermanos Gómez Paquiyauri contra Perú, sentencia de 8 de Julio de 2004.
- Corte IDH, Caso Mejía Idrovo contra Ecuador, sentencia de 5 de Julio de 2011.
- Corte IDH, Caso Myrna Mack Chang contra Guatemala, sentencia de 25 de Noviembre de 2003.
- Corte IDH, Caso Trabajadores Cesados del Congreso (Aguado Alfaro y Otros) contra Perú, sentencia del 24 de Noviembre de 2006.
- Corte IDH, El Habeas Corpus bajo Suspensión de Garantías (Arts. 27.2, 25.1 y 7.6 Convención Americana de Derechos Humanos, OC-8/87 del 30 de Enero de 1987, Serie A, Número 8.
- Diario Oficial de la Federación, Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el Virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia, de 19 de Marzo de 2020.
- Estatuto de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, aprobado mediante Resolución No. 448 adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en su noveno período de sesiones, celebrado en La Paz, Bolivia, Octubre de 1979.

- Ministerio de Sanidad del Reino de España, Centro de Coordinación y Alertas Sanitarias, Información Científica-Técnica. Enfermedad por Coronavirus, COVID-19, Madrid, 12 de Noviembre de 2020.
- Organización Mundial de la Salud, Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza. Documento de Orientación de la OMS, Programa Mundial de Influenza, Ginebra, 2009.
- Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, “Acuerdo Administrativo por el que se Establecen Diversas Acciones ante la Pandemia del SARS COV2 (Covid-19) en el Estado de Michoacán”, de 30 de Marzo de 2020.
- Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo “Acuerdo General del Pleno del Poder Judicial del Estado de Michoacán que Determina Acciones y Medidas de Carácter Temporal sobre la Contingencia de la Propagación de la Pandemia Generada por el Virus COVID-19”, de 18 de Marzo de 2020.
- Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, “Decreto por el que se Declara el Aislamiento Obligatorio ante la Pandemia del Virus SARS-COV2 (COVID-19)”, de 20 de Abril de 2020.
- Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo “Decreto que Establece una Nueva Convivencia en el Estado de Michoacán de Ocampo”, de 1 de Junio de 2020.
- Poder Judicial Español, Acuerdos de la Comisión Permanente del CGPJ de 18 de Marzo de 2020.
- Resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptada el 10 de Diciembre de 1948.
- Resolución WHA22.46, en *Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud*, No. 176, 22ª. Asamblea Mundial de la Salud, Boston, Massachusetts, 8-25 de Julio de 1969, Parte I, Resoluciones y Decisiones. Anexos, Ginebra, Noviembre de 1969.
- Shope, Richard E., “The Influenza Viruses of Swine and Man”, en *Harvey Lectures*, Series 30, 1935–1936.

E) Fuentes electrónicas y cibernéticas.

- Axa Health Keeper, “La Definición de Salud según la OMS - Infografía”, disponible en la siguiente página de internet: www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-segun-la-oms-infografia/
- Bahuon, Céline *et al.*, “West Nile Virus Infection”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.researchgate.net/publication/300637438_West_Nile_Virus_Infection
- Banchetti, Marina P., “The ‘Bill of Rights’ and the ‘Declaration of the Rights of Man and of the Citizen’: A Comparison and Contrast”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.researchgate.net/publication/275954268_The_Bill_of_Rights_and_the_Declaration_of_the_Rights_of_Man_and_of_the_Citizen_A_Comparison_and_Contrast
- Beagle, Jan, “A Rule of Law Based Response to the COVID-19 Pandemic. Statement”, IDLO, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.un.org/ruleoflaw/wp-content/uploads/2020/05/IDLO-Policy-Statement_A-Rule-of-Law-Based-Response-to-COVID-19.pdf
- “Black Death”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://resources.saylor.org/wwwresources/archived/site/wp-content/uploads/2011/06/Black-Death.pdf>
- Boletín Oficial Del Estado, Orden SDN/29/2020, disponible en la siguiente página web: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/28/pdfs/BOE-A-2020-4162.pdf>
- Calaza López, S. “Ejes esenciales de la justicia post-COVID(1)”. Diario La Ley, Noviembre, 2020, disponible en la siguiente página de internet: <https://diariolaley.laleynext.es/dli/2020/11/17/ejes-esenciales-de-la-justicia-post-covid1>
- Centers for Disease Control and Prevention, “First Global Estimates of 2009 H1N1 Pandemic Mortality Released by CDC-Led Collaboration”, en línea,

disponible en la siguiente página de internet: <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/pandemic-global-estimates.htm>

- Centers for Disease Control and Prevention, “Ten Years of Gains: A Look Back at Progress Since the 2009 H1N1 Pandemic”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/2018-2019/decade-since-h1n1-pandemic.html#NEWFluSurvNETandburdenofinfluenza>
- Da Rosanna, N., “Morte Nera: Scoperto un Effetto Sulle Donne Medievali della Peste”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://focustech.it/2017/11/12/morte-nera-scoperto-un-effetto-sulle-donne-medievali-della-peste-160940>
- De Benito, Emilio, “Una Vacuna contra el VIH Llega a la Última Fase de Ensayos por Primera Vez en Más de 10 Años”, en *El País*, 1º. de Diciembre de 2020, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://elpais.com/sociedad/2020-12-01/una-vacuna-contra-el-vih-llega-a-la-ultima-fase-de-ensayos-por-primera-vez-en-mas-de-10-anos.html>
- Decreto-Ley 6/2020, del 10 de Marzo de 2020, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/10/6>
- El País, “El Constitucional avala prohibir manifestaciones sin garantías frente al contagio”, de 1 de Mayo de 2020, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://elpais.com/espana/2020-04-30/el-constitucional-avala-prohibir-manifestaciones-sin-garantias-frente-al-contagio.html>
- Real Decreto-Ley 7/2020, del 12 de Marzo de 2020, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/12/7/con>
- Real Decreto-Ley 7/2020, del 12 de Marzo en línea, disponible en la siguiente página web: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/12/7/con>
- Encyclopaedia Britannica, “Ebers Papyrus”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://www.britannica.com/topic/Ebers-papyrus>
- FDA, “FDA Takes Key Action in Fight Against COVID-19 By Issuing Emergency Use Authorization for First COVID-19 Vaccine”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.fda.gov/news->

events/press-announcements/fda-takes-key-action-fight-against-covid-19-issuing-emergency-use-authorization-first-covid-19

- FDA, “FDA Takes Additional Action in Fight Against COVID-19 By Issuing Emergency Use Authorization for Second COVID-19 Vaccine”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-additional-action-fight-against-covid-19-issuing-emergency-use-authorization-second-covid>
- Fuentes, Mario Luis, “Mortalidad por VIH-Sida, ¿Tendencia al Alza?; entre 2009 y 2018 Murieron 48,939”, en *Excelsior*, 3 de Diciembre de 2019, en línea, disponible en la siguiente página de internet: [https://www.excelsior.com.mx/nacional/mortalidad-por-vih-sida-tendencia-al-alza-entre-2009-y-2018-murieron48939/1351016#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20informaci%C3%B3n,fallecieron%20\(36%25\)%20y%20de](https://www.excelsior.com.mx/nacional/mortalidad-por-vih-sida-tendencia-al-alza-entre-2009-y-2018-murieron48939/1351016#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20informaci%C3%B3n,fallecieron%20(36%25)%20y%20de)
- Gobierno de México, “Se Declara como Emergencia Sanitaria la Epidemia Generada por COVID-19. Actividades Esenciales”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://coronavirus.gob.mx/medidas-de-seguridad-sanitaria/>
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom, “Alocución de Apertura del Director General de la OMS en la Rueda de Prensa sobre la COVID-19 Celebrada el 11 de Marzo de 2020”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Johns Hopkins University of Medicine, Coronavirus Resource Center, “COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- La Moncloa, “La aplicación móvil de alerta de contagios Radar COVID supera su fase de pruebas cumpliendo todos los objetivos marcados”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/asuntos-economicos/Paginas/2020/030820-app-COVID.aspx>

- La Moncloa, “La aplicación oficial de autodiagnóstico AsistenciaCOVID-19, disponible ya en cinco nuevas comunidades autónomas”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/asuntos-economicos/Paginas/2020/060420-asistencia-COVID19.aspx>
- López Sánchez, Gonzalo, “¿Son las Nuevas Variantes de Coronavirus un Motivo para Preocuparse?”, en *ABC Ciencia*, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.abc.es/ciencia/abci-nuevas-variantes-coronavirus-motivo-para-preocuparse-202101020129_noticia.html#vca=254522&vso=nw&vmc=20210102200003-0100-100-coronavirus_0425&vli=re_pe-not-1-img-gde&vus=3942e88e4c9a49aca0cca162e64b83ff
- Martínez, Nurit, “Uno de Cada Cinco Médicos en México Contrajo Covid-19 en 2020”, en *El Sol de México*, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/uno-de-cada-cinco-medicos-en-mexico-contrajo-covid-19-en-2020-6193616.html>
- Mayo Clinic, “Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19). Síntomas y Causas”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.Mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, “The Right to Health”, Factsheet No. 31, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <http://www.Ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, “DR Congo: Ebola Outbreak - Jun 2020”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://reliefweb.int/disaster/ep-2020-000144-cod>
- Organización Mundial de la Salud, “Ebola Response Roadmap - Situation Report Update 3 December 2014”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://reliefweb.int/report/liberia/ebola-response-roadmap-situation-report-update-3-december-2014>
- Organización Mundial de la Salud, “Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas con Tendencia Epidémica y Pandémica Durante la

Atención Sanitaria. 2014”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>

- Organización Mundial de la Salud, “Temas de Salud. Derechos Humanos”, disponible en la siguiente página de internet: http://www.who.int/topics/human_rights/es/
- Organización Mundial de la Salud, “Transmisión del SARS-CoV-2: Repercusiones sobre las Precauciones en Materia de Prevención de Infecciones. Reseña Científica, 9 de Julio de 2020”, p. 1, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf?
- Organización Mundial de la Salud, “¿Qué es una Pandemia?”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Requeijo, Á. y Villarrubia, M., “COVID-19: Ha Llegado el Momento de la Mediación”, 16 de Junio de 2020, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.hayderecho.com/2020/06/15/COVID-19-ha-llegado-el-momento-de-la-mediacion/>
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), “Global HIV & AIDS statistics – 2020 fact sheet”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Universidad de Luxemburgo, “The Cold War (1945-1989)”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.cvce.eu/content/publication/2011/11/21/6dfe06ed-4790-48a4-8968-855e90593185/publishable_en.pdf
- Voz “Influenza”, en línea, disponible en la siguiente página web: <https://dicciomed.usal.es/palabra/>
- World Health Organization, “How the 4 Biggest Outbreaks Since the Start of this Century Shattered Some Long-standing Myths”, en línea, disponible en

la siguiente página de internet: <https://www.who.int/news/item/01-09-2015-how-the-4-biggest-outbreaks-since-the-start-of-this-century-shattered-some-long-standing-myths>

- World Health Organization/Regional Office for Europe, “Chikungunya in the WHO European Region”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/246164/Fact-sheet-Chikungunya-Eng.pdf?ua=1
- World Health Organization, “What is ‘Herd Immunity’?”, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19#:~:text='Herd%20immunity'%2C,exposing%20them%20to%20it>.
- World Justice Project, en línea, disponible en la siguiente página de internet: <https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/country/2021>

F) Diccionario:

- Bermejo Latre, José Luis, “Sistemas de Salud”, en Romeo Casabona, Carlos María (Dir.), Enciclopedia de Bioderecho y Bioética, Tomo II, Comares, Granada, 2011.
- Diccionario Jurídico Mexicano, Porrúa/Universidad Autónoma de México, México, 2000.