

INTELIGENCIA Y BIOSEGURIDAD

Fronteras políticas y riesgos biológicos. Epidemiología vs. Ideología

Dr. Martín González y Santiago

Profesor Doctor en Medicina, Seguridad y Derecho. Investigador y Profesor Universitario (PDI). Analista de Inteligencia, Seguridad y Defensa.

No hace falta ser médico, epidemiólogo, ni doctor, (que manía de llamar a los médicos doctores cuando en puridad no lo son, no todo médico lo es. El médico ejerce la medicina, el doctor ha alcanzado el máximo y más preminente grado académico y acredita formación investigadora avanzada como científico en su área de la ciencia), para comprender una premisa elemental, los agentes biológicos ni identifican ni leen los pasaportes. No respetan las fronteras (en Ceuta, los invasores tampoco). No entienden de líneas en un mapa. Un virus, una bacteria, un parásito o un hongo no tienen ideología política. No votan. Simplemente, existen y se transmiten.

La biología, a diferencia del discurso político, no gana debates. Los hace irrelevantes cuando llega la hora de medir la realidad. Funciona igual para todos. Para el español que viaja a África, para el africano que viene a España, para el virus, para el presidente del “Gobierno” y su cohorte de ministros, incluida la ministra de Sanidad, para el emigrante y para el inmigrante.

Conviene detenerse en esta distinción antes de repartir etiquetas. En cuestiones de movilidad internacional, la precisión terminológica no es un capricho filológico ni una concesión al supuesto «lenguaje de los fachas». Es la condición mínima para saber qué desplazamiento estamos describiendo, desde dónde y hacia dónde. La RAE no parece sospechosa de xenofobia cuando distingue entre *emigrar* (dejar un país para establecerse en otro) e *inmigrar* (llegar a un país para establecerse en él). La dirección determina el contexto territorial que se está describiendo.

Confundir deliberadamente unas categorías con otras para evitar siquiera formular las preguntas pertinentes no es combatir la xenofobia, es renunciar al análisis. Si para algunos hasta consultar el diccionario antes de sacar conclusiones merece el calificativo de «facha», quizá el problema no esté en las palabras, sino en la alarmante facilidad con la que han decidido prescindir de su significado.

Llamar xenófobo a quien exige esa precisión equivale, en el fondo, a sustituir la discusión sobre los hechos por una descalificación moral de quien pretende describirlos correctamente.

¿Desde cuándo identificar una variable epidemiológica equivale a estigmatizar a una persona? ¿En qué momento la vigilancia sanitaria dejó de ser prevención para

Prof. Dr. Martín González y Santiago

Dr. en Medicina, Seguridad y Derecho
Analista de Inteligencia, Seguridad y Defensa

convertirse en sospecha ideológica? ¿Puede una realidad biológica dejar de existir porque resulte políticamente inadecuada a un relato?

1. El Ébola virus (2014 y 2026)

En 2014-2016, el mundo fue testigo del mayor brote registrado de enfermedad por el virus del Ébola hasta ese momento. Se originó en Guinea y se extendió rápidamente a Liberia y Sierra Leona, desde donde alcanzó otros países. Se registraron casos en Estados Unidos, España, Reino Unido, Italia y Nigeria, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 8 de agosto de 2014 este brote una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), conforme al Reglamento Sanitario Internacional. En sentido estricto, el brote fue causado por el virus del Ébola (*Orthoebolavirus zairense*), uno de los virus del género *Orthoebolavirus*.

España registró su primer y único caso de Ébola el 6 de octubre de 2014. Una auxiliar de enfermería del Hospital Carlos III de Madrid que había atendido a un misionero español repatriado desde Sierra Leona. La profesional se infectó durante la asistencia sanitaria, no por contacto comunitario. Fue el primer contagio de Ébola fuera de África Occidental en esta epidemia. El virus, como cabe esperar, no respetó las fronteras. Simplemente, se transmitió.

Aquella crisis dejó también una imagen difícil de olvidar. Excalibur, el perro de la auxiliar infectada, fue sacrificado por las autoridades sanitarias como medida preventiva ante el posible riesgo de transmisión del virus. La decisión fue objeto de actuaciones judiciales y de recursos posteriores, lo que demuestra hasta qué punto aquella respuesta sanitaria estuvo sometida a controversia y control jurídico. No era una persona, ni un inmigrante, ni un extranjero, para muchos, simplemente era un perro. Pero incluso entonces, la prevención sanitaria se tomó en serio hasta el extremo de adoptar una medida irreversible ante un riesgo que se consideró suficientemente relevante. La cuestión, por tanto, nunca fue el pasaporte del posible transmisor, sino la evaluación del riesgo.

Al finalizar, La OMS registró finalmente 28.616 casos y 11.310 muertes, cifras que ilustran la magnitud extraordinaria de aquella epidemia. En 2014, el Gobierno de España activó protocolos de cribado en aeropuertos, impuso cuarentenas, además de rastrear contactos.

En mayo de 2026, la OMS declaró una nueva Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por un brote de enfermedad por el virus de Bundibugyo, causado por el virus de Bundibugyo (BDBV), de la especie *Orthoebolavirus bundibugyoense*, en la República Democrática del Congo y Uganda.

Señaló que **ya existía propagación transfronteriza**. El contexto epidemiológico estaba condicionado, entre otros factores, por la elevada movilidad de población, los desplazamientos y los vínculos comerciales y transfronterizos.

Además, subrayó la necesidad de reforzar la **vigilancia epidemiológica, el rastreo de contactos, la preparación clínica, la prevención y control de infecciones y la preparación transfronteriza**, dentro de una respuesta coordinada internacionalmente.

La propia OMS incorpora el riesgo de propagación internacional y la movilidad de población entre los elementos de su evaluación. No es una interpretación política. Es epidemiología aplicada.

El virus no obtuvo el visado para cruzar de la República Democrática del Congo a Uganda. No entendió de fronteras nacionales.

2. Gripe española (1918-1919)

Entre 1918 y 1919, la llamada «gripe española» desencadenó una pandemia de alcance mundial. Las estimaciones históricas sitúan su mortalidad en decenas de millones de personas; la OMS cifra el balance en aproximadamente 50 millones de muertes. Su denominación puede inducir a error, ya que no existen pruebas concluyentes de que España fuera el origen de la pandemia. **La geografía del nombre no coincidió con la geografía del contagio.**

La expansión estuvo estrechamente relacionada con los movimientos masivos de población durante y después de la Primera Guerra Mundial. Tropas, buques y desplazamientos civiles contribuyeron decisivamente a la propagación internacional del virus. **La movilidad humana puede actuar como mecanismo de introducción y dispersión de agentes infecciosos, cualquiera que sea la dirección del desplazamiento.** No es una cuestión de atribuir enfermedades a poblaciones concretas. Es una cuestión de vías de transmisión, exposición, movilidad y condiciones epidemiológicas.

3. COVID-19 y SARS-CoV-2 (2020-2023)

Entre 2020 y 2023, el mundo atravesó la pandemia de COVID-19, la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. Identificado inicialmente en Wuhan (China) a finales de 2019, el virus se propagó rápidamente por numerosos países mediante una combinación de movilidad internacional y transmisión comunitaria. Los vuelos internacionales, el turismo, los desplazamientos laborales, inmigración, emigración y el comercio formaron parte del complejo entramado de movilidad que acompañó su expansión.

Durante la pandemia, España adoptó medidas extraordinarias de salud pública, entre ellas restricciones a la movilidad y medidas relativas a los viajes y a la entrada en el territorio, junto con una intensa vigilancia epidemiológica, la realización de pruebas diagnósticas y el despliegue de campañas de vacunación.

4 Mpox y *Orthopoxvirus mpox* (2022)

La mpox, anteriormente denominada «viruela símica» o «viruela del mono», es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la mpox (MPXV), perteneciente a la especie *Orthopoxvirus mpox*. En 2022 se produjo un brote internacional de gran magnitud que llevó a la OMS a declarar, el 23 de julio, una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). La enfermedad se extendió rápidamente fuera de las regiones de África donde era endémica y, en los países recientemente afectados, la gran mayoría de los casos se concentró inicialmente en hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en un contexto de transmisión principalmente asociada a contactos físicos estrechos y, de manera destacada, a redes de contacto sexual. El brote alcanzó a más de un centenar de países, y España se situó entre los países europeos con mayor número de casos. Esta distribución epidemiológica no implicaba que la enfermedad fuera exclusiva de esta población, ya que el virus puede transmitirse a cualquier persona mediante contacto estrecho.

El brote internacional volvió a demostrar que la movilidad internacional puede facilitar la introducción de un agente infeccioso en nuevos territorios y favorecer su posterior expansión, aunque el riesgo de transmisión debe determinarse atendiendo a las vías de exposición y a las condiciones epidemiológicas concretas, y no a la nacionalidad o procedencia de las personas. En agosto de 2024, la OMS declaró nuevamente una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) ante la evolución del brote de mpox en África, en particular por la expansión del clado Ib del MPXV en la República Democrática del Congo y otros países de la región, y el riesgo de una mayor propagación internacional.

El 15 de agosto, Suecia confirmó el primer caso de mpox por clado Ib fuera de África, en una persona con antecedente de viaje a una zona afectada de África. La respuesta sanitaria se articuló en torno a la vigilancia epidemiológica, la detección y aislamiento de casos, el rastreo de contactos, la vacunación de las personas con mayor riesgo de exposición o de enfermedad grave y las medidas dirigidas a prevenir la transmisión.

5. Virus Andes y movilidad internacional. Brote del *MV Hondius* (mayo de 2026)

En mayo de 2026, el crucero *MV Hondius* se convirtió en el escenario de un brote de infección por hantavirus asociado a su itinerario internacional. El agente identificado fue el virus Andes (ANDV), un hantavirus cuya transmisión entre personas, aunque infrecuente, está documentada. Tras la detección de varios casos y tres fallecimientos, el buque llegó a Tenerife y permaneció en el puerto de Granadilla de Abona, donde se desplegó una operación sanitaria internacional para la evaluación, evacuación y repatriación de pasajeros y tripulantes. La OMS colaboró con las autoridades españolas

en la respuesta y subrayó que el riesgo para la población general de Tenerife permanecía bajo.

El episodio volvió a poner de relieve que, ante eventos sanitarios asociados a la movilidad internacional, la coordinación entre las autoridades competentes resulta esencial para una respuesta eficaz.

6. Síntesis epidemiológica

De los precedentes anteriores se extrae una conclusión epidemiológica única y es que **los movimientos internacionales de personas pueden facilitar la introducción de un agente infeccioso en territorios previamente no afectados.**

Una persona procedente de una zona donde existe circulación de determinados agentes infecciosos, su procedencia, sus antecedentes de exposición, su vacunación, sus condiciones de viaje, su estado clínico y el período de incubación de determinadas enfermedades pueden constituir variables epidemiológicas relevantes.

El problema es qué riesgo epidemiológico presenta una situación concreta. Precisamente por eso los protocolos sanitarios deben evaluar riesgos, no pasaportes. Reconocer un riesgo epidemiológico implica evaluarlo, vigilarlo y, cuando proceda, adoptar medidas proporcionadas.

Si un español que viaja a determinados países tiene que recibir recomendaciones sanitarias, someterse a valoración médica o vacunarse frente a determinadas enfermedades, el mismo principio epidemiológico obliga a reconocer que determinados movimientos internacionales de población pueden constituir una variable relevante para la vigilancia sanitaria. **El propio Ministerio de Sanidad dispone de un sistema de Sanidad Exterior y de Centros de Vacunación Internacional para proporcionar recomendaciones y, cuando corresponde, vacunación relacionada con viajes internacionales.**

Entendemos el miedo a ser etiquetado. Entendemos la preocupación por no parecer xenófobo. **Pero la epidemiología no es xenofobia, tristemente para los de la “ultra siniestra” o “siniestra extrema”, es ciencia.**

7. La antítesis de los hechos

Durante la pandemia, el Gobierno de España adoptó medidas extraordinarias, aunque inconstitucionales, para contener la propagación del SARS-CoV-2, dentro de los sucesivos estados de alarma declarados entre 2020 y 2021.

El Tribunal Constitucional sometió algunas de esas medidas a control y las declaró inconstitucionales (aún seguimos esperando una Ley de Pandemias). Eso no equivale a

negar que existiera un riesgo epidemiológico ni que el Estado pudiera adoptar medidas de protección sanitaria, significa que incluso frente a una emergencia sanitaria el poder ejecutivo permanece sometido a la Constitución, aunque, como en Ceuta, no activó los mecanismos legales adecuados, o de manera extemporánea, **las emergencias, las crisis, los ataques contra la soberanía de un país, los agentes biológicos no entienden de periodos vacacionales.** Tampoco entienden de agendas estivales, *playlists* de verano ni recomendaciones de libros.

Que el presidente del “Gobierno” lo “despresida” porque pueda estar de vacaciones es una cuestión personal, que lo haga mientras el propio Gobierno afrontaba una situación de interés para la Seguridad Nacional, extemporánea y formalmente declarada en Ceuta 26 días después, mediante el Real Decreto 681/2026, de 25 de agosto es, cuando menos, una grave, (por no calificarla de aberrante) disfunción en el ejercicio de la responsabilidad institucional inherente al cargo, mientras Ceuta afrontaba la fase aguda de una crisis que el propio presidente había presentado como una agresión a la soberanía e integridad territorial de España, el jefe del Ejecutivo encontrara tiempo para el descanso estival, las recomendaciones musicales y literarias. Los agentes biológicos, desde luego, no consultan la agenda de La Moncloa antes de propagarse.

Si durante una pandemia por la enfermedad de la COVID-19 el propio Estado consideró necesario recurrir a instrumentos extraordinarios, (aunque posteriormente fueran declarados jurídicamente inidóneos por el Tribunal Constitucional), para reducir la transmisión de un agente infeccioso, resulta difícil sostener ahora, en el contexto de una situación de interés para la Seguridad Nacional derivada de una guerra híbrida contra Ceuta, por tanto contra España, que la movilidad internacional carece, en abstracto, de relevancia epidemiológica.

La Ley 36/2015 concibe estas situaciones como escenarios que, por la gravedad, urgencia y transversalidad de sus efectos, exigen una coordinación reforzada de las autoridades competentes, resulta difícil justificar que uno de los factores potencialmente relevantes para la seguridad sanitaria (la movilidad internacional) pueda ser descartado de antemano sin una valoración epidemiológica específica.

8. El «no colapso» oficial en Ceuta

A finales de julio de 2026, la invasión que se ha sucedido en Ceuta sometió al sistema sanitario local a una presión extraordinaria. El Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria defendieron públicamente que, pese al incremento de la presión asistencial, no se había producido un colapso sanitario. La versión oficial: «no ha habido colapso»

La ministra de Sanidad defendió la capacidad de respuesta del dispositivo sanitario desplegado en Ceuta y distinguió entre incremento de la tensión asistencial y colapso técnico del sistema.

Un sistema puede encontrarse sometido a una presión extraordinaria sin que, en sentido técnico, haya dejado de prestar los servicios esenciales. La cuestión, por tanto, no debería resolverse mediante una disputa semántica sobre la palabra «colapso». Debería resolverse mediante datos verificables, tales como el número de asistencias, ingresos, tiempos de espera, actividad de urgencias, consultas, recursos humanos, actividad programada, incidencias y capacidad efectiva del sistema.

En paralelo, representantes sindicales del personal sanitario han denunciado problemas relacionados con los sistemas de registro y con la contabilización de determinadas asistencias.

La documentación clínica, además, está sometida a obligaciones legales de conservación, seguridad y custodia. La Ley 41/2002 establece expresamente que los centros sanitarios deben conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, y que debe conservarse también, entre otros supuestos, por razones judiciales o epidemiológicas.

Por ello es capital determinar qué asistencias se produjeron, cuáles fueron registradas, cuáles no, por qué no lo fueron y qué mecanismos de auditoría permiten reconstruir la actividad real. Debe investigarse las eventuales deficiencias de registro, las incidencias informáticas, la trazabilidad de la información asistencial y la correspondencia entre actividad real y datos oficiales. Los datos son parte de la capacidad de conocer qué está ocurriendo y de decidir qué hacer.

La ministra asegura que **«no hay colapso sanitario»** y que **«no es una emergencia de salud pública»**. También afirma: **«Los migrantes no traen enfermedades»** y califica de **«falso y xenófobo»** vincular migración y enfermedad.

La realidad es que en Ceuta se han registrado tres casos de tuberculosis, unos 60 de gastroenteritis por *E. coli*, casos de sarna (*Sarcoptes scabiei*), **pediculosis (piojos)** e **impétigo**, y sospechas de varicela.

Respecto de esta última, la ministra ha descartado que los casos guardaran relación con la llegada de inmigrantes. Una afirmación que, desde el punto de vista epidemiológico, no puede sostenerse únicamente a partir del momento en que fueron detectados. La varicela presenta un período de incubación de entre 10 y 21 días, habitualmente de 14 a 16, además de un breve período prodrómico (fase inicial de síntomas previa a la aparición de las lesiones cutáneas), por lo que el diagnóstico posterior a la llegada no permite determinar por sí solo dónde se produjo la infección. Pero exactamente por la misma razón tampoco permite descartarla. Para establecer o excluir una relación sería necesario reconstruir la ventana de exposición, los desplazamientos y los contactos mantenidos durante el período de incubación.

Sanidad reconoce un riesgo de transmisión moderado **en el contexto de las condiciones de hacinamiento y permanencia en la calle** y, por si acaso la situación fuera tan inexistente como proclama la ministra, moviliza 45.000 dosis de vacunas: triple vírica, difteria-tétanos, varicela y polio. Por cierto, **no deja de producirme cierta perplejidad (y no poca ironía) la etimología de «ministra» procede del latín *minister*, «servidora» y «ayudante», en deliberada contraposición a *magister*, «quien dirige» o «quien manda».**

Ignoro en qué recodo de la historia administrativa los *ministri* fueron elevados del servicio público al Olimpo de los infalibles, quizá porque cuando Zeus se encuentra de vacaciones, corresponde a los semidioses mantener el orden entre los mortales. Sospecho que, en algún momento, debió de extraviarse la memoria de que el poder se ejerce *en servicio de*, y no *por encima de*, aquellos a quienes se gobierna.

Es difícil conciliar la categórica desvinculación de los casos de varicela con la llegada de inmigrantes con una respuesta sanitaria que incluye precisamente la movilización de 45.000 dosis de vacunas, entre ellas vacunas frente a la propia varicela. Una cosa es no haber demostrado epidemiológicamente una relación causal (lo que sería perfectamente legítimo) y otra muy distinta afirmar que dicha relación está descartada cuando la propia biología de la enfermedad obliga a analizar una ventana de exposición de hasta tres semanas.

Lo verdaderamente curioso es negar el colapso, la emergencia y minimizar el riesgo mientras se despliega una respuesta extraordinaria. Si todo es tan normal, resulta admirable el despliegue para que siga siéndolo.

La cuestión no es «inmigración sí» o «inmigración no». Tampoco «emigración buena» o «inmigración mala». Es aplicar criterios de salud pública basados en riesgo, proporción y evidencia. Reconocer un riesgo no equivale a criminalizar a una persona, pero ignorarlo no equivale a protegerla.

Cuando las autoridades sanitarias despliegan medidas extraordinarias de vacunación o vigilancia precisamente porque existen diferencias epidemiológicas entre poblaciones, resulta difícil sostener al mismo tiempo que ninguna variable sanitaria relacionada con la movilidad, la inmunización o la exposición merece ser evaluada.

¿Dispone la Administración de información sanitaria suficientemente completa, trazable y fiable para conocer qué está ocurriendo sobre el terreno y adoptar decisiones proporcionadas? La respuesta es más que obvia y todos la conocemos.

9. Izquierda, Sinistra, Ultrasinistra

Antes de definir el término satírico que hemos introducido en este artículo, conviene consultar lo que dice la Real Academia Española.

Prof. Dr. Martín González y Santiago

Dr. en Medicina, Seguridad y Derecho
Analista de Inteligencia, Seguridad y Defensa

- ✓ Izquierda: «Dirección correspondiente al lado izquierdo» y, en política, «conjunto de personas que profesan ideas reformistas o, en general, no conservadoras».
- ✓ Siniestra: «Dicho de una parte o de un sitio: Que está a la mano izquierda». También puede significar «avieso y malintencionado» o «infeliz, funesto o aciago».
- ✓ Ultraizquierda: «Izquierda política de ideología extremista».

La etimología nos dice que, mientras «diestra» procede del latín *dexter*, asociado a lo favorable o venturoso, «siniestra» procede del latín *sinister*, término relacionado tanto con la izquierda como con lo adverso o funesto. Me permito introducir un término, una licencia satírica, ante tanta barbarie anticientífica de la “parapolítica”, **la «ultra siniestra» o “extrema siniestra”**.

Pretende describir una actitud política, aquella que, en su empeño por combatir cualquier argumento asociado al adversario ideológico, acaba tratando como sospechoso cualquier dato que incomode su relato porque:

- ✓ Niega la evidencia epidemiológica cuando le resulta antiprogramática.
- ✓ Confunde el reconocimiento de un riesgo con la estigmatización de una persona.
- ✓ Convierte una cuestión técnica en una cuestión moral y, después, pretende que el dato desaparezca porque políticamente resulta inconveniente.
- ✓ Se proclama progresista mientras exige a la realidad que retroceda hasta encajar en el argumentario.
- ✓ “Desconocen” que los agentes biológicos no leen programas electorales.

PERORATIONES:

1. No es xenofobia preguntar por vacunación, prevalencia, exposición, incubación, trazabilidad, condiciones de alojamiento o capacidad asistencial.
2. La epidemiología separa a la persona de la enfermedad y a la enfermedad del riesgo.
3. La precisión terminológica no es ideología. Emigrar e inmigrar describen direcciones distintas de un desplazamiento. Saber desde dónde se parte, hacia dónde se llega y por dónde se transita es epidemiológicamente relevante.
4. Tachar «de facha» la prevención sanitaria no convierte el riesgo en ideología, así como negar un dato no lo hace desaparecer.
5. No haber demostrado una relación epidemiológica no equivale a haber demostrado que esa relación no existe. La ausencia de evidencia no puede convertirse, por decreto, en evidencia de ausencia.
6. Negar la relación epidemiológica entre movilidad y transmisión no convierte la negación en ciencia.
7. Quizá por eso la «ultrasiniestra» sea, aquí, la que convierte un dato epidemiológico en una cuestión ideológica. La biología, por fortuna, no vota ni redacta programas electorales, además de no adaptar sus períodos de incubación al relato político de nadie.

REFERENCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Clinical features of chickenpox (varicella)*. <https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-signs/index.html>
- España. Jefatura del Estado. (2015). *Ley 36/2015, de 28 de septiembre, de Seguridad Nacional*. *Boletín Oficial del Estado*, 233. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10389>
- International Committee on Taxonomy of Viruses. (2026a). *Betacoronavirus pandemicum*. *ICTV Taxonomy*. https://ictv.global/taxonomy/taxondetails?vmr_id=VMR1011388
- International Committee on Taxonomy of Viruses. (2026b). *Orthoebolavirus*. *ICTV Report*. <https://ictv.global/report/chapter/filoviridae/filoviridae/orthoebolavirus>
- Ministerio de Sanidad. (2026a, 14 de agosto). *Situación sanitaria asociada al aumento del flujo migratorio en Ceuta. Evaluación rápida de riesgo*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/migracionCeuta/docs/20260814_Situacion_Sanitaria_Ceuta.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2026b, 27 de agosto). *Protocolo de vigilancia para la detección precoz de enfermedades transmisibles y otros eventos de relevancia en salud pública en el contexto del flujo migratorio en Ceuta*. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/migracionCeuta/docs/Protocolo_Vigilancia_para_la_deteccion_precoz_20260827.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014, 8 de agosto). *Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 en África Occidental*. <https://www.who.int/es/news/item/08-08-2014-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ihremergency-committee-on-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 23 de julio). *WHO Director-General declares the ongoing monkeypox outbreak a Public Health Emergency of International Concern*. <https://www.who.int/europe/news/item/23-07-2022-who-director-general-declares-the-ongoing-monkeypox-outbreak-a-public-health-event-of-international-concern>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 14 de agosto). *WHO Director-General declares mpox outbreak a public health emergency of international concern*. <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- Organización Mundial de la Salud. (2026, 17 de mayo). *Epidemic of Ebola disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern*. <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- Real Academia Española. (s. f.). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). <https://dle.rae.es/>
- Tribunal Constitucional. (2021). *Sentencia 148/2021, de 14 de julio*. <https://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/26843>