

NUEVO REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL: PLATAFORMA PARA LA GOBERNANZA MUNDIAL DE LA SALUD

*Guillermo J. Avilés Mendoza**

“La finalidad y el alcance exclusivos del presente Reglamento son prevenir y controlar los riesgos para la salud pública que pudieran dimanar del comercio y el tránsito internacionales, protegerla de las consecuencias concomitantes, proporcionar los medios necesarios para ese fin y evitar interferencias indebidas para dichas actividades.” (Artículo 2—Reglamento Sanitario Internacional 2005)”.

Introducción

En mayo de 2005, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) ratificó el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (“RSI 2005” o “Reglamentos”). El RSI revisado tiene por objeto habilitar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los Estados Miembros para afrontar los riesgos dimanados de la salud mundial que puedan afectar el tránsito y comercio internacionales en el siglo XXI. El RSI es un instrumento fundamental de gobernanza mundial para la protección contra la propagación internacional de las enfermedades y, a fin de que se alcancen las metas propuestas, deberá ajustarse a principios de gobernanza ética que promuevan la cooperación entre los Estados Miembros, la OMS, las organizaciones intergubernamentales, los organismos internacionales, las empresas y las organizaciones no gubernamentales. La importancia del RSI quedó demostrada cuando, a raíz del reciente riesgo pandémico que significó la gripe aviar, la quincuagésima novena AMS requirió su cumplimiento voluntario inmediato. El RSI tendrá carácter obligatorio para todos

*Las opiniones expresadas en este artículo corresponden a su autor y no deben atribuirse al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.U.A.

los Estados Miembros a partir del 15 de junio de 2007 y exigirá cambios fundamentales de los sistemas de vigilancia sanitaria y, como resultado, generará nuevas perspectivas y oportunidades para la gobernanza de la salud mundial en el siglo XXI (Fidler y Gostin 2006:93).

El ámbito más general del RSI establece obligaciones en el plano local, nacional e internacional, circunstancia que obliga a un análisis de los nuevos Reglamentos. En consecuencia, este artículo da un panorama del RSI en un encuadre de salud mundial y examina los artículos que revisten importancia para la ejecución de los Reglamentos. Además el RSI extiende las facultades de los Estados Miembros y de la OMS abriendo vías de colaboración con organizaciones intergubernamentales y con los organismos internacionales. El RSI establece una plataforma mundial inédita para la creación de mecanismos interdisciplinarios de cooperación que facilitará, la difusión de información técnica y operativa entre los múltiples participantes del nuevo sistema del RSI. Por consiguiente, para asegurar que el RSI se convierta en un instrumento mundial eficaz de gobernanza de la salud, los componentes del sistema deberán operar conforme a parejos principios de gobernanza. Como resultado, este análisis público de políticas deberá ser un instrumento útil para los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones internacionales, las empresas, los medios de comunicación y otras entidades locales, nacionales e internacionales interesadas en el éxito de la aplicación del RSI y en sus consecuencias en materia de seguridad mundial de la salud pública.

El nuevo marco de vigilancia sanitaria mundial del RSI ha sido descrito por otros expositores en quienes se ha inspirado el presente artículo (Panadero y Fidler 2006, Fidler y Gostin, 2006, Fidler 2005). Es por eso que este documento se propone asimismo estimular a los analistas de política para que sigan identificando y afrontando los problemas que impiden la ejecución del nuevo RSI. Deseo alentar especialmente a los analistas de regiones donde no abundan las publicaciones de este tipo para que compartan sus criterios con un número mayor de lectores. Debemos percatarnos de que el mundo es una aldea global y que, independientemente de las diferencias políticas, culturales, geográficas, económicas o de otra índole, tiene un objetivo común, que es procurar generaciones más sanas e inmunes a las enfermedades. La aldea global se

beneficiará con los frutos de análisis multidisciplinarios de políticas que permitan elaborar un planteo comprensivo y general para la administración eficaz del RSI que sirva de guía a los que liderarán la gestión de la salud pública en el siglo XXI.

En resumen, en este artículo expongo un análisis del nuevo RSI desde un enfoque de derecho internacional y de gobernanza mundial del nuevo RSI y apoyo su aplicación e integración en las plataformas políticas y económicas de los Estados Miembros y en el marco de los Reglamentos. Me permito instar a los Estados Partes para que cooperen por todos los medios posibles a fin de crear formas de colaboración que movilicen recursos financieros para facilitar la ejecución de sus obligaciones con arreglo al RSI. Los Estados Partes deberían aprovechar esta oportunidad sin precedentes que el RSI les ofrece para asegurar la gobernanza mundial de la salud (Fidler y Gostin, 2006:93).

I. Observaciones generales relativas a la Organización Mundial de la Salud y el Derecho Internacional

Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud fue creada en abril de 1948 como uno de los organismos especializados de las Naciones Unidas en materia de salud. El objetivo principal de la OMS es alcanzar el más alto nivel posible de salud para todas las personas (Artículo 1 Constitución de OMS). Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas están facultados para incorporarse como Estados Miembros de la OMS previa ratificación de la Constitución de la OMS (Artículo 4 Constitución de OMS). La AMS, compuesta actualmente por 192 Estados Miembros, es el órgano deliberante de formulación de políticas de la OMS que tiene a su cargo la revisión del Reglamento Sanitario Internacional

La AMS está facultada para efectuar recomendaciones, elaborar tratados y establecer reglamentos jurídicamente vinculantes respecto de los Estados Miembros, en relación con cualquier asunto que sea de la competencia de la OMS. En primer término, de conformidad con el Artículo 23 de la Constitución de la OMS, la AMS tiene la facultad de efectuar recomendaciones a los Estados Miembros. Las recomendaciones no tienen fuerza jurídica obligatoria pero constituyen un instrumento eficaz de

orientación para los Estados Miembros. En segundo término, de conformidad con el Artículo 19 de la Constitución de la OMS, otorga la AMS la...

“...autoridad para adoptar las convenciones y los acuerdos con respecto a cualquier materia dentro de la competencia de la Organización”.

Los expertos en derecho internacional han subrayado el escaso uso de la OMS de su facultad para celebrar tratados en comparación con la época anterior a la creación de la Organización, en que las convenciones sanitarias internacionales jugaron un rol importante en la evolución del derecho internacional de la salud pública. (Fidler 2005: 331 y Aginam 2004: 62). Esta paralización en materia de derecho internacional que experimentó la OMS se atribuye al hábito firmemente arraigado en la cultura administrativa de OMS de no acudir a expertos en derecho internacional (Fidler 1996:80). El análisis de los motivos de esa carencia excede el alcance de este artículo. Sin embargo, el hecho de que en 2003 la OMS negociara el Convenio Marco para el Control del Tabaco marca el comienzo de una etapa de elaboración de tratados de salud pública de conformidad con el Artículo 19 de la Constitución de la OMS.

Además, de conformidad con el Artículo 21 de la Constitución de la OMS la AMS está facultada para adoptar reglamentos jurídicamente obligatorios en relación con cinco sectores de salud pública. Los Estados Miembros deben cumplir con los reglamentos aprobados, sin perjuicio de ejercer su derecho de “salirse del convenio” con arreglo al Artículo 22 de la Constitución de la OMS. De conformidad con los principios de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados los reglamentos sancionados con arreglo al Artículo 21 de la Constitución de la OMS constituyen un tratado porque son la manifestación por escrito de la voluntad de los Estados de sujetarse a esos reglamentos.

En julio de 1951 la AMS ejerció sus facultades de conformidad con el Artículo 21 y aprobó los Reglamentos Sanitarios Internacionales que en 1969 pasaron a denominarse Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Los anteriores Reglamentos eran un mecanismo regulatorio del intercambio de información epidemiológica sobre la propagación internacional del

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

cólera, la peste bubónica y la fiebre amarilla. En 1995, luego de dos revisiones menores efectuadas en 1973 y 1981, la AMS reconoció la necesidad de promulgar un nuevo RSI e instruyó al Director General de la OMS para que revisara los Reglamentos. Una vez más observamos un período de paralización en materia de derecho internacional por parte de la OMS que puede estimarse como factor que contribuyó a que algunos Estados Miembros no cumplieren con sus obligaciones sanitarias y a la ineficacia general del RSI, como lo demostraron los brotes del cólera en el Perú, de la peste bubónica en la India, de la fiebre hemorrágica de Ébola en Zaire y el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en China (Gostin, 2004: 2624). Además, la creciente inquietud por la proliferación de las armas biológicas y sus consecuencias para el bioterrorismo, en particular después que el ataque de gas sarin en el subterráneo de Tokio en 1995 y los episodios que involucraron atentados con carbunco en los Estados Unidos en 2001, demostró la necesidad de un sistema mundial de vigilancia de la salud pública que abarcara un ámbito más amplio que el de las tres enfermedades notificables que figuraban en el anterior RSI.

El brote del SARS en 2003 constituyó el punto de inflexión a partir del cual se aceleró el proceso de revisión del RSI. El 11 de febrero de 2003, el Ministerio de Salud chino informó al Director General de la OMS de un brote del síndrome respiratorio agudo con trescientos casos notificados. La enfermedad ya había sido detectada en noviembre de 2002 y fue notificada a la OMS, ya se había infiltrado en veinticuatro países donde se produjeron miles de casos de SARS. El brote de SARS fue el toque de atención que impulsó a la AMS a actuar en la revisión de RSIS. Este proceso acelerado de revisión del RSIS permitió publicar un proyecto de texto en enero de 2004 en tanto que se efectuaron negociaciones internacionales en noviembre, febrero y mayo de 2005 (Fidler y Gostin, 2006: 85). El RSI (2005) fue aprobado por la AMS el 23 de mayo de 2005 y surtirá efectos jurídicos obligatorios a partir del 15 de junio de 2007. En síntesis, la OMS dispone de dos instrumentos de derecho internacional para alcanzar el nivel posible más alto de salud para todas las personas. El papel activo de la OMS en la gobernanza mundial de la salud se reafirmó con el reciente ejercicio de su facultad para redactar tratados y con la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

El derecho comercial internacional y la salud pública

El derecho comercial internacional también ha ejercido un impulso directivo respecto del programa de salud pública mundial. El Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio de 1947 (GATT) reconoció que la salud pública reviste interés para el comercio internacional. Al reconocerse los efectos de las medidas de salud pública sobre el comercio, la comunidad internacional, por conducto del GATT, adoptó medidas sanitarias restrictivas aplicables al comercio para afrontar las amenazas que plantea la propagación de enfermedades (Fidler, 2005: 336). Además, al establecerse la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1995 se dejó en claro en los nuevos convenios que la globalización de los mercados había creado un vínculo de interdependencia aún más poderoso entre la salud pública y el derecho comercial internacional. El Convenio de Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio (ADPIC) de la OMC es particularmente importante en este sentido. El ADPIC redujo el programa de salud pública internacional al restringir las facultades de los gobiernos para proteger y promover la salud pública. Sin embargo, la creciente preocupación internacional respecto del desajuste entre el comercio internacional y los intereses de la salud ha impulsado desde comienzos del presente siglo el apoyo de la OMC a la protección de la salud pública. La integración entre el comercio y la salud pública internacional seguirá acentuándose como resultado de la globalización de los mercados, entorno en que el nuevo RSI servirá de plataforma para el sistema mundial de vigilancia en pro del comercio internacional.

II. Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Finalidad y ámbito

El nuevo RSI abarca todas las amenazas o riesgos para la salud pública que pueden interferir con el tránsito y el comercio internacionales. Este ámbito de alcance integral, incorpora un nuevo sistema de vigilancia y respuesta en materia de salud pública que se basa en las aptitudes esenciales en los planos local, nacional e internacional. Este ámbito ampliado del RSI (2005) hace de los Reglamentos uno de los proyectos mundiales de salud de mayor envergadura. Dicho ámbito está enfatizado por la definición amplia de “enfermedades”. En el marco del RSI se entiende por

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

“enfermedades” toda enfermedad o trastorno de naturaleza médica, con independencia de su origen o fuente, que implique o pueda implicar un perjuicio significativo para los seres humanos (Artículo 1.1 RSI 2005). La amplitud de la definición está justificada por el hecho de que el RSI se aplica a cualquier trastorno médico que puede entrañar un riesgo de interferencia para el tránsito y el comercio internacionales. La ampliación del ámbito de aplicación del RSI se superpone con otros regímenes legales y crea problemas sin precedentes para la OMS que requieren la cooperación entre las organizaciones internacionales para asegurar el éxito de la gobernanza mundial de la salud (Fidler 2005: 364). En la última sección de este artículo procuro explicar de manera más amplia la importancia de los marcos cooperativos para la aplicación con éxito del RSI como plataforma de la gobernanza mundial de la salud.

El RSI insta a que los Reglamentos se apliquen con “respeto total de la dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas”. El RSI guarda silencio respecto de las sanciones a que pueden hacerse pasibles los Estados que apliquen los Reglamentos en violación de dichos principios relativos a la dignidad de las personas, los derechos humanos y las libertades fundamentales. No obstante, esa circunstancia no debe disuadir a los Estados de que informen respecto de un Estado que no se ajuste a los principios fundamentales protegidos en el RSI.

La importancia y la necesidad del nuevo RSI fueron reafirmadas en mayo de 2006 en ocasión de la quincuagésima novena AMS, en que se exhortó a los Estados Miembros a cumplir de inmediato las disposiciones pertinentes del RSI, sin perjuicio de su carácter voluntario. El cumplimiento voluntario inmediato y la aceleración del proceso de ejecución están basados en un posible episodio pandémico como consecuencia de los brotes actuales de la gripe aviar, causada por el hiperpatógeno cepa H5N1 de *virus de la Gripe A*. El ámbito ampliado de los requisitos de RSI introduce restricciones a nivel local, nacional e internacional, hecho que exige a su vez el examen de los nuevos Reglamentos. El análisis que sigue de los Reglamentos abarca: 1) fechas importantes para la ejecución de los requisitos; 2) mecanismos administrativos para las impugnaciones o reservas y procedimientos de arreglo de controversias y 3) una descripción

sucinta del sistema mundial de vigilancia de la salud pública con arreglo al RSI.

Una fecha señera: 15 de junio de 2007: entrada en vigor del nuevo RSI

Como se ha indicado precedentemente, los RSI (2005) fueron ratificados en mayo de 2005 y surtirán efectos jurídicos obligatorios a partir del 15 de junio de 2007. Los Reglamentos conceden un aplazamiento de un año respecto de su aplicación a los Estados Partes que hubieran notificado debidamente de problemas de cumplimiento antes del 15 de diciembre de 2006 (Artículo 59.3 RSI 2005). Dado el ámbito más amplio del RSI y la imposición de obligaciones fundamentales es previsible que los Estados Miembros con economías de transición choquen con problemas de cumplimiento y deban solicitar un aplazamiento. El Ministerio de Salud de cada Estado tiene la responsabilidad gubernamental de comunicar a los funcionarios de gobierno pertinentes la importancia del cumplimiento de los Reglamentos. Los ministerios de salud deben recomendar las medidas de ajuste de los programas legislativos y administrativos que promuevan el cumplimiento del RSI. Los Reglamentos requieren la designación de las autoridades encargadas de su ejecución, lo que implica que la responsabilidad por el cumplimiento no corresponde exclusivamente a los ministerios de salud. Por consiguiente, los RSI son un llamamiento en pro de la diplomacia de la salud en los niveles gubernamentales locales, nacionales e internacionales. Para lograr una medida adecuada de éxito respecto del cumplimiento del RSI es preciso que se encaren acciones diplomáticas que procuren la formulación de leyes y disposiciones administrativas de ejecución del RSI.

Impugnaciones y reservas del RSI (2005) por los Estados Miembros

Según lo estipulado en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS los Estados Miembros pueden impugnar las disposiciones o formular reservas respecto de los reglamentos jurídicamente obligatorios promulgados por la AMS de conformidad con el Artículo 21 de dicha Constitución. El RSI proporciona a los Estados Miembros 18 meses para efectuar impugnaciones o formular reservas (Artículo 59 RSI 2005). El 15 de diciembre de

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

2006 se cumplió el plazo para que los Estados Miembros efectuasen impugnaciones o formularan reservas respecto de los Reglamentos. La impugnación parcial de los Reglamentos por un Estado Miembro se considerará como una reserva y será regulada de conformidad con el Artículo 62 del RSI. Los procedimientos de reserva con arreglo a los Reglamentos son complicados, por lo que ameritan una breve descripción. Una reserva se considerará aceptada cuando más de los dos tercios de los Estados Miembros no formulen objeciones. Si un tercio de los Estados objetasen una reserva, el Director General dará al Estado que formuló la reserva tres meses para considerar su retiro. Si el Estado que ha formulado la reserva no modificara su posición, la reserva se someterá al voto de la AMS. El Comité de Examen del RSI hará una recomendación a la AMS sobre la reserva formulada por el Estado. Es dable suponer que el voto mayoritario de la AMS probablemente coincida con la opinión de los Estados que objetaron la reserva; puede decirse en consecuencia que no existe ningún procedimiento de apelación independiente para examinar una reserva objetada. Los Estados Partes tienen la obligación de cumplir plenamente los Reglamentos aunque hayan formulado reservas que hubieran sido rechazadas por la mayoría. El proceso de aprobación de reservas debe llevarse a cabo con arreglo a normas éticas de transparencia y equidad.

Arreglo de controversias relativas a la interpretación y aplicación de los Reglamentos

El artículo 56 de los Reglamentos establece el mecanismo para que los Estados Partes arreglen las controversias que puedan surgir de la interpretación y de la aplicación de los Reglamentos. En primer término, el procedimiento de arreglo de controversias requiere que los Estados Partes efectúen negociaciones de buena fe o acudan a ...

“... otro medio pacífico de su propia elección, incluidos buenos oficios, mediación o conciliación” (Artículo 56.1 RSI 2005).

Se trata de una cláusula importante porque muchas veces los Estados plantean sus controversias en términos contenciosos acudiendo a un tribunal en tanto que la celebración de negociaciones en un entorno neutral o la asistencia de una tercera

parte podría resolver la controversia. La resolución alternativa de Diferencias (RAD) permite que los Estados Partes en desacuerdo utilicen “otros medios pacíficos de su propia elección”. La ejecución de los Reglamentos plantea en este contexto un problema adicional a los Estados Partes puesto que su interpretación o aplicación puede ser fuente de múltiples divergencias de opinión. La aplicación no contenciosa de la RAD como procedimiento inicial para el arreglo de controversias descentraliza la ejecución y habilita a los Estados Partes para adoptar las principales decisiones relativas a la ejecución de los Reglamentos. Además, el requerimiento de procedimientos no contenciosos como etapa inicial del arreglo de controversias constituye un llamamiento a participar en el encuadre de cooperación que los Reglamentos procuran promover. (Artículo 44 RSI 2005).

Pero los Reglamentos no indican cómo ha utilizarse la información generada durante el procedimiento no contencioso de resolución de diferencias. ¿Deberá acaso considerarse como confidencial la información contenida en la resolución de una diferencia? Los Reglamentos no imponen ningún requisito relativo al archivo de la documentación en caso de resolverse la diferencia. Esta circunstancia quizá cree más controversias que las que se esperaba resolver. Procuraré explicar este interrogante mediante el ejemplo de una hipotética controversia entre dos Estados que han sometido a mediación sus diferencias y suscrito un acuerdo amigable con cláusula de confidencialidad. Supongamos en esta hipótesis que la interpretación del RSI por Partes fuera errónea y que, por consiguiente, el convenio que hubieran celebrado no se ajustase a la aplicabilidad debida de los requisitos de los Reglamentos. En consecuencia, la ausencia de un mecanismo de examen de los acuerdos celebrados mediante la RAD constituiría una falla que quizá cree más diferencias que las que se había tratado de resolver. Una opción para prevenir esta posible falla sería crear un repositorio de acuerdos archivados con el Director General. Otra opción sería que una tercera parte neutral debidamente certificada por el Director General examinase el convenio de solución de diferencias.

Si los Estados Partes en desacuerdo no lograsen resolver su controversia mediante el procedimiento no contencioso de RAD deben informar al Director General, “que debe realizar cualquier

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

esfuerzo para resolver” la controversia (Artículo 56.2 RSI 2005). No queda en claro si el Director General debe seguir apoyando el procedimiento no contencioso o si ha de requerir a las Partes que procedan a un arbitraje según lo estipulado en el Artículo 56.3. Además, la cláusula de arbitraje del RSI estipula que los Estados partes pueden optar por aceptar el arbitraje obligatorio como mecanismo de arreglo de controversias respecto de divergencias específicas o de todas las diferencias relativas a la interpretación o aplicación del RSI. Los Estados Partes que acepten el arbitraje obligatorio deben someterse al laudo arbitral, que tendrá carácter vinculante y definitivo. Los Estados Partes deberán saber que el arbitraje es un proceso que requiere asignación de recursos y que probablemente pasarán meses antes de que se llegue a una solución. En cambio, el procedimiento no contencioso de RAD casi siempre es más sencillo y rápido. Los Estados Partes deberían en consecuencia acudir al procedimiento no contencioso de RAD para solucionar sus controversias sobre la interpretación o aplicación del presente Reglamento.

El arbitraje obligatorio obvia el procedimiento contencioso y debería utilizarse teniendo en cuenta las particularidades de cada caso. Los Reglamentos operan bajo la presunción de que las Partes que no han logrado resolver sus diferencias acordarán utilizar el arbitraje como mecanismo de arreglo de controversias. Pero los Reglamentos no se expresan respecto de qué sucedería si una de las Partes en entredicho se negara a participar en un arbitraje voluntario. Los acuerdos comerciales internacionales contienen habitualmente cláusulas de arbitraje obligatorio con carácter de mecanismos exigible. Si bien los procedimientos no contenciosos del RSI son un importante paso inicial para resolver controversias, la carencia de un mecanismo de ejecución obligatoria hace que su cumplimiento sea una opción y no un requisito. A medida que el proceso de globalización integre el derecho comercial internacional con la salud pública, será preciso promulgar prácticas óptimas de arreglo de controversias.

Evaluación de las capacidades básicas para 2009

Antes del 15 de junio de 2009, cada Estado Parte deberá efectuar una evaluación de sus estructuras y recursos nacionales a fin de responder a los siguientes requisitos de capacidad mínima:

(1) vigilancia, (2) preparación de informes, (3) notificación, (4) comprobación, (5) respuesta y (6) colaboración (anexo 1 RSI 2005). En mayo de 2006, la AMS instó a los Estados Partes a que iniciaran el proceso de identificación y resolución de las limitaciones administrativas y legales que pudieran afectar la correcta ejecución de los Reglamentos. De conformidad con el párrafo 1 del Artículo 5 los Estados Partes deben cumplir con los requisitos de capacidad mínima a más tardar el 15 de junio de 2012.

El análisis del RSI efectuado por Baker and Fidler (2005) con arreglo a las pautas de evaluación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos para asegurar un sistema eficaz de vigilancia de la salud pública es un recurso de suma importancia en relación con el requisito de evaluación (2006:1059). De conformidad con las pautas de los CDC, un sistema eficaz de vigilancia de la salud pública deberá contener diez atributos fundamentales: utilidad, sensibilidad, oportunidad, estabilidad, sencillez, flexibilidad, aceptabilidad, datos confiables, valor positivo de pronóstico y representatividad.

Planes de ejecución y aplazamiento del cumplimiento de las obligaciones de capacidades básicas de 2012

Cada Estado Parte deberá elaborar asimismo planes de acción antes del 15 de junio de 2009. Los planes de acción, también denominados planes de ejecución, son un instrumento esencial para garantizar la aplicación de los Reglamentos, circunstancia que los Estados Partes no deben ignorar. Si una vez efectuada la evaluación inicial, un Estado Parte determinase que no estará en condiciones de cumplir con los requisitos mínimos a partir de junio de 2012, podrá solicitar un aplazamiento de dos años del cumplimiento de sus obligaciones (Artículo 5.2 RSI 2005). La solicitud de aplazamiento debe estar sustentada por el plan de ejecución. Además, en “circunstancias excepcionales, y apoyado por un plan de nueva ejecución”, el Director General, con el asesoramiento del Comité de Examen de RSI puede otorgar un segundo aplazamiento hasta junio de 2016. Los planes de ejecución guiarán a los Estados Partes en la elaboración, el fortalecimiento y el mantenimiento de los requisitos de capacidad mínima contenidos en los Reglamentos y configuran la prueba necesaria para el otorgamiento de aplazamientos. La iniciación temprana del

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

proceso de evaluación de estructuras y recursos nacionales y el establecimiento de planes de ejecución redunda por lo tanto en beneficio de los Estados Partes. En el cuadro 1, describo una matriz que los Estados Partes pueden usar como modelo para sus planes de ejecución.

Cuadro 1. Matriz de ejecución ilustrativa de los requisitos de capacidad básica de vigilancia y respuesta según se describe en anexo 1 del RSI (2005).

EVALUACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS Y LOS RECURSOS NACIONALES PARA:	2006	JUNIO DE 2007	JUNIO DE 2009	2010-2011	JUNIO DE 2012
Vigilancia	Cumplimiento voluntario	RSI (2005) Entrada en vigor	Evaluación debida y Planes de Acción (PA) (2009-2012)	Ejecución de planes de acción	Cumplimiento total
Preparación de informes	Cumplimiento voluntario	RSI (2005) Entrada en vigor	Evaluación debida y Planes de Acción (PA) (2009-2012)	Ejecución de planes de acción	Cumplimiento total
Notificación	Cumplimiento voluntario	RSI (2005) Entrada en vigor	Evaluación debida y Planes de Acción (PA) (2009-2012)	Ejecución de planes de acción	Cumplimiento total
Comprobación	Cumplimiento voluntario	RSI (2005) Entrada en vigor	Evaluación debida y Planes de Acción (PA) (2009-2012)	Ejecución de planes de acción	Cumplimiento total
Respuesta	Cumplimiento voluntario	RSI (2005) Entrada en vigor	Evaluación debida y Planes de Acción (PA) (2009-2012)	Ejecución de planes de acción	Cumplimiento total
Colaboración	Cumplimiento voluntario	RSI (2005) Entrada en vigor	Evaluación debida y Planes de Acción (PA) (2009-2012)	Ejecución de planes de acción	Cumplimiento total

Centro Nacional de Enlace para el RSI

Cada Estado Parte es responsable de designar o establecer un Centro Nacional de Enlace con el RSI, es decir, un centro nacional permanentemente accesible para las comunicaciones con los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI (Artículo 1.1 RSI 2005). La AMS ha instado a los Estados Miembros a que establezcan sin dilación un Centro Nacional de Enlace para el RSI con la necesaria delegación de autoridad para transmitir información oficial. Los Estados Partes deben adquirir conciencia de la importancia del Centro Nacional de Enlace para el RSI en

cuanto hace al sistema de intercambio de información del RSI y designar un ente en condiciones de operar 24 horas por día los siete días de la semana. Se insta asimismo a los Estados Partes que soliciten a la OMS orientación respecto del establecimiento de su respectivo Centro Nacional de Enlace para el RSI. Idealmente, dicho Centro debe disponer de un equipo interdisciplinario de expertos quienes orientarán debidamente las comunicaciones de RSIS con la OMS. Las comunicaciones entre el Centro Nacional de Enlace para el RSI y la OMS deben estar dotadas de la tecnología necesaria. Por ejemplo, cada Centro Nacional de Enlace para el RSI deberá tener líneas telefónicas y de fax, computadoras, escáneres, acceso a Internet y otras tecnologías que faciliten la transferencia de información de vigilancia a los Puntos de Contacto de la OMS. En ausencia de un organismo que sirva de Centro Nacional de Enlace para el RSI, el Estado Parte afrontará numerosos problemas en la ejecución de los Reglamentos que redundarán en perjuicio del sistema mundial de vigilancia sanitaria para prevenir y reducir la propagación internacional de enfermedades y minimizar sus efectos sobre el tránsito internacional. Por consiguiente, el que cada Estado Parte obtenga el aval de sus funcionarios políticos de más alto nivel en sus jurisdicciones respectivas para el establecimiento del Centro Nacional de Enlace para el RSI y la ejecución de los Reglamentos responde a los mejores intereses de la aldea global. Es necesario que los Estados Partes proporcionen a sus gabinetes gubernamentales una definición clara de las funciones y responsabilidades del Centro Nacional de Enlace para el RSI en el marco de las estructuras de organización y de comunicación del Estado. El establecimiento de un Centro Nacional de Enlace fiable para el RSI es un imperativo determinado por los Reglamentos cuyos beneficios a largo plazo superan los inconvenientes a corto plazo que los Estados Partes deban afrontar.

Emergencias de salud pública de importancia internacional

El sistema de vigilancia de la salud pública mundial de RSI está basado en procedimientos de comunicación puntual a los que los Estados partes y la OMS debe ajustarse a fin de determinar si un determinado incidente constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. Por emergencia de salud pública de importancia internacional se entiende la manifestación

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

anormal de una enfermedad que constituya un riesgo para la salud pública de otros Estados por su propagación a través de las fronteras y que probablemente requiera una respuesta internacional coordinada (Artículo 1.1 RSI 2005). El nuevo RSI se aparta de la práctica de notificación específica de la enfermedad y abarca todos los casos de enfermedades que puedan interferir con el tránsito y comercio internacionales. La experiencia adquirida con motivo del brote de SARS demostró la importancia de contar con un sistema que permita a la comunidad internacional reaccionar preventivamente y de manera rápida en lugar de limitarse a adoptar medidas restaurativas. El RSI promueve el intercambio de información de salud pública suficientemente detallada y precisa a fin de colaborar en la comprobación, evaluación y adopción de procesos asistenciales.

Instrumento mundial de adopción de decisiones de salud pública

El Anexo 2 de los Reglamentos facilita da a los Estados Partes un documento de adopción de decisiones de una página que orienta a las autoridades responsables del Estado en la determinación de si un caso de enfermedad puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. El adecuado conocimiento del documento del Anexo 2 no debe darse necesariamente por sentado. Los Estados han de esforzarse al máximo para proporcionar asistencia técnica en los niveles comunitarios, locales y nacionales para asegurar el empleo del instrumento decisorio adecuado para la determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional. Este documento innovador en materia de adopción de decisiones de salud pública configura el fundamento del sistema mundial de vigilancia, por lo que todos los Estados deberán promover su aplicación para la detección de aquellas circunstancias de salud que puedan determinar una emergencia de salud pública de importancia internacional e interfieran con el tránsito y el comercio internacionales.

Notificación y comprobación

Una vez que las autoridades responsables del Estado hayan determinado que el hecho puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Centro Nacional de

Enlace para el RSI debe notificarlo a la OMS en un plazo de 24 horas. Los Reglamentos son flexibles respecto de cómo ha de formularse la notificación a la OMS en tanto se emplee el medio más eficaz de comunicación disponible (Artículo 6.1 RSI 2005). Otros medios de información de vigilancia son las comunicaciones originadas en fuentes no estatales de notificaciones o consultas. Un adelanto importante en la vigilancia de la salud pública internacional es el Artículo 9 de los Reglamentos que permite que la OMS acepte los informes de fuentes distintas de los Estados y las interprete con arreglo a principios epidemiológicos. El uso oficial de informes de vigilancia provenientes de terceros no gubernamentales es un instrumento fundamental para que la OMS pueda iniciar las comunicaciones de comprobación con el Estado Parte en cuyo territorio tenga presuntamente lugar ese hecho de salud. Las organizaciones internacionales no gubernamentales, las organizaciones intergubernamentales y otros Estados Miembros pueden servir de fuente para los informes. Una vez que se notifique al Estado Parte del presunto hecho de salud, aquel debe proporcionar en un plazo de 24 horas la información de salud pública de que disponga sobre el estado del hecho de salud objeto de la verificación (Artículo 10.3). Si el Estado Parte se negara a colaborar, la OMS podrá comunicar la información relativa a dicho presunto hecho de salud a otros Estados Partes.

Recomendaciones temporarias y permanentes

De conformidad con el RSI la OMS esta facultada para hacer circular recomendaciones temporarias respecto de una emergencia de salud pública de importancia internacional o formular recomendaciones permanentes que contengan medidas específicas de salud (Artículos 15 y 16). Los Reglamentos proporcionan criterios detallados para la formulación de recomendaciones y contienen una lista de las posibles medidas de salud pública que resulten necesarias para evitar impedimentos en el tránsito y el comercio internacionales (Artículos 17 y 18). Aunque las recomendaciones no son jurídicamente obligatorias, es conveniente y oportuno que los gobiernos se familiaricen con la lista de medidas de salud que la OMS pueda publicar y adopten las medidas legislativas necesarias para establecer los mecanismos que les permitan cumplir con las recomendaciones permanentes de la OMS.

Medidas de salud pública: Sistema de contemporización entre el derecho soberano del Estado de aplicar medidas de protección y la necesidad de minimizar los problemas de derechos humanos y los obstáculos para el tránsito internacional

Como se señalara precedentemente, los Reglamentos se aplicarán respetando plenamente la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas. Este artículo no se ocupará de los procedimientos aplicables a las medidas de salud con arreglo a los Reglamentos, pero cabe recordar a los Estados que para ejecutar medidas deben tener datos probatorios de un riesgo para la salud pública y que esas medidas serán las menos agresivas e invasoras posible y que deben contar con el consentimiento explícito del viajero. El Artículo 45 se refiere a la confidencialidad de la información sanitaria personal recopilada de conformidad con los Reglamentos. Se insta a los Estados a respetar el carácter confidencial de la información y a proceder anónimamente según lo requerido por sus leyes nacionales respectivas. Se trata de un ejercicio de equilibrio fundamental entre el derecho soberano de Estados a aplicar medidas de protección y el respeto debido a los derechos humanos. Muchos Estados carecen de la legislación necesaria respecto de requisitos de confidencialidad de la información sanitaria dentro de sus propios territorios y enfrentan ahora la necesidad de establecer los requisitos legales necesarios para la recopilación, interpretación y difusión de la información personal de la información sanitaria en términos confidenciales y anónimos. Los expertos sobre el terreno requirieron la promulgación de las leyes de privacidad de la información de salud pública que impidan que esa información sea utilizada para fines de vigilancia sanitaria que no sean de interés público (Gostin 2006:1700). Una vez más el RSI plantea desafíos a los Estados Partes que requerirán un esfuerzo de ejecución cooperativa debidamente coordinado.

III. La gobernanza mundial de la salud de conformidad con el RSI (2005)

La globalización como impulso directivo para la integración del comercio y la salud pública

La globalización lidera la integración económica, tecnológica,

política y cultural del mundo. El comercio mundial de bienes es impulsado actualmente por la OMC, que promueve la reducción de las barreras al comercio y la consiguiente eliminación de fronteras. Los mercados abiertos como resultado de acuerdos comerciales internacionales han ampliado las posibilidades, la variedad y la eficiencia de los viajes y las comunicaciones. La integración resultante de la globalización no muestra indicios de detenerse a medida que nuevos acuerdos comerciales abren nuevos horizontes para el comercio. Como se ha indicado precedentemente, los convenios de la OMC han integrado a la salud pública con el movimiento de globalización. La globalización ha acortado las distancias geográficas y producido nuevos desafíos que el siglo XXI deberá afrontar. El Director General de la OMC enumeró, entre otros, los siguientes: la escasez creciente de recursos energéticos, la destrucción de la biosfera, la propagación de pandemias, la volatilidad de los mercados financieros y los movimientos migratorios provocados por la inseguridad, la pobreza o la inestabilidad política persistentes como elementos negativos latentes de la globalización. Por consiguiente, dado el vínculo entre progreso y globalización, la sociedad del siglo XXI debe estar preparada para afrontar los riesgos asociados con esta tendencia integradora. El RSI es una oportunidad única a nivel mundial para el establecimiento de un sistema universal más seguro y mejor cimentado que proteja el tránsito y el comercio internacionales y reduzca los riesgos para la salud resultantes de la globalización.

Plataforma del RSI (2005) para la gobernanza mundial de corrientes de intercambio más sanas y seguras

Debido a la reducción de las barreras al comercio, las personas y los productos pueden trasladarse con mayor libertad de un Estado a otro, circunstancia que aumenta las perspectivas de que se produzcan emergencias de salud pública de importancia internacional. El brote de SARS es el ejemplo típico de la propagación de enfermedades como consecuencia de la globalización. En menos de cuatro meses, veinticuatro países habían notificado miles de casos de SARS. El posible desencadenamiento de una pandemia como resultado de los brotes actuales de la gripe aviar hace imperativo que se instaure al RSI como programa mundial para la preservación de corrientes más sanas y seguras del intercambio. Mediante el RSI la OMS

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

proporciona a los Estados un instrumento que los protege de los riesgos para la salud pública y previene una obstaculización innecesaria del tránsito y el comercio internacionales.

La gobernanza mundial se manifiesta cuando los Estados, los organismos internacionales, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales públicas y privadas, es decir, todos los actores internacionales pertinentes, colaboran para el logro de un objetivo común. El RSI sirve de plataforma de la gobernanza de salud mundial para la preservación de corrientes más sanas y seguras del intercambio en el siglo XXI. A diferencia del anterior RSI, el nuevo RSI contiene un enfoque integral que insta a la integración de los sectores que se benefician del tránsito y comercio internacionales más seguros. El RSI incorpora el factor salud pública a múltiples sectores de la política mundial como son el comercio, la seguridad y los derechos humanos. El RSI aclara la función de la salud pública en su integración mundial con los intereses económicos, sociales y políticos. La plataforma de gobernanza mundial del RSI invita a las entidades no gubernamentales a participar en la elaboración, la puesta en práctica y el perfeccionamiento del nuevo sistema de vigilancia de la salud pública. La intervención de participantes no gubernamentales es uno de los hitos de la plataforma de gobernanza mundial de la salud del RSI. Por ejemplo, como ya se ha señalado, el RSI otorga a la OMS la autoridad formal para usar información epidemiológica no gubernamental en la evaluación de una emergencia de salud pública de importancia internacional, y modifica consiguientemente el sistema de notificación sacándolo de un marco bilateral y transfiriéndolo a otro multilateral en el que todos los actores pertinentes colaboran para la preservación de las vías y medios más saludables y seguras de tránsito y comercio internacionales.

Los Artículos 14 y 44 del RSI (2005) como sustentadores de la plataforma para la gobernanza mundial de la salud

El Artículo 14 del RSI requiere que a la OMS colabore estrechamente con las organizaciones intergubernamentales y organismos internacionales en ...

“... la ejecución de estos Reglamentos, incluida a través de la conclusión de acuerdos y otros arreglos similares”.

Guillermo J. Avilés Mendoza

La AMS determinó que, a los fines del Artículo 14, la OMS deberá cooperar, entre otros, con once organizaciones intergubernamentales y organismos internacionales:

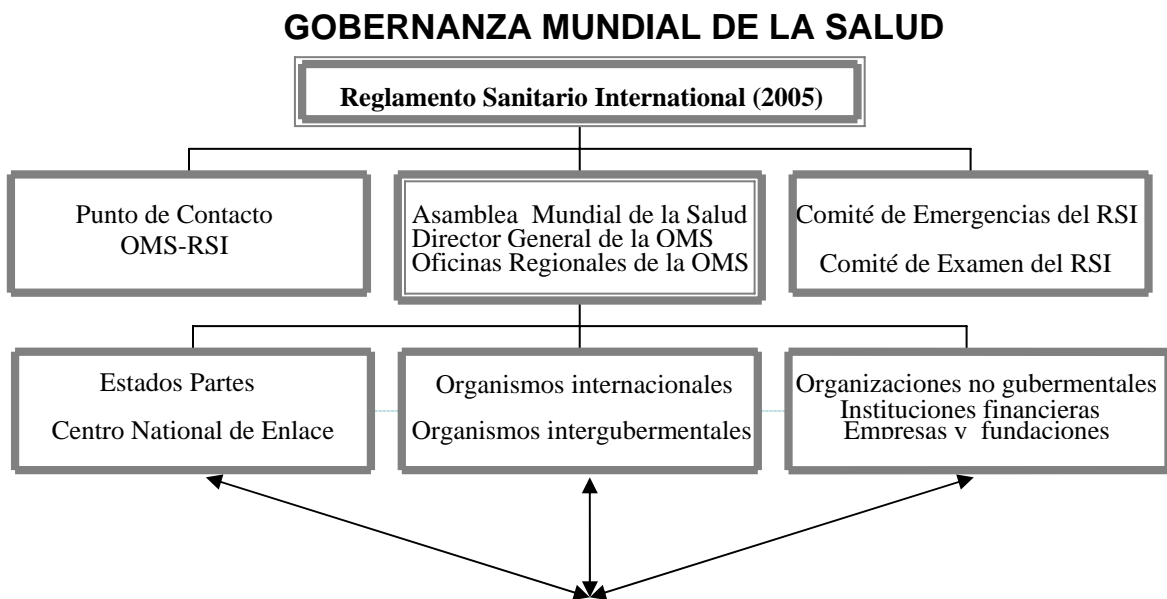
1. las Naciones Unidas
2. la Organización Internacional del Trabajo
3. la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
4. El Organismo Internacional de Energía Atómica
5. La Organización de Aviación Civil Internacional
6. La Organización Marítima Internacional
7. El Comité Internacional de la Cruz Roja
8. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
9. La Asociación del Transporte Aéreo Internacional
10. La Federación Naviera Internacional
11. La Oficina Internacional de las Epizootias.

El esquema de cooperación previsto en el Artículo 14 del RSI requiere la inclusión de organismos de gobernanza mundial y el reconocimiento del RSI como plataforma para la gobernanza mundial de la salud. Con la aplicación del RSI, La OMS se enfrenta con problemas inéditos que requiere el establecimiento de relaciones de trabajo más estrechas con los participantes no tradicionales. El mismo enfoque integral para la vigilancia de enfermedades debe aplicarse al establecimiento de mecanismos de cooperación para la ejecución de los Reglamentos.

El Artículo 44 del RSI es esencial para la ejecución de la plataforma de gobernanza mundial de la salud. Su título dice simplemente “Colaboración y asistencia” y pide que los Estados

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

colaboren en la movilización de recursos financieros para facilitar la ejecución de sus obligaciones con arreglo a los Reglamentos. La colaboración para la movilización de esos recursos es necesaria para asegurar el éxito del RSI ya que muchos estados con economías en transición carecen de medios financieros para efectuar los necesarios cambios de infraestructura para adquirir las capacidades básicas requeridas para la vigilancia, preparación de informes, notificación, comprobación y respuesta que estipula el RSI (Gostin, 2006: 1700). Por consiguiente, es preciso contar con mecanismos financieros a fin de ejecutar la plataforma para la gobernanza mundial de la salud. Se insta a los Estados participantes a crear múltiples vías de colaboración que lleven a la creación de un frente unido que les facilitará la negociación de precios menos onerosos de los productos o servicios necesarios para el cumplimiento de los Reglamentos. En la diagrama 1 describo la conceptualización del Artículo 44 como la plataforma de colaboración para la gobernanza de la salud mundial en el siglo XXI.



RSI (2005) – ARTÍCULO 44: VÍAS DE COOPERACIÓN

Diagrama 1. Plataforma de colaboración del RSI para la gobernanza mundial de la salud

De conformidad con el Artículo 44, los Estados partes deben establecer diversas vías de colaboración con bancos multilaterales

de desarrollo, empresas y entidades filantrópicas para la ejecución del nuevo RSI. En primer término, las instituciones bancarias multilaterales de desarrollo brindan apoyo financiero y asesoramiento profesional para facilitar las actividades económicas y sociales de los Estados con economías de transición. Por entidades bancarias multilaterales de desarrollo se entiende básicamente el grupo del Banco Mundial, y los cuatro bancos regionales de desarrollo: el Banco Africano de Desarrollo, el Banco Asiático de Desarrollo, el Banco Europeo de Reconstrucción y Fomento y el grupo del Banco Interamericano de Desarrollo. En segundo lugar, los Estados Partes deben iniciar contactos con empresas privadas. Un número cada vez mayor de empresas procura identificar iniciativas tangibles para cumplir con su responsabilidad corporativa; este hecho hace que la asociación del Estado con empresas privadas sea una iniciativa que beneficiará a todos los participantes en la medida que reciban los beneficios de una aplicación fructífera del RSI. Y por último, es oportuno que los Estados acudan a las organizaciones filantrópicas que cooperan estrechamente con el programa de acción sanitaria mundial. Por ejemplo, la Fundación Bill y Melinda Gates colabora ampliamente con proyectos relativos a la salud mundial. En resumen, los Estados con economías de transición se beneficiarán acudiendo a las numerosas fuentes de cooperación para la movilización de los recursos financieros que disminuyan la carga financiera que deberán soportar para cumplir con sus obligaciones con arreglo a los nuevos Reglamentos.

Las vías de cooperación sugeridas por el RSI también requieren el apoyo técnico, logístico, operativo y legal mutuo entre los Estados para asegurar el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades de salud pública requeridas por los Reglamentos. Los Estados Partes deben participar prestando su asistencia al desarrollo de las capacidades en materia de salud pública y al mejoramiento de las disposiciones legales y administrativas pertinentes. Las vías de cooperación a múltiples niveles (local, nacional, internacional) hacen del RSI la plataforma ideal para la gobernanza mundial de la salud. La plataforma mundial constituye el entorno necesario para la creación de mecanismos interdisciplinarios de cooperación que facilitarán la difusión de información entre los múltiples participantes interesados en el nuevo sistema de RSI.

Conclusiones

La globalización ha reducido las distancias mundiales a la vez que ha originado nuevos desafíos que el siglo XXI deberá afrontar. En tanto que reduce las barreras al comercio, este fenómeno que incrementa las posibilidades de una emergencia de salud pública de importancia internacional. El ámbito ampliado del nuevo RSI introduce un nuevo sistema de vigilancia para la protección del tránsito y el comercio internacionales. Los nuevos Reglamentos constituyen una plataforma mundial única en su género para la gobernanza mundial de la salud, en cuyo marco se otorga los Estados, a las organizaciones intergubernamentales y otros interesados no gubernamentales una participación más protagónica para garantizar la salud pública. El RSI establece los mecanismos de cooperación que facilitarán la difusión de información técnica y operativa, entre los múltiples actores a quienes interesa el sistema mundial de vigilancia de la salud pública. Los Reglamentos representan la más reciente integración entre el derecho internacional y la salud pública y nos preparan para combatir los problemas que plantea la globalización en el siglo XXI. El cumplimiento de las obligaciones de RSI es un imperativo de salud pública cuyos beneficios a largo plazo superan largamente su onerosidad a corto plazo. Merced al RSI, el mundo, en tanto que aldea global, será más seguro y más sano. Los planes y programas de acción para la aplicación de la plataforma de la gobernanza de la salud mundial ya han sido definidos y sólo cabe los participantes interesados en este ejercicio adopten las medidas que correspondan.

Agradecimientos

El autor agradece al profesor Lawrence Gostin y al profesor David Fidler que hayan facilitado la bibliografía atinente al el RSI (2005). También expresa su agradecimiento al Dr. Joxel García y a Yanka Epstein de la Organización Panamericana de la Salud para el apoyo valioso que le han proporcionado.

NOTA

1. La AMS está facultada para adoptar reglamentos jurídicamente obligatorios en relación con cinco aspectos de salud pública, incluidos los “requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos

diseñados para prevenir la propagación internacional de la enfermedad” (Artículo 21 Constitución de OMS).

REFERENCIAS

- Aginam, Obiofor. 2004. “Globalization of Infectious Disease, International Law and the World Health Organization: Opportunities for Synergy in Global Governance of Epidemics”. *New Eng. J. Int’l Law & Comp. Law* 11, no. 1: 59–73.
- Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). Acceso el 3 de agosto de 2006. Disponible en: http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.
- Baker, Michel G., Fidler, David P. 2006. “Global Public Health Surveillance under the New International Health Regulations”. *Emerging Infectious Diseases* 12, no. 7: 1058.
- Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001; 50:1–36. Acceso el 10 de agosto de 2006. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5030a5.htm>.
- Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados. 1969. Acceso el 31 de julio de 2006. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/viena.html>
- Fidler, David P. 1996. “Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases”. *Emerging Infectious Diseases* 2, no. 2: 77- 84. Acceso el 4 de agosto de 2006. Disponible en: <ftp://ftp.cdc.gov/pub/EID/vol2no2/adobe/vol2no2.pdf>.
- Fidler, David P. 2005. “From International Sanitary Conventions to Global Health Security: the New International Health Regulations”. *Chinese Journal of International Law* 4, no. 2: 325-392.
- Fidler, David P. and Lawrence O. Gostin. 2006. “The New International Health Regulations: an Historic Development for International Law and Public Health”. *Journal of Law, Medicine and Ethics.* Spring 2006: 85-94.
- Gosting, Lawrence O. 2004. “International Infectious Disease Law, Revision of the World Health Organization’s International health Regulations”. *Journal of American Medical Association* 291, no. 21: 2464.
- Gostin, Lawrence O. 2006. “Public Health Strategies for Pandemic Influenza”. *Journal of the American Medical Association* 295, no. 14: 1700.
- Reglamento Sanitario Internacional. (2005) Artículos 14 y 44. Reglamento Sanitario Internacional. 1951.
- Organización Mundial de la Salud. 1995. 48 Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 48.7. Revisión y actualización del Reglamento Sanitario Internacional.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Acceso el 31 de julio 31 de 2006 Disponible en: http://www.who.int/gb/fctc/S/S_Index.htm
- Organización Mundial de la Salud. 2005. Third Report of Committee A. Fifty-eight World Health Assembly. Agenda item 13.1. International Health Regulations.

Nuevo Reglamento Sanitario Internacional

- Organización Mundial de la Salud. 2005. 55 Asamblea Mundial de la Salud. Agenda Provisional Item 14.6. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional: Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS).
- Organización Mundial de la Salud. 2006. 59 Asamblea Mundial de la Salud. Agenda item 11.1. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- Organización Mundial de la Salud. 2006. About WHO. Acceso el 28 de julio de 2006. Disponible en: <http://www.who.int/abn/>.
- OMS. Constitución de la OMS, Artículo 1
- OMS. Constitución de la OMS, Artículo 4
- OMS. Constitución de la OMS, Artículo 23
- OMS. Constitución de la OMS, Artículo 19
- OMS. Constitución de la OMS, Artículo 21
- OMS. Constitución de la OMS, Artículo 22
- Organización Mundial del Comercio. 2001. Declaration on the TRIPS agreement and public health. Acceso el 10 de agosto de 2006. Disponible en:
http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.
- Organización Mundial del Comercio. Director General Remarks at the Master of Public Affairs Inaugural Lecture at the Institut d'Etudes Politiques de Paris. octubre 2005. Acceso el 3 de de 2006. Disponible en: http://www.wto.org/english/news_e/sppl_e/sppl12_e.htm.

ACERCA DEL AUTOR

Guillermo J. Avilés Mendoza se graduó en Genética y Biología Celular en la Universidad de Ciencias Biológicas de la Universidad de Minnesota. Trabajó en el Instituto Nacional de Investigación del Genoma Humano donde publicó sus resultados sobre terapia génica de las células madre preclínicas. Completó estudios jurídicos con especialización en arreglo alternativo de controversias internacionales en la Escuela de Derecho de Hamline University. Obtuvo una medalla de oro como el árbitro más eficaz en la Competencia Internacional por la Resolución de Diferencias por Vía Electrónica. Ha actuado como coordinador de una actividad en materia de salud pública ambiental internacional en la que participaron la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Es asimismo mediador de los Institutos Nacionales de Salud e integra la junta directiva de una organización sin fines de lucro que se ocupa de negociaciones internacionales.