

101/2020

10 de julio de 2020

*Edgar Jiménez García **

Cisnes negros: Ébola y COVID-19

[Visitar la WEB](#)

[Recibir BOLETÍN ELECTRÓNICO](#)

Cisnes negros: Ébola y COVID-19

Resumen:

La pandemia de la COVID-19 que actualmente estamos viviendo, presenta importantes similitudes con la epidemia de ébola que azotó África Occidental entre los años 2013 y 2016. Este artículo busca señalar y analizar los puntos en común de ambas crisis, destacando su aparición repentina, el hecho de que ambas son «enfermedades del cuidador» y que ambas tuvieron que ser afrontadas con unos medios insuficientes.

Una vez se han señalado estas debilidades estructurales, se propone una serie de medidas de refuerzo sistémico que conciernen tanto a las capacidades sanitarias nacionales de cada país, como a la estructura y las leyes internacionales; destacando especialmente el papel de la OMS y del Reglamento Sanitario Internacional.

Palabras clave:

Ébola, coronavirus, pandemia, epidemia, COVID-19.

***NOTA:** Las ideas contenidas en los *Documentos de Opinión* son responsabilidad de sus autores, sin que reflejen necesariamente el pensamiento del IEEE o del Ministerio de Defensa.

Black Swans: Ebola and COVID-19

Abstract:

The COVID-19 pandemic that we are currently suffering bears important similitudes to the Ebola epidemic that shook Western Africa in 2013-2016. This article aims to highlight and analyse the common grounds of both crises, highlighting their sudden appearance, the fact that both diseases qualify as “caregiver’s diseases” and that they were faced with an important lack of resources.

Once these structural vulnerabilities have been highlighted, this article proposes some points of systemic reinforcement, concerning both the national healthcare systems’ capacities and the international level, paying especial attention to the role of the WHO and of the International Health Regulations.

Keywords:

Ebola, coronavirus, pandemics, epidemics, COVID-19.

Cómo citar este documento:

JIMÉNEZ GARCÍA, Edgar. *Cisnes negros: Ébola y COVID-19*. Documento de Opinión IEEE 101/2020
http://www.ieeee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2020/DIEEEO101_2020EDGJIM_ebola.pdf
y/o [enlace bie](#)³ (consultado día/mes/año)

Introducción: heraldos de la COVID-19

Durante mucho tiempo se creyó que los cisnes solamente podían ser blancos hasta que se encontraron cisnes negros en Australia. Aunque este descubrimiento fue chocante en su época, cuando se analizó la cuestión *a posteriori* siempre pareció previsible y lógico que los cisnes pudieran ser negros.

La metáfora del cisne negro es habitualmente empleada en economía para designar un hecho que se considera inesperado o altamente improbable, que genera un gran impacto y que, en retrospectiva (es decir, una vez ha sucedido), parece lógico pensar que se pudo haber predicho¹.

Ciertamente, la repentina irrupción de la COVID-19 para muchos ha sido una desagradable sorpresa o, directamente, un auténtico desastre. Incontables planes, proyectos, ilusiones y vidas han sido destruidos por el advenimiento de este terrible cisne negro, que parece haber surgido de la nada.

A principios de junio de 2020, comenzando un proceso de desescalada en España, las cifras globales del coronavirus son sorprendentes: más de seis millones de infectados y más de 370 000 muertes². A este terrible cómputo de pérdidas humanas hay que sumarle, además, el daño que ha sufrido la economía mundial y que algunos expertos ya califican como el mayor desde la Gran Depresión de 1930³.

La COVID-19 ciertamente ha golpeado duramente nuestro mundo y nos ha dejado frente a un futuro incierto. Y una pregunta asalta a muchos: ¿pudo haberse evitado? ¿Pudo haberse previsto?

El tiempo de confinamiento ha sido fértil para la reflexión, y han salido a la luz numerosos elementos «proféticos» con menor o mayor base lógica:

¹ “¿Qué es un cisne negro?”, *El Orden Mundial*. Disponible en: <https://elordenmundial.com/que-es-un-cisne-negro/> Fecha de la consulta 01/06/2020.

² “Johns Hopkins COVID-19 Case Tracker”, *Johns Hopkins University of Medicine*. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Fecha de la consulta 01/06/2020.

³ “Coronavirus: Worst economic crisis since 1930s depression, IMF says”, *BBC News*, 9 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/business-52236936> Fecha de la consulta 01/06/2020.

En una *TED-talk* realizada hace cinco años, el famoso multimillonario fundador de Microsoft, Bill Gates, ya advirtió de la grave amenaza que supondría una posible enfermedad contagiosa en el actual mundo hiperconectado⁴.

Los amigos de lo esotérico apuntan a un libro de 2008 escrito por la futuróloga Sylvia Browne, en el que se habla expresamente de una enfermedad similar a una neumonía que azotará al mundo en 2020⁵. Tampoco han escaseado aquellos que han buscado en el coronavirus señales del apocalipsis bíblico⁶.

Al margen de *fake news*, visiones arcanas y previsiones racionales, lo cierto es que los heraldos del coronavirus ya han estado aquí; y han sido largamente ignorados por mucho tiempo.

Estos heraldos han sido otras enfermedades contagiosas epidémicas, tales como el SARS⁷, el SIDA⁸ y, especialmente, el ébola. Todas ellas han puesto de manifiesto la existencia de una debilidad sistémica a nivel global a la hora de enfrentarnos a este tipo de emergencias.

Probablemente, muchas personas en la actualidad recuerden la pequeña conmoción que se vivió en 2014 en España a raíz del ébola. Todo comenzó cuando Miguel Pajares⁹, un religioso español, se contagió con esta enfermedad mientras trabajaba en el África Occidental. El padre Pajares fue repatriado y el día 7 de agosto de 2014 llegó

⁴ GATES, Bill. “¿La próxima epidemia? No estamos listos”, *TED talks*. Disponible en: https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_outbreak_we_re_not_ready?language=es Fecha de la consulta 01/06/2020.

⁵ “Una futuróloga predijo el coronavirus en 2008”, *La Vanguardia*, 12 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/television/20200312/474098133020/coronavirus-futurologa-predijo-covid-19-sylvia-brown-end-of-days-libro.html> Fecha de la consulta 01/06/2020.

⁶ RIVERA, Selene. “Coronavirus, ¿el principio de un Apocalipsis? Experto responde 6 desafiantes preguntas”, *Los Ángeles Times*, 17 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2020-04-17/es-el-coronavirus-el-principio-del-fin-del-mundo-ellos-lo-afirman> Fecha de la consulta: 01/06/2020.

⁷ “Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)”, *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sars/es/> Fecha de la consulta: 05/06/2020.

⁸ “Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)”, *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/ Fecha de la consulta: 05/06/2020.

⁹ “El padre Miguel Pajares, 18 años entregado a las misiones y los enfermos”, *El Mundo*, 12 de agosto de 2014. Disponible en: <https://www.elmundo.es/salud/2014/08/12/53e9e220e2704ea6448b4572.html> Fecha de la consulta: 02/06/2020.

a la base aérea de Torrejón de Ardoz, siendo inmediatamente ingresado en el hospital Carlos III de Madrid entre fuertes medidas de seguridad.

A pesar de los intensos cuidados recibidos, el religioso de 75 años de edad falleció el 12 de agosto¹⁰. No obstante, una de las auxiliares de enfermería que le atendía, Teresa Romero, se contagió y se convirtió en la primera y única infectada española de ébola fuera de África¹¹. Tras un largo y duro proceso de aislamiento y recuperación, la auxiliar de enfermería superó completamente la enfermedad y España fue declarada «país libre de ébola»¹².

Estados Unidos no fue tampoco ajeno al brote de ébola en África. Dos misioneros norteamericanos fueron, igualmente, repatriados una vez resultaron infectados¹³ y causaron un importante pánico en EE. UU.¹⁴.

El origen de ambos casos, el español y el estadounidense, está en la epidemia de ébola que tuvo lugar en 2013 y 2016, en África Occidental, concretamente en los países de Liberia, Sierra Leona y Guinea.

Estas páginas analizarán las principales características del brote de ébola de 2013-2016, destacando una serie de elementos que pueden establecerse en común con el brote de COVID-19 que nos ha azotado en 2020.

¹⁰ LÓPEZ, Ángeles. "Fallece el sacerdote Miguel Pajares afectado por el virus del ébola", *El Mundo*, 12 de agosto de 2014. Disponible en: <https://www.elmundo.es/salud/2014/08/12/53e9d061ca4741e0518b456c.html> Fecha de la consulta: 02/06/2020.

¹¹ EFE, "Teresa Romero, la primera infectada por el ébola en España: "Lo más duro fue que me culparan del contagio", *La Vanguardia*, 6 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20191006/47841123449/teresa-romero-ebola-espana.html> Fecha de la consulta: 02/06/2020.

¹² TORRES, Alejandra. "La OMS comunica a Sanidad que España está libre del ébola", *El País*, 2 de diciembre de 2014. Disponible en: https://elpais.com/politica/2014/12/02/actualidad/1417522554_690731.html Fecha de la consulta: 02/06/2020.

¹³ SOTERAS, Ana. "Cuando el ébola llegó a España y a Estados Unidos, el mundo despertó", *EFE*, 2 de agosto de 2015. Disponible en: <https://www.efesalud.com/cuando-el-ebola-llego-a-espana-y-a-estados-unidos-el-mundo-desperto/> Fecha de la consulta: 02/06/2020.

¹⁴ MOON, Suerie et al. "Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola", *The Lancet*, Vol. 386, November 28, 2015; p. 2206. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00946-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00946-0.pdf) Fecha de la consulta: 04/06/2020.

Características comunes

Obviamente, es imposible saber cómo, dónde y cuándo una catástrofe de esta índole volverá a suceder. Las enfermedades surgen, mutan y evolucionan de forma natural, por lo que ningún sistema de predicción o alerta temprana será totalmente eficaz¹⁵. No obstante, a pesar de lo anterior, esto no puede encerrarnos en una perspectiva derrotista y victimista. Para enfrentarnos a una futura pandemia, la única forma lógica de actuar pasa por un refuerzo general de las capacidades sanitarias básicas a nivel global y por la mejora de la coordinación y las leyes internacionales¹⁶.

Y este objetivo solo puede conseguirse a través del estudio y el análisis de las lecciones que previas crisis nos han enseñado. Con independencia de cómo y cuándo vaya a golpearnos la siguiente pandemia, hay una serie de elementos que podemos analizar y de los que podemos aprender para mejorar nuestras expectativas de cara al futuro.

Aparición repentina

La comunidad científica tenía conocimiento de la existencia del ébola desde mediados de la década de los 70¹⁷, pero nunca había pasado de ser una preocupación menor. Antes de 2013, ya se habían registrado alrededor de 25 brotes de ébola, todos ellos en África Central (Congo, Sudán, Uganda, Gabón, etc.)¹⁸. Pero fueron episodios bastante cortos, geográficamente limitados y sin un impacto especialmente llamativo, no pasando muchos ellos de 50-60 muertes, y de unos escasos cientos en los escenarios más graves.

¹⁵ Ídem, pp. 2208-2210.

¹⁶ Ídem, p. 2217.

¹⁷ FARMER, Paul. "Diary: Ebola", *London Review of Books*, Vol. 36 N^o. 20, 23 de octubre 2014. Disponible en: <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v36/n20/paul-farmer/diary> Fecha de la consulta: 04/06/2020.

¹⁸ REWAR, Sudash & MIRDHA, Dashrath. "Transmission of Ebola Virus Disease: An Overview", *Annals of Global Health*, 80, N^o6, pp. 444-451, p. 444.-446. Disponible en: <https://annalsofglobalhealth.org/articles/abstract/10.1016/j.aogh.2015.02.005/> Fecha de la consulta: 04/06/2020. ; SEVILLA, Beatriz. "Casos y fallecimientos registrados por el virus del ébola 1976-2018", *Statista*. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/636550/casos-y-fallecimientos-registrados-por-el-virus-del-ebola/> Fecha de la consulta: 02/06/2020.

El gran brote en África Occidental probablemente comenzó en Guinea a finales de 2013 y, de una forma totalmente inesperada, alcanzó una gravedad mucho mayor que la suma de todos los casos anteriores. A fecha de noviembre de 2015, aún sin haber sido controlado, dejaba un saldo aproximado de más 11 000 muertos y 28 000 afectados¹⁹.

Llama la atención el hecho de que nunca se habían dado casos de ébola en esta zona con anterioridad, por lo que los científicos no esperaban que se pudiera producir esta enfermedad en África Occidental²⁰. Este «factor sorpresa» se sumó a las más que evidentes deficiencias materiales, organizativas, políticas, científicas y de personal que estos países sufrían, ya que todos ellos carecían de un estable y funcional aparato de salud pública²¹.

La aparición del coronavirus, estando sus orígenes todavía envueltos en misterio, guarda no pocas similitudes con el brote de ébola. Fuera la COVID-19 originado por una zoonosis o por cualesquiera otros motivos, lo cierto es que encontró al mundo con la guardia baja; y que se extendió rápidamente, lo que no es extraño, teniendo en cuenta el enorme nivel de interconexión y globalización actuales²².

«La enfermedad del cuidador»

A grandes rasgos se conoce como «enfermedad del cuidador» (*caregiver's disease*) a cualquier tipo de patología que tenga una alta posibilidad de infectar a la persona que está atendiendo al enfermo²³; y, por lo tanto, de convertir a esta persona en un foco de enfermedad. El cuidador puede ser un profesional de la salud, como un médico o una enfermera, o simplemente un miembro de la familia o un amigo que esté tratando al individuo afectado.

¹⁹ SUERIE, Moon et al. *Op. Cit.*, p, 2205.

²⁰ Ídem, p. 2006.

²¹ Ídem, p. 2209.

²² Ídem, p. 2205.

²³ “Editorial: Ebola: protection of health-care workers”, *The Lancet*, Vol., 384, diciembre 20/27, 2014, p. 2174; FARMER, Paul. “The Caregivers’ Disease”, *London Review of Books*. Vol. 37, Nº10, 21 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v37/n10/paul-farmer/the-caregivers-disease>
Fecha de la consulta: 06/06/2020.

Teniendo en cuenta que los cuidadores han de estar en cercano contacto con el paciente, el riesgo de infección que corren al tratar enfermedades contagiosas es más que razonable y evidente. Las «enfermedades del cuidador» son, además, notablemente insidiosas y peligrosas por varios motivos²⁴:

- El primero de ellos es el hecho de que el propio cuidador se convierte en potencial foco de infección y de transmisión. En el caso tanto del coronavirus como del ébola, un paciente sano que acude a su centro de salud puede correr riesgo de ser infectado si es tratado por un médico que esté contagiado.
- En segundo lugar, cabe destacar que este tipo de patologías debilitan la capacidad de la sociedad para luchar contra la propia enfermedad. Atacando a los profesionales de la salud, que son la principal línea de defensa de cualquier país contra las enfermedades y pandemias, se logra debilitar la resistencia general y la capacidad de reacción de dicho país.
- Finalmente, este tipo de aflicciones obliga a los médicos y al resto de personal sanitario a buscar un complejo equilibrio entre el cuidado a los pacientes y su seguridad personal.

A fecha de 18 de mayo de 2020, aproximadamente 51 000 sanitarios españoles han sido infectados²⁵, de un total de 240 000 ciudadanos que han contraído la enfermedad²⁶. Esto hace que la proporción de ciudadanos/sanitarios infectados sea prácticamente de cuatro a uno²⁷.

Durante la crisis del ébola, *The Lancet* cifró en aproximadamente 600 los casos de trabajadores sanitarios infectados en una muestra de unos 17 000 casos²⁸ totales confirmados. Una proporción de aproximadamente veintisiete a uno²⁹. Casi siete veces menor que el ratio de España. En términos relativos vemos que, en el caso de España

²⁴ FARMER, Paul. "Diary: Ebola". *Op. Cit.*

²⁵ ARROYO, Jesús & LEO, Javier. "Coronavirus: estadística de profesionales sanitarios contagiados en España", *Redacción médica*. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/interactivos/coronavirus-medicos-contagiados-sanitarios-5123> Fecha de la consulta 06/06/2020.

²⁶ "Johns Hopkins COVID-19 Case Tracker", *Op. Cit.*, fecha de la consulta 06/06/2020.

²⁷ Nótese que los 51 000 sanitarios infectados, al formar parte de la población, deben ser sustraídos del cómputo total. $240\ 000 - 51\ 000 = 189\ 000$. Por otro lado, $189\ 000 / 51\ 000 = 3,7$.

²⁸ "Editorial: Ebola: protection of health-care workers". *Op. Cit.*, p, 2174.

²⁹ Siguiendo la lógica anterior, $17\ 000 - 600 = 16\ 400$. Por otro lado, $16\ 400 / 600 = 27,3$.

y el coronavirus, aproximadamente un 21,25 % de los infectados fueron sanitarios; frente a un 3,5 % en el caso del ébola.

El ébola, no obstante, tiene menor capacidad de contagio. Esta enfermedad solo se transmite entre humanos a través del contacto físico directo con fluidos corporales de un individuo afectado, como pueden ser la sangre y, en menor medida, la saliva³⁰. Este virus también puede transmitirse por contacto con objetos previamente contaminados, pero el riesgo de transmisión a través de las superficies es bajo y, lo más importante, no es un patógeno que se transmita por el aire³¹.

Incluso con estas características, el ébola fue capaz de expandirse con enorme rapidez. No obstante, si se compara con el coronavirus, vemos que este último se transmite a mucha mayor velocidad y más fácilmente.

La principal vía de transmisión de la COVID-19³² es el contagio de persona a persona a través de gotículas que salen disparadas por la nariz o la boca de un individuo infectado, sea al toser, estornudar, respirar o hablar. El virus en estas gotículas, además, puede permanecer activo en superficies por períodos de tiempo considerables.

Si bien la capacidad de contagio de ambas enfermedades no resulta comparable, siendo mucho mayor la de la COVID-19, es evidente que ambas son «enfermedades del cuidador». Para hacer frente a una patología así se hace imprescindible la disponibilidad de equipos de protección³³ para el personal sanitario. Esto enlaza con la siguiente consideración: la falta de medios.

³⁰ REWAR, Sudash & MIRDHA, Dashrath. *Op. Cit.*, p. 444.

³¹ "What we know about transmission of the Ebola virus among humans", *World Health Organization*. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/ebola/06-october-2014/en/> Fecha de la consulta 04/06/2020.

³² "Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)", *World Health Organization*. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses> Fecha de la consulta 04/06/2020. Nótese que estos datos pueden cambiar a medida que se descubra más sobre esta enfermedad.

³³ "Editorial: Ebola: protection of health-care workers". *Op. Cit.*; FARMER, Paul. "The Caregivers' Disease". *Op. Cit.*

Falta de medios

Las sociedades del África Occidental afectadas por el ébola eran vulnerables, pues acababan de salir de años de guerra (Liberia y Sierra Leona) y de una dictadura (Guinea). Debido a esto, carecían de los medios³⁴ sanitarios necesarios para hacer frente de manera eficaz a una emergencia. Obviamente, resulta injusto comprar el sistema sanitario de cualquiera de estos países con el de España y, sin embargo, aparecen algunas similitudes interesantes.

Ligado con el punto anterior, cabe destacar que gran cantidad de médicos y enfermeras, en ambos casos, fueron infectados por no disponer de equipos de protección individual³⁵. Tanto en el escenario africano como en el español³⁶, pese a las diferencias entre el presupuesto y la calidad del sistema sanitario en estos países, la escasez de equipos de protección individual (EPI).

Del mismo modo, uno de los mayores problemas durante la crisis del ébola fue la ausencia de pruebas de diagnóstico rápidos y fiables para determinar si una persona estaba infectada o no³⁷. El tiempo es un factor clave para gestionar una enfermedad contagiosa, y disponer de test rápidos tiene un beneficio doble:

- En primer lugar, un test rápido es sinónimo de seguridad individual para el paciente. Reduciendo la cantidad de tiempo que el paciente supuestamente enfermo debe pasar aislado o esperando el resultado del test en el centro de salud, junto con otros individuos que pueden estar infectados, se reduce la probabilidad de que el supuesto paciente se contagie.

³⁴ En jerga médica se puede hablar de la carencia de *staff* (personal), *stuff* (objetos), *space* (espacio), y *systems* (sistemas). Véase: FARMER, Paul. "Diary: Ebola". *Op. Cit.*

³⁵ FARMER, Paul & MUKHERJEE, Joia. "Ebola's front lines: Countries need tools to treat patients in their homes and communities", *The Boston Globe*, septiembre de 2014. Disponible en: <https://www.bostonglobe.com/opinion/2014/09/23/responding-ebola-countries-need-staff-stuff-space-and-systems/ugSFKkOw9S7Ser0p8PGeOK/story.html> Fecha de la consulta 06/06/2020.

³⁶ JONES, Sam. "Spain: doctors struggle to cope as 514 die from coronavirus in a day", *The Guardian*, 24 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/24/spain-doctors-lack-protection-coronavirus-covid-19> Fecha de la consulta 06/06/2020.

³⁷ BHADELIA, Nahid. "Rapid diagnostics for Ebola in emergency settings", *The Lancet*, 386, 833-835. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61119-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61119-9/fulltext) Fecha de la consulta 06/06/2020.

- En segundo lugar, saber con inmediatez si un individuo está infectado o no permite cortar las cadenas de transmisión con mayor rapidez. La pronta identificación de un infectado permite localizar y aislar a las personas que han estado en contacto con él, lo que supone una mayor seguridad para la comunidad en su conjunto.

La gran diferencia en el número de contagios, infinitamente superior en el caso del coronavirus, no obstante, puede justificar estas carencias de material en el caso de España. Pero, incluso teniendo en cuenta esta consideración, la debilidad sistémica sigue siendo patente en la carencia de dichos equipos.

Resulta bastante llamativo que tanto los países africanos afectados por el ébola como España hayan adolecido de problemas similares en este aspecto, especialmente si se compara el gasto en sanidad de estos países:

Año/país	España	Guinea	Sierra Leona	Liberia
2012	2 558	22	59	55
2013	2 628	25	82	58
2014	2 671	35	139	64
2015	2 351	42	119	72
2016	2 390	37	86	69
2017	2 506	33	66	56

*USD: Dólares estadounidenses nominales.

Tabla 1. Comparativa de gasto sanitario per cápita (en USD*). Fuente. World Bank Open Data. Disponible en: <https://data.worldbank.org/> Fecha de la consulta 06/06/2020.

Estas breves consideraciones apuntan, pues, a que la COVID-19 ha venido a demostrar lo que con el ébola se pudo prefigurar: que existe a una debilidad sistémica a nivel mundial para enfrentarnos a este tipo de catástrofes³⁸. Y esto no es solamente un problema aislado, propio de países especialmente pobres o de débiles sistemas sanitarios, sino que incluso países plenamente desarrollados y económicamente pudientes quedan vulnerables.

³⁸ CASTILLO-CHÁVEZ, Carlos. "Beyond Ebola: lessons to mitigate future pandemics", *The Lancet*, Volumen 3 (7), julio de 2015, 354-355. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X15000686> Fecha de la consulta 09/06/2020.

Refuerzos necesarios

Vistas las consideraciones anteriores cabe preguntarse: ¿qué es necesario, pues, para aplacar posibles pandemias futuras? La debilidad sistémica general a nivel mundial debe apuntalarse especialmente en dos dimensiones íntimamente relacionadas.

Capacidades nacionales sanitarias básicas

La primera y más evidente propuesta para frenar futuras pandemias es simple: aumentar el gasto global en sanidad. Cuantos más recursos y medios haya a disposición del sistema sanitario de un país, más fácil resultará detectar y controlar posibles brotes de enfermedades potencialmente contagiosas³⁹.

Estos recursos no han de entenderse únicamente como elementos materiales y personales (médicos, medicamentos, edificios, etc.), sino también organizativos (vías de comunicación, compartición de datos, investigación, etc.)⁴⁰.

Disponer de mayores capacidades nacionales es beneficioso desde dos puntos de vista:

- En primer lugar, de forma preventiva. Un sistema sanitario sólido eleva la calidad y la disponibilidad de la atención médica primaria. Esto, combinado con la creación de mecanismos de alerta temprana funcionales y preparados⁴¹, permite identificar de forma pronta y fiable un potencial foco de enfermedad antes de que este se descontrole.
- En segundo lugar, de forma reactiva. En caso de que la prevención falle, un buen sistema sanitario debería disponer de suficientes capacidades de emergencia como para hacer frente a un foco una vez este se ha descontrolado⁴². En este nivel se harán imprescindibles las reservas de EPI, medicamentos y pruebas de diagnóstico rápido entre otros, así como también la existencia de una sólida infraestructura.

³⁹ SUERIE, Moon et al. *Op. Cit.*, p. 2205-2206, 2209.

⁴⁰ Ídem, pp. 2212-2213.

⁴¹ FARMER, Paul. "Diary: Ebola". *Op. Cit.*

⁴² PANJAVI, Raj. "Ebola's Legacy Can Be a Thriving Community Health System", *Open Society Foundations*. Octubre de 2014. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/ebola-s-legacy-can-be-thriving-community-health-system> Fecha de la consulta 06/06/2020.

Esta premisa, tan aparentemente sencilla, resulta muy compleja en la práctica, ya que los recursos mundiales son limitados y escasos, y están normalmente vinculados a prioridades políticas cambiantes. Por lo tanto, es ilógico pretender que todos los países puedan gozar de un sistema de sanidad de alta tecnología y perfectamente equipado⁴³. No obstante, sí sería necesario que cada país tuviera, por lo menos, un mínimo de capacidad para poder detectar y contener brotes de enfermedades potencialmente contagiosas.

En aquellos países que no pudieran costearse por sí solos tales sistemas básicos, se haría necesaria la ayuda y la financiación internacionales, y esto conecta con el siguiente punto.

Cooperación internacional

Desde un punto de vista puramente realista, especialmente en un mundo tan interconectado como el actual, parece lógico pensar que la cooperación internacional en materias de salud es una decisión muy racional. Esto es así debido a que una enfermedad que surge en la parte más recóndita del mundo puede llegar a cualquier país en apenas unas horas o días.

Desde este punto de vista se pueden justificar fácilmente las inversiones en el desarrollo de los sistemas sanitarios de otros países, especialmente en aquellos más débiles, ya que a largo plazo este gasto resulta positivo y redundante en una mejora general de la seguridad sanitaria del país inversor⁴⁴. Beneficios políticos a corto y medio plazo también pueden derivarse de este gasto, por ejemplo, al ofrecer una imagen de país comprometido y solidario.

No obstante, ante una enfermedad contagiosa que ya ha aparecido, la reacción natural de un país puede ser cerrar fronteras con el fin de protegerse. Aunque esta decisión puede ser legítimamente razonada y defendida por muchos, existe un consenso generalizado a nivel científico sobre el hecho de que no es efectiva⁴⁵ por varios motivos:

⁴³ SUERIE, Moon et al. *Op. Cit.*, 2207-2208.

⁴⁴ Ídem, p. 2207-2208.

⁴⁵ Ídem, p, 2205-2206. 2209-2010.

- En primer lugar, porque el nivel de globalización actual hace prácticamente imposible un aislamiento absoluto de cualquier país.
- En segundo lugar, porque imponer medidas restrictivas sobre un país que está sufriendo el brote de una enfermedad potencialmente contagiosa tiene poderosos efectos adversos sobre dicho país. Esto puede comprometer seriamente su capacidad para enfrentarse a la enfermedad, ya que:
 - Puede desincentivar la llegada de voluntarios y cooperantes al país. Esto puede suceder si se imponen condiciones de cuarentena o seguridad muy gravosas⁴⁶, o si la presión mediática genera una sensación de miedo o peligro especialmente potente.
 - Conectado con lo anterior, estas medidas aislacionistas pueden, igualmente, reducir la cantidad de suministros y ayuda que ese país puede recibir. Por ejemplo, a través de la limitación de vuelos.
- Finalmente, y en el plano social, esta actitud contribuye a la estigmatización⁴⁷ de los ciudadanos del país afectado, como se vio en el caso del colectivo chino en España⁴⁸. También se puede estigmatizar a las personas que han estado recientemente en el país en cuestión, sean nacionales o no.

El pánico, no obstante, puede fácilmente sobreponerse a la razón, y las decisiones políticas pueden ser tomadas ignorando la evidencia científica.

Así, visto que el aislamiento y el cierre de fronteras no suelen ser medidas eficaces, la cooperación internacional emerge como la clave para subsanar un problema que a todos los países concierne, pero que ninguno de ellos tiene la capacidad para afrontar por sí solo⁴⁹.

⁴⁶ "Rationality and coordination for Ebola outbreak in west Africa", *The Lancet*, Infectious Diseases, Volumen 14, diciembre 2014, p. 1163. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309914710205> Fecha de la consulta 06/06/2020.

⁴⁷ PANJABI, Raj. *Op. Cit.*

⁴⁸ Por ejemplo, véase: EFE, "Familias de menores chinos denuncian discriminaciones por el coronavirus", *El Periódico*, 17 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200217/familias-menores-chinos-denuncian-discriminacion-coronavirus-7852711> Fecha de la consulta 06/06/2020.

⁴⁹ GOSTIN, Lawrence et al. "Law's power to safeguard global health: a Lancet–O'Neill Institute, Georgetown University Commission on Global Health and the Law", *The Lancet*, 385, 2015, pp. 1603-1604. Disponible en: <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/1479/> Fecha de la consulta 06/06/2020; "Rationality and coordination for Ebola outbreak in west Africa". *Op. Cit.*

Por lo tanto, para controlar el ébola, el coronavirus, o cualquier enfermedad contagiosa que traiga el futuro, se necesitan firmes esfuerzos internacionales y la coordinación de todos los países.

Leyes e instituciones internacionales

Estos esfuerzos internacionales deben ser canalizados y coordinados a través de leyes e instituciones concretas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es, con razón, la primera institución en la que hay que pensar cuando se tratan estos temas.

Menos conocido es el Reglamento Sanitario Internacional (IHR por sus siglas en inglés). Este instrumento de derecho internacional jurídicamente vinculante fue adoptado en 1969 y, precisamente, tiene como fin prevenir que las emergencias de salud a nivel nacional puedan trascender y convertirse en crisis internacionales⁵⁰. En la época, no obstante, estas regulaciones se referían en exclusiva a un número tasado de enfermedades, concretamente a la viruela, el cólera, la fiebre amarilla y la peste.

El continuo y acentuado proceso de globalización que trajo consigo el inicio del milenio, así como el surgimiento de nuevas enfermedades y epidemias pronto dejaron estas limitadas regulaciones obsoletas e inoperables, por lo que fueron revisadas en 2005⁵¹, entrando en vigor en 2007.

Estas nuevas regulaciones son más flexibles, puesto que ya no se refieren a enfermedades concretas, sino a «toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano»⁵². Este reglamento también conmina a los países signatarios a desarrollar

⁵⁰ “Ebola: what lessons for the International Health Regulations”, *The Lancet*, vol. 384, 11 de octubre de 2014. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614616974> Fecha de la consulta 09/06/2020.

⁵¹ Ídem.

⁵² “Reglamento Sanitario Internacional”, *Organización Mundial de la Salud*. Prefacio. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf;jsessionid=B810BE662BFF4D60899D8542D2B24003?sequence=1 Fecha de la consulta 09/06/2020.

sus «capacidades fundamentales», constituyendo sistemas sanitarios relativamente estables, capaces de detectar y aplacar eventos de este tipo⁵³.

No obstante, estas regulaciones adolecen de los mismos defectos que la mayoría de figuras legales internacionales: la falta de mecanismos efectivos de implementación y responsabilidad, y la ausencia de capacidad coercitiva; con el añadido adicional de la falta de financiación para muchos países que no pueden costearse sistemas sanitarios más sólidos por sí mismos⁵⁴. Además, según este reglamento, cada país es el último responsable de la autoevaluación de sus capacidades por lo que, evidentemente, estos buscan ofrecer datos y resultados positivos, en cualquier caso.

Es en este punto donde el rol de la OMS se hace imprescindible como un organismo supranacional, neutral e independiente capaz de coordinar esta labor⁵⁵. Para ello, no obstante, la organización debe contar con las capacidades materiales, personales y organizacionales suficientes.

A este respecto y, teniendo en cuenta que la OMS se nutre mayoritariamente de las donaciones voluntarias de países e instituciones⁵⁶, su papel de moderador neutral puede verse fácilmente en tela de juicio si se sospecha que estos donantes, de algún modo, están fijando la agenda de la organización.

Financiación de la OMS

Pos.	Donante	Tipo de actor	Donación	
			% total 2019	Total 2018-2019 (USD)
1	Estados Unidos	País	15%	656,092K
2	Bill & Melinda Gates Found.	Fundación	12.12%	530,965K
3	GAVI Alliance	Org. Internacional	8.18%	370,692K
4	Reino Unido	País	7.81%	334,833K
5	Alemania	País	5.33%	231,011K

Tabla 2. Financiación de la OMS. Fuente. “Contributors: overview”. World Health Organization. Disponible en: <http://open.who.int/2018-19/contributors/overview/vcs>, fecha de la consulta: 09/06/2020 & “Contributors”. World Health Organization. <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>, fecha de la consulta: 09/06/2020.

⁵³ “Reglamento Sanitario Internacional”. *Op. Cit.* Artículo 13.

⁵⁴ “Ebola: what lessons for the International Health Regulations”. *Op. Cit.*

⁵⁵ Ídem; SUERIE, Moon et al. *Op. Cit.*, p. 2211-2212.

⁵⁶ “Budget & Finance Summary”, *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://open.who.int/2018-19/budget-and-financing/summary> Fecha de la consulta: 09/06/2020.

A esta posible falta de confianza en la OMS se debe sumar el hecho de que los países tienen pocos incentivos y muchos recelos a la hora de informar sobre el surgimiento de enfermedades potencialmente pandémicas en su territorio⁵⁷. La presión mediática y el miedo que tal declaración provoca puede tener consecuencias catastróficas para el país, tanto desde el punto de vista económico como político y social.

Solo una mejora y refuerzo significativos de los mecanismos de gobernanza y coordinación internacionales, especialmente de la OMS, puede llevarnos a cumplir con los preceptos y propósitos que buscan las Regulaciones Mundiales para la Salud. Llegar hasta este punto, no obstante, requerirá de una gran inversión económica y política que no todos los países o dirigentes apoyarán⁵⁸, pero que resulta imprescindible para el bien de la humanidad en su conjunto

El coste de estas inversiones será elevado, sin duda, pero el coste de no estar preparados acaba siendo mucho mayor. Y tanto el ébola como el coronavirus han tenido que recordarnos esta dolorosa lección: el surgimiento de enfermedades infecciosas en cualquier parte del mundo es una amenaza para los intereses todos los países... y no estamos preparados para afrontarlas⁵⁹.

Conclusiones

La pandemia de la COVID-19 que nos azota actualmente presenta ciertas similitudes con la epidemia de ébola que golpeó el África Occidental entre 2013 y 2016. Aunque estas enfermedades y sus circunstancias son radicalmente diferentes, sí se pueden establecer ciertas analogías que, en su conjunto, nos muestran la existencia de ciertas debilidades sistémicas.

En primer lugar, hay que destacar que ambas enfermedades aparecieron de forma aparentemente repentina y se extendieron con rapidez. Ambas son, igualmente, «enfermedades del cuidador» que suponen una grave amenaza para el personal sanitario de un país, especialmente si se carece de recursos materiales suficientes.

⁵⁷ SUERIE, Moon et al. *Op. Cit.*, p. 2215-2217.

⁵⁸ Ídem, p. 2219.

⁵⁹ CASTILLO-CHÁVEZ, Carlos. *Op. Cit.*

A pesar de las enormes diferencias económicas, la escasez de medios, especialmente pruebas de diagnóstico rápido y equipos de protección individual, fueron un problema tanto para los países africanos como para España.

Con el fin de mejorar nuestra capacidad de reacción de cara a futuras pandemias se hace necesario, pues, invertir en la mejora de las capacidades sanitarias básicas de todos los países, profundizando en la cooperación internacional; así como reforzar las normas (el Reglamento Sanitario Internacional) y las instituciones internacionales (OMS).

En un mundo tan globalizado como el nuestro, las pandemias son un peligro real, una amenaza para todos los países que ninguno de ellos puede prevenir y aplacar por sí solo.

En 2014, el ébola nos dio un toque de atención sobre el peligro real que una pandemia puede suponer a nivel mundial, y sobre la escasa preparación y la debilidad sistémica de las que adolecemos. Ahora, en el escenario postcoronavirus, nos debemos preguntar si de verdad pudimos estar preparados para afrontar una enfermedad como esta y, lo que es más importante, si sabremos extraer las enseñanzas necesarias que nos permitan prepararnos para la siguiente.

Quizá aprendamos la lección o quizá volvamos a creer que todos los cisnes son blancos.

*Edgar Jiménez García**
Máster en Geopolítica y Estudios Estratégicos
Universidad Carlos III de Madrid