

EL IMPACTO DE LAS CRISIS SANITARIAS INTERNACIONALES EN LOS DERECHOS DE LOS MIGRANTES

Deisy Ventura

- *El fantasma del “extranjero que trae la enfermedad” justifica medidas que restringen las migraciones internacionales y fomenta violaciones de derechos humanos* •

RESUMEN

El artículo ofrece un panorama del impacto de las crisis sanitarias en los derechos de los migrantes. Demuestra que la repercusión de la crisis del ébola sobre la movilidad humana no es una novedad: la asociación entre el extranjero y la enfermedad acompaña la historia de las epidemias y forma parte del proceso de construcción de las identidades nacionales en Occidente, manteniendo en la contemporaneidad el potencial de inducir o justificar violaciones de derechos. A continuación, afirma que las restricciones a las migraciones internacionales adoptadas durante la crisis del ébola son ilícitas a la luz del derecho internacional de la salud, aparte de contraproducentes en el combate a la epidemia. Además, considera el enfoque orientado a la seguridad de las migraciones internacionales y la salud como el germen de una especie de utopía totalitaria, al difundir la ilusión de que solo los sistemas de vigilancia son capaces de evitar la propagación internacional de las enfermedades, sin que el derecho a la salud esté garantizado en todas las regiones del mundo. Por último, invita al lector a reflexionar sobre la conexión entre la crisis sanitaria y las migraciones internacionales bajo el prisma de los embates que animan el campo de la salud global.

PALABRAS CLAVE

Crisis sanitaria | Derecho a la salud | Derechos humanos | Ébola | Movilidad humana | Reglamento Sanitario Internacional | Salud global

En 2014, en el auge de la epidemia de ébola en África Occidental, varios países, entre ellos Australia y Canadá, restringieron el ingreso en su territorio de personas provenientes de los países más afectados por la enfermedad (Guinea, Liberia y Sierra Leona).¹ Grandes compañías aéreas, como *British Airways* y *Emirates Airlines*, suspendieron total o parcialmente sus vuelos en dirección a la región más afectada.² Desprovistas de justificaciones científicas o de salud pública plausibles, estas medidas ignoraron la determinación categórica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que no debería haber restricción de desplazamientos, excepto para los portadores de la enfermedad y sus contactos directos, entre otros motivos porque ella obstaculizaría la llegada de ayuda de emergencia a los países más afectados.³ Los países contiguos al epicentro de la crisis cerraron sus fronteras terrestres. En el caso de Costa de Marfil, por ejemplo, esta medida impidió la repatriación de millares de refugiados marfileños que se encontraban en Liberia.⁴

Aparte de la restricción de movilidad humana, la crisis del ébola provocó también el recrudecimiento de la discriminación de migrantes negros, incluso de oriundos de regiones en las que no existía la enfermedad, al igual que ocurrió con los haitianos en Brasil.⁵ En este sentido, fue denunciada la adopción de medidas discriminatorias en relación a los profesionales de la salud que habían trabajado en África Occidental al volver a sus respectivos países de origen, como a España, los Estados Unidos y el Reino Unido.⁶ La privacidad de los pacientes o de casos sospechosos, incluso migrantes o refugiados, fue en muchos casos expuesta sin necesidad.⁷

Este artículo busca identificar, de forma general y breve, el impacto de las crisis sanitarias sobre los derechos de los migrantes. En su primera sección, demuestra que la repercusión de la crisis del ébola sobre la movilidad humana no es una novedad: la asociación entre el extranjero y la enfermedad acompaña la historia de las epidemias y forma parte del proceso de construcción de las identidades nacionales en Occidente, manteniendo en la actualidad su potencial de inducir o justificar violaciones de derechos humanos. La segunda sección demuestra que las restricciones a las migraciones internacionales adoptadas durante la crisis del ébola son ilícitas a la luz del derecho internacional de la salud, aparte de contraproducentes en la lucha contra la epidemia. A continuación, la tercera sección sostiene que el fortalecimiento del enfoque orientado a la seguridad de las migraciones internacionales y de la salud está construyendo una especie de utopía totalitaria, al propagar la ilusión de que los sistemas de vigilancia son suficientes para evitar la propagación internacional de las enfermedades. Por último, la conclusión invita al lector a reflexionar sobre la conexión entre crisis sanitaria y migraciones internacionales bajo el prisma de los embates que animan el campo de la salud global.

1 • El extranjero y la enfermedad

En sus estudios sobre la historia del miedo en Occidente entre los siglos XIV y XVIII, Jean Delumeau elabora una tipología de los comportamientos colectivos en los tiempos de la peste negra, concluyendo que, frente a una epidemia, el primer impulso, tanto en

el plano individual como en el colectivo, es el de nombrar a los culpables, como una manera de volver comprensible lo que parece inexplicable. Así,

*los culpables potenciales, contra quienes se puede dirigir la agresividad colectiva, son en primer lugar los extranjeros, los viajeros, los marginales y todos aquellos que no estén bien integrados en una comunidad, sea porque no quieren aceptar sus creencias, como en el caso de los judíos, sea porque fue necesario sacarlos a la periferia del grupo por razones evidentes, como los leprosos, sea simplemente porque vienen de otros lugares y por eso son considerados en alguna medida sospechosos.*⁸

La descalificación del extranjero en general se basa en la “burda síntesis de informaciones incompletas” que forja tipos colectivos “ingenuamente esquemáticos”, capaces de “asustar a la imaginación popular”.⁹ En la Edad Media, un campo particular de xenofobia (aversión al extranjero), fundado en razones culturales y políticas, hizo que la descalificación de sarracenos y bizantinos contribuyese a construir la identidad de los occidentales en oposición a los “orientales”, y más adelante que la descalificación de ibéricos e italianos contribuyese a destacar la diferencia entre regímenes políticos, como parte de la idealización de las figuras del hombre occidental y de la monarquía francesa.¹⁰ Así, a lo largo de la historia, los ejemplos de los motivos identitarios que han llevado al rechazo de los extranjeros corroboran la idea de que “no existe el extranjero como tal, solo se es extranjero ante una norma, una cultura, una civilización. En resumen, el extranjero solo existe en su relación con el otro”.¹¹

Esta brevísima remisión histórica corrobora la idea contemporánea de que cualquier “cálculo racional” que se intente hacer con respecto al riesgo de contraer una enfermedad deberá hacer frente a un imaginario tejido por representaciones,¹² incluyendo tanto a los fantasmas populares del inmigrante como vector de las enfermedades como el discurso de especialistas que señalan las consecuencias epidemiológicas de las migraciones poblacionales.¹³ Hito en la historia de la salud global, la epidemia de VIH/Sida que irrumpió en los años 1980 hizo renacer los miedos arcaicos de las grandes epidemias como la peste y la sífilis y, con ellos, los medios más represivos de protección, dirigidos en primer lugar a las poblaciones más estigmatizadas, como los homosexuales, los consumidores de drogas, las prostitutas y los extranjeros.¹⁴ En un estudio sobre la respuesta al VIH/Sida en China, Évelyne Micollier revela que la “construcción social de la enfermedad”, especialmente en las campañas de prevención, se articuló en torno a la noción del “extranjero” que trae el riesgo de contaminación, en la que los chinos incluían no solo a los nacionales de otros Estados sino también a los chinos que no son de la etnia Han.¹⁵

En Occidente, nació el mito acusador de que los haitianos serían los responsables de la aparición y de la extensión de la epidemia de VIH/Sida en los Estados Unidos, alimentado por la teoría de los grupos de riesgo conocida como de las 4H (hemofílicos, haitianos,

homosexuales y heroinómanos).¹⁶ En una obra fundamental sobre el tema, Paul Farmer demuestra que ese mito acusador crea un proceso de “responsabilizar a la etnia” mediante el cual se “acusa a las víctimas”, que solo puede ser comprendido teniendo en cuenta las relaciones de dominación política, social y económica entre Haití y los Estados Unidos.¹⁷

No obstante, varios episodios denotan la fuerza de esta amalgama. En 1993, el Senado prohibió la inmigración de portadores del VIH/Sida, con el apoyo del 71% de la población norteamericana, como respuesta directa a los 219 refugiados políticos haitianos portadores del VIH/Sida que esperaban en la base naval de Guantánamo Bay (Cuba), hacía casi un año, la autorización para entrar en los Estados Unidos.¹⁸

Pensando en el Brasil actual, un estudio de caso sobre la migración haitiana en Tabatinga (Amazonas), revela que “la salud fue sin duda el principal cristalizador de miedo que los inmigrantes haitianos inspiraron en la población local”, alimentado por la representación, promovida principalmente por concejales y por los medios de comunicación locales, de que una migración “incontrolada y peligrosa” conllevaría grandes riesgos sanitarios.¹⁹ No obstante, los autores constataron que tamaño alarmismo contrastaba con la realidad, pues el equipo de la ONG Médicos sin Fronteras que evaluó el estado general de salud de los migrantes consideró que no difería del cuadro general de la población local.

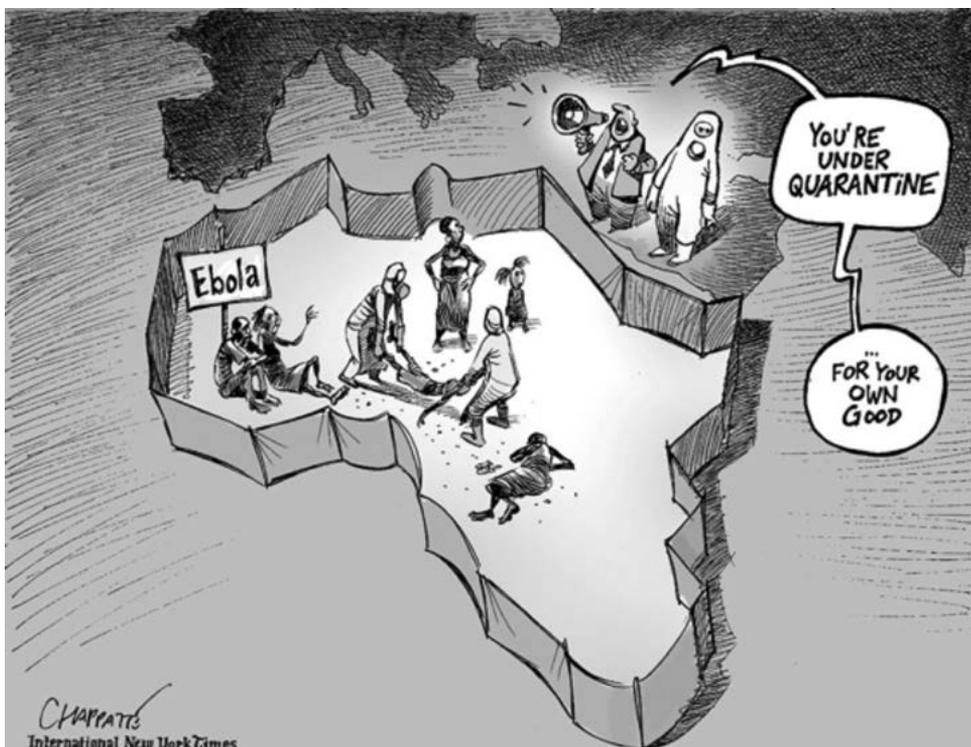
La repercusión de la crisis internacional del ébola en Brasil, aunque no se haya registrado ningún caso de enfermedad, alimentó ese miedo. Es necesario comprender que la enfermedad no es el acontecimiento que suscita la representación estigmatizadora del extranjero: al contrario, ella viene a llenar un espacio de descalificación preexistente.²⁰ Es lo que revela el estudio de la cobertura periodística de la crisis del ébola en Brasil, que constató el fortalecimiento de la idea de que África es un lugar de riesgo para la salud y que los africanos son agentes diseminadores del ébola, promoviendo “la africanidad como un factor de riesgo para la salud”.²¹

Sin embargo, el enfoque que los medios de comunicación brasileños adoptaron hacia la crisis del ébola no es una excepción, sino la regla. Los siete casos de ébola notificados en Occidente (cuatro en los Estados Unidos y casos individuales en España, Italia y el Reino Unido), entre los cuales solo hay un fallecimiento, tuvieron una repercusión vertiginosamente mayor que los millares de casos y defunciones ocurridas en Guinea, Liberia y Sierra Leona;²² totalizando 28.616 casos confirmados, probables o sospechosos y los 11.310 fallecimientos notificados a la OMS antes del 5 de mayo de 2016.²³ Hasta que la OMS la declarase una *Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional* (ESPII), en agosto de 2014,²⁴ los brotes de la enfermedad ocurridos en África desde los años 1970 habían recibido escasa atención. Por más peligroso que pueda ser, el virus que no genera un mercado significativo, como fue el caso del ébola, tiende a permanecer descuidado, lo que explica la ausencia de tratamientos y vacunas cuando eclosionó la epidemia. No obstante, “el mercado emerge cuando el virus sale del país donde a Occidente le gustaría mucho que se quedase”.²⁵

Los determinantes económicos de la percepción de la gravedad de una enfermedad corroboran, de cierta forma, la idea de que “salud significa tener las mismas enfermedades que nuestros vecinos”.²⁶ Tal percepción parece haberse reflejado en la reacción de una parte de la clase política y de los medios de comunicación de los Estados Unidos que fue contraria a la repatriación de los profesionales de la salud norteamericanos que actuaron en el combate con la epidemia del ébola, durante el auge de la crisis. Probablemente la descalificación previa de esos profesionales se correspondía al hecho de “haber estado donde no debían estar”, es decir, no comulgar con una indiferencia esencial a la salud de la mayoría de la población mundial para que las inmensas distorsiones de la actual gobernanza de la salud global sean mantenidas.²⁷ Así, en plena campaña para las elecciones a mitad del mandato (*midterm elections*),²⁸ hubo una instrumentalización política de la crisis sanitaria en los Estados Unidos.²⁹ El republicano Donald Trump atacó duramente el gobierno Obama, afirmando que las personas infectadas por el ébola no deberían ser repatriadas pues, aunque sea fantástico prestar ayuda en lugares distantes, ellos deberían asumir las consecuencias de sus actos.³⁰

La siguiente serie de dibujos de Patrick Chappatte, cuyos derechos de utilización nos fueron amablemente cedidos para la presente publicación, son de gran valor para entender algunos elementos de la compleja repercusión del ébola en el Occidente.

Figura 1 – Lidando con el ébola³¹



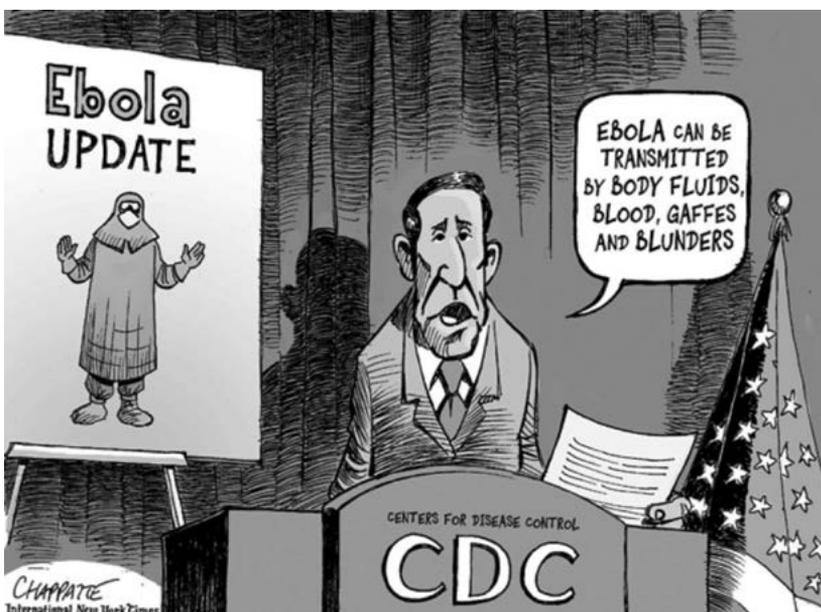
Traducción: [Ébola] [Están en cuarentena] [...por su propio bien]

Figura 2 – ¿Será que tiene ébola?³²

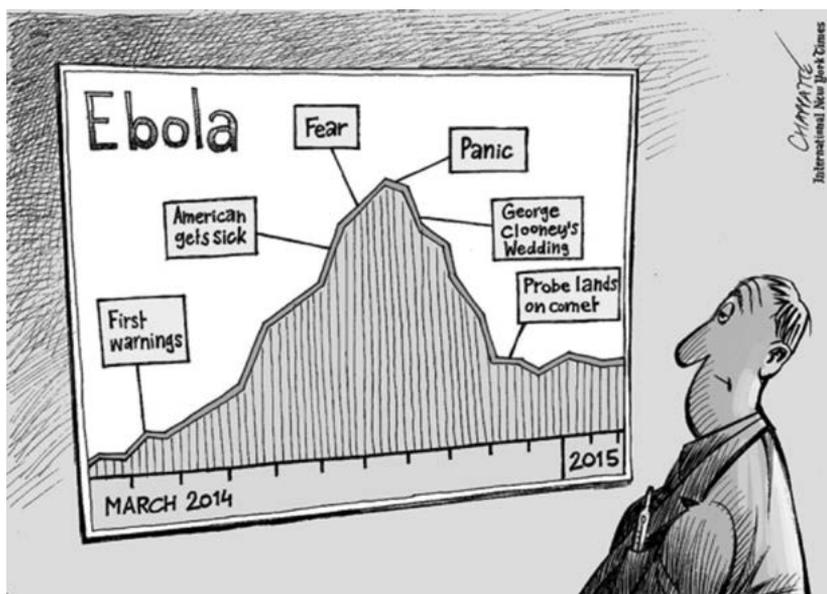


Traducción: [Sudores, náusea, temblores: tiene todos los síntomas...] [...de haber estado viendo las noticias últimamente]

Figura 3 – Últimas noticias de los CDCs sobre el ébola³³



Traducción: Cartel: Últimas noticias del ébola
[El ébola puede transmitirse por fluidos corporales, sangre, meteduras de pata y errores garrafales] Plataforma: Centros de Control de Enfermedades CDC

Figura 4 – El año para el ébola³⁴

Traducción: [Ébola-Primeros avisos-Un estadounidense se enferma-Miedo-Pánico-Boda de George Clooney-Sonda aterriza en cometa]

En resumen, una enfermedad descuidada como fue el ébola, que en el epicentro de la epidemia recibió una respuesta internacional unánimemente considerada como deficiente,³⁵ paradójicamente pasó a ser exacerbada fuera de su epicentro por una narrativa que imbricaba las nociones de seguridad y crisis, sustentadas por un espectáculo político y mediático.³⁶ Sin embargo, el impacto potencial de esa escenificación sobre los derechos humanos alcanzó el poder judicial. Merece especial atención la sentencia que consideró lícitas las inusitadas restricciones, impuestas por el gobierno del estado de Maine a una enfermera norteamericana repatriada de África Occidental, entre las que constaba la determinación de guardar una distancia de un metro en relación a otras personas.³⁷ Aunque reconocía la ausencia de base científica para su decisión, el juez la fundamenta en el reconocimiento del miedo que las personas tienen y que, sea racional o no, este miedo “está presente y es real”.

2 • Restricciones ilícitas a la movilidad humana

Durante la crisis del ébola, presionados por la vertiginosa diseminación del pánico, más de 40 Estados incumplieron las recomendaciones de la OMS sobre el tráfico de personas y el comercio; pocos países notificaron a la OMS sobre las medidas adoptadas, y algunos de ellos, cuando preguntados al respecto, ni siquiera respondieron a la organización.³⁸ Esto llevó a David Fidler a identificar otra epidemia: la del incumplimiento de las normas, en especial del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).³⁹ Vigente en 196 países, el RSI estipula que la

respuesta a la propagación internacional de enfermedades será hecha de modo proporcional, evitando interferencias innecesarias en la circulación de personas y mercancías (artículo 2º), garantizando “el pleno respeto a la dignidad, a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de las personas (artículo 3º).⁴⁰ En virtud del artículo 42 del mismo Reglamento, cualquier medida debería ser adoptada de manera transparente y no discriminatoria.

En la evaluación de Khalid Koser,⁴¹ las restricciones a los viajes pueden ser más perjudiciales que los problemas que pretenden resolver, por lo menos por tres razones. En primer lugar, la experiencia de las crisis sanitarias precedentes muestra que ellas raramente se deben al incremento de la movilidad humana; cuando esto ocurre, los desplazamientos tienden a ser internos, alejándose del epicentro del brote, y temporales, hasta que puedan tener informaciones más precisas sobre la enfermedad. En segundo lugar, las restricciones son ineficaces ante la actual dinámica de transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, que pueden ser diseminadas en todo el mundo en pocos días, ante la velocidad vertiginosa del tráfico de personas y del comercio internacional. Por esa razón, el RSI se concentra en medidas de salud pública para el control de vectores en los puntos de entrada por vía aérea, marítima o terrestre, aparte de la activación de los canales de comunicación entre los Estados, y no en la restricción en la circulación de personas. Por último, las restricciones de viajes y la imposición de medidas de aislamiento en caso de retorno perjudican el flujo del personal de la salud hacia las regiones más golpeadas justamente cuando es más necesario, afectando también el suministro de material médico y de asistencia humanitaria. De modo más general, acarrea un perjuicio significativo para la economía de la región afectada, interrumpiendo los flujos comerciales, además de perjudicar la capacidad de los gobiernos para gestionar la crisis.

Se puede añadir a este diagnóstico que la limitación de ingreso regular en los países de destino favorece la migración en situación irregular, siendo esta capaz de favorecer la propagación de enfermedades por la absoluta ausencia de control de su presencia en determinado territorio. Además, el ambiente de rechazo a la presencia de personas de un origen determinado puede llevarlas a no buscar tratamiento, por temor a medidas que tengan impacto sobre su situación migratoria.

Una comisión de especialistas independientes sugirió que, frente a la experiencia de la crisis del ébola, la OMS debería ser dotada de poder para sancionar a los Estados que no cumplieren sus reglas, ya que las restricciones indebidas causan graves perjuicios sociales, económicos y políticos a los países más afectados.⁴² En contraposición a esa sugestión, sin embargo, se argumentó que las deficiencias de la OMS en la respuesta al ébola habrían alentado a los Estados a ignorar las recomendaciones de la organización, como si el cumplimiento del RSI fuese una “negociación política” y los Estados solo pudiesen ser culpados de incumplirlo si la propia OMS y los Estados más afectados no hubiesen fallado en relación a sus propias obligaciones.⁴³ De todos modos, el hecho de que países como Australia o Canadá hayan adoptado restricciones impunemente revela que los países desarrollados poseen capital político suficiente para no cumplir sus obligaciones.^{44 45}

Por otro lado, la eventual capacidad de imponer sanciones no resolvería el mayor obstáculo al cumplimiento del RSI, que es la incapacidad de numerosos Estados, inclusive los países más afectados por la crisis, de cumplir las obligaciones asumidas por medio del Reglamento, debido a sus limitaciones económicas y políticas.⁴⁶ Es necesario reconocer que la plena aplicación del RSI en los países de África Occidental, por requerir una mejora significativa de las políticas y los servicios de salud que son indispensables para una vida digna, habría sido mucho más efectiva en lo concerniente al enfrentamiento de las causas de una parte significativa de las migraciones internacionales que las restricciones de circulación de personas adoptadas durante la crisis del ébola.⁴⁷

3 • Una utopía totalitaria en construcción

En septiembre de 2014, destituyendo a la OMS de su función de coordinadora de la acción internacional en el campo de la salud, el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) creó la primera misión sanitaria de urgencia de la historia, la Misión de las Naciones Unidas para la Acción de Urgencia Contra el Ébola (MINAUCE),⁴⁸ con el beneplácito del Consejo de Seguridad y de la Asamblea General. La epidemia del ébola fue entonces considerada una amenaza a la paz y seguridad mundiales. Desde entonces, prospera el enfoque de que la respuesta internacional a las crisis sanitarias, a partir de las “lecciones del ébola”, sea pautada bajo la perspectiva de “seguridad global de la salud”.⁴⁹ Sin embargo, combatir la propagación internacional de las epidemias por la vía del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y, cuando sea necesaria la respuesta internacional, de las misiones de la ONU enfocadas en la contención y la militarización, parece constituir una especie de utopía totalitaria.

Totalitaria, en primer lugar, porque justifica regímenes jurídicos de excepción (tales como las llamadas leyes anti ébola adoptadas por los países más afectados por la epidemia) que erosionan la democracia y el Estado de derecho, aparte de promover violaciones de derechos humanos que exceden por mucho las limitaciones al ejercicio de las libertades que podría ser exigibles para evitar propagaciones de enfermedades (como es el caso del cierre de fronteras, reales o políticas).

Es totalitaria, además, porque al descuidar problemas de salud graves a escala mundial – tales como la malaria, la tuberculosis, la salud de la mujer y de los indígenas, entre tantos otros – para privilegiar la doctrina de la seguridad de la salud global y el combate a las enfermedades construidas socialmente como más peligrosas, la respuesta internacional que fue dada a la crisis del ébola contribuyó en amplificar las desigualdades en el plano mundial.

En segundo lugar, se trata de una utopía. Sin entrar en el vasto debate sobre su concepto, esa expresión es utilizada aquí simplemente como “representación fantasmática de una sociedad necesaria e imposible.”⁵⁰ La estrategia de contención de enfermedades mediante el aislamiento del territorio está destinada al fracaso. Por mayores que sean las inversiones en recursos humanos y financieros para la vigilancia, toda barrera física

puede ser potencialmente rota. Del mismo modo, la estrategia de la “fórmula mágica”,⁵¹ la búsqueda de tratamientos y vacunas que buscan limitar la enfermedad sin enfrentar los determinantes sociales que, dependiendo del caso, potencian tanto su aparición como el alcance de su propagación, es impotente ante la constante mutación de los agentes causantes de las enfermedades infectocontagiosas.

Una vasta literatura demuestra la complejidad del origen de las epidemias. Los cambios de equilibrio entre el hombre y la fauna salvaje, las modificaciones de los ecosistemas y el aumento de los intercambios entre las zonas rurales y urbanas, así como los intercambios internacionales, son factores que contribuyen a la emergencia de nuevas enfermedades. Por lo tanto, las conexiones entre las esferas ecológica, epidemiológica y socioeconómica son indispensables: es necesario abordar la enfermedad y las epidemias bajo un prisma ecológico integrado, teniendo al hombre como elemento indisociable de una sistema complejo e interactivo.⁵²

Por todo esto, aunque la restricción de la movilidad humana puede ser adoptada excepcionalmente de forma legítima por las autoridades sanitarias (y no otras), con base científica e intentando reducir su impacto negativo sobre los derechos humanos,⁵³ ella está lejos de constituir una respuesta eficaz a la propagación internacional de enfermedades. Quedaría, a modo de conclusión, preguntar: ¿Cuál sería esa respuesta?

4 • Conclusión

No hay duda de que los riesgos de la circulación de las personas serían radicalmente reducidos si los Estados abordasen prioritariamente las causas de la persistencia y/o de la rápida propagación de las enfermedades, volviéndose capaces tanto de prevenir como de ofrecer respuestas nacionales consistentes a los brotes cuando ellos son declarados.

En este sentido, los recursos provenientes de la cooperación internacional deberían tener como prioridad no solo los sistemas internacionales de vigilancia o los programas de combate a enfermedades específicas. Son sobre todo los sistemas nacionales de salud, de acceso universal y gratuito, los que exigen recursos masivos para la prevención y atención básica a la salud, en infraestructuras sanitarias y en la contratación de profesionales de la salud bien formados, de carrera estable y bien remunerada.⁵⁴

Para hablar en serio sobre la seguridad de la salud global, y no sobre la seguridad específica de algunos Estados desarrollados, no se pueden dejar de mencionar otros factores decisivos, tales como: el cambio urgente y profundo de la regulación de la producción de alimentos y de medicamentos, capaz de someter a estas industrias a los imperativos del fortalecimiento de las normas y de las políticas de salud pública; la restricción absoluta de la fabricación y de la comercialización de armas que viabilizan los conflictos armados en curso, responsables de gran parte de la desolación del Estado de derecho y en consecuencia de los sistemas de salud de los países más pobres, como fue el caso de Liberia y Sierra Leona; aparte de la acción

internacional prioritaria en relación a los determinantes sociales de la salud, especialmente saneamiento básico, alimentación, vivienda y educación.

De esta manera, la dicotomía que caracteriza la interrelación entre las migraciones internacionales y la salud – por un lado la representación del migrante como una “amenaza” a la salud y, por otro lado, el reconocimiento de la vulnerabilidad de la salud del migrante, a menudo expuesto a difíciles condiciones de trabajo con acceso limitado a los derechos y políticas inclusivas – ⁵⁵ necesita ser superada con urgencia. El enfoque internacional de la salud del migrante y del refugiado debe ser pautado por los embates que están en juego en la formulación de políticas migratorias nacionales y regionales, pero también en las grandes disputas que se libran en el campo de la salud global,⁵⁶ en especial en lo que concierne a las necesidades que hoy hacen imposible para millones de personas tener una vida digna en el lugar donde nacieron.

NOTAS

- 1 • Reena Pattani, “Unsanctioned Travel Restrictions Related To Ebola Unravel The Global Social Contract,” *Canadian Medical Association Journal* 187, no. 3 (2015):166-167, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.cmaj.ca/content/187/3/166.full>.
- 2 • Mark Anderson, “Ebola: Airlines Cancel More Flights To Affected Countries.” *The Guardian*, 22 de agosto de 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.theguardian.com/society/2014/aug/22/ebola-airlines-cancel-flights-guinea-liberia-sierra-leone>.
- 3 • Ver “Statement on the 2nd meeting of the IHR Emergency Committee Regarding the 2014 Ebola Outbreak in West Africa,” OMS, 22 de septiembre de 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-2nd-ihc-meeting/en/>.
- 4 • Alexis Adele, “A Long Wait For Home – How Ebola Kept Refugees Stuck In Liberia.” *IRIN News*, 18 de marzo de 2015, visitado el 8 de mayo de 2016, <https://www.irinnews.org/analysis/2015/03/18-0>. La repatriación fue retomada a finales de 2015, cf. “Ivorian Returns Resume From Liberia After Ebola Outbreak,” *ACNUR*, 18 de diciembre de 2015, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.unhcr.org/5674384d6.html>.
- 5 • Un estudio realizado por Denise Cogo y Terezinha Silva concluyó que, entre los siete principales acontecimientos y temas relacionados con la inmigración haitiana en Brasil abordados por los medios de comunicación entre 2010 y 2014, se encuentra “la epidemia mundial de ébola, debatida a mediados de 2014 a través de la cobertura de situaciones cotidianas de discriminación y sospecha vividas por haitianos en ciudades brasileñas”. Ver Denise Cogo y Terezinha Silva, “Entre a Fuga e a Invasão: Alteridade e Cidadania da Imigração Haitiana na Mídia Brasileira,” *Revista Famecos – Mídia, Cultura e Tecnologia* 23, no.1 (2016), visitado el 8 de mayo de 2016, <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/21885>.
- 6 • Ver, por ejemplo, la declaración del médico norteamericano Craig Spencer, “Having and Fighting Ebola - Public Health Lessons from a Clinician Turned Patient,” *New England Journal of Medicine* 372 (2015): 1089-1091, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501355>.

- 7 • En Brasil hubo una amplia difusión de la identidad de un caso sospechoso que era solicitante de refugio. Ver Deisy Ventura y Vivian Holzacker, "Emergências Internacionais de Saúde Pública e Direitos Humanos: O Primeiro Caso Suspeito de Ebola no Brasil", *Lua Nova*, no. 98.
- 8 • Jean Delumeau, *La Peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècles) - Une cité assiégée* (Paris: Fayard, 1978): 131. El autor ofrece numerosos ejemplos en los que se responsabiliza a los extranjeros por la peste negra: en Lorena, en 1627, la peste fue llamada "húngara", y en 1636, "sueca"; en Toulouse, en 1630, "peste de Milán"; en Chipre, los cristianos masacraron esclavos musulmanes; en Rusia, los tártaros eran atacados; en 1665, los ingleses acusaban a los holandeses, etc.
- 9 • Charles-Victor Langlois, "Les Anglais du Moyen Âge d'Après les Sources Françaises," *Revue Historique* t. 52, fasc. 2 (1893): 298-315.
- 10 • Franck Collard, "Une Arme Venue D'ailleurs. Portrait De L'étranger En Empoisonneur," *Actes des Congrès de la Société des Historiens Médiévistes de l'Enseignement Supérieur Public* 30, no. 1 (1999): 95-106, visitado el 8 de mayo de 2016, http://www.persee.fr/doc/shmes_1261-9078_2000_act_30_1_1762.
- 11 • Bernard Cottret, *Terre d'Exil. L'Angleterre et Ses Réfugiés Français et Wallons, de la Réforme à la Révocation de l'Édit de Nantes, 1550-1700* (Paris: Aubier, 1985): 55-56.
- 12 • Delphine Moreau, "Dispositifs de Sécurité et Épidémie de SIDA", *Labyrinthe* 22, no. 3 (2005), visitado el 8 de mayo de 2016, <http://labyrinthe.revues.org/1038>.
- 13 • Didier Fassin, "L'Alterité de l'Épidémie. Les Politiques du SIDA à l'Épreuve de l'Immigration," *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17, no. 2 (2001): 139-151, visitado el 1 de junio de 2016, http://www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_2001_num_17_2_1782.
- 14 • Moreau, "L'Alterité de l'Épidémie," 2001.
- 15 • Evelyne Micollier, "L'Autre: Porteur Originel et/ou Vecteur Privilégié du VIH/SIDA (Chine Populaire-Taiwan)," *Autrepart - Revue de Sciences Sociales au Sud* (1999): 73-86, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://hal.ird.fr/ird-00445745/document>.
- 16 • También referida como de las 5H, añadiendo a las prostitutas (*Hookers*).
- 17 • Paul Farmer, *AIDS and Accusation - Haiti and the Geography of Blame*, 2a ed. (Berkeley: University of California Press, 2006). Farmer también hace referencia a la reversión puntual del discurso acusador, habiendo los haitianos a veces imputado a los Estados Unidos la introducción del VIH/Sida en Haití.
- 18 • "Près de Trois Quarts des Américains S'opposent à L'entrée Aus États-Unis des Étrangers Séropositifs," *Le Monde*, 16 de febrero de 1993, visitado el 8 de mayo de 2016, http://www.lemonde.fr/archives/article/1993/02/16/pres-de-trois-quarts-des-americaains-s-opposent-a-l-entree-aux-etats-unis-des-etrangers-seropositifs_3916822_1819218.html; y "Le Sénat Américain Interdit L'immigration des Étrangers Contaminés par le Virus du SIDA," *Le Monde*, 20 de febrero de 1993, visitado el 8 de mayo de 2016, http://www.lemonde.fr/archives/article/1993/02/20/reperes-medecine-le-senat-americaain-interdit-l-immigration-des-etrangers-contamines-par-le-virus-du-sida_3918279_1819218.html.
- 19 • Jean-François Veran et al., "Nem Refugiados, Nem Migrantes: A Chegada dos Haitianos à Cidade de Tabatinga (Amazonas)," *Dados* 57, no. 4 (2014): 1007-1041, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://dx.doi.org/10.1590/00115258201431>.
- 20 • Didier Fassin, "Une Double Peine - La Condition Sociale des Immigrés Malades du SIDA," *L'Homme*, no. 160 (2001): 137-162.
- 21 • Igor Sacramento e Izamara Machado, "A Imigração Como Risco Para a Saúde: Uma Análise das Representações do Imigrante Africano na Cobertura da Folha de S. Paulo Sobre o Ébola," *Comunicação e Sociedade* [Portugal] 28 (2015): 25-47.
- 22 • Deisy Ventura, "Do Ebola ao Zika: As Emergências Internacionais e a Securitização da Saúde Global," *Cadernos de Saúde Pública* 32, no. 4 (2016): e00033316, visitado el 8 de mayo de 2016, <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00033316>.

- 23 • “Ebola Situation Report,” OMS, 5 de mayo de 2016, visitado el 8 de mayo de 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205945/1/ebolasisrep_5may2016_eng.pdf?ua=1.
- 24 • “Statement on the 1st Meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa,” OMS, 8 de agosto de 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>.
- 25 • Bruno Canard, “Ebola: La Terreur Utile.” *Le Monde*, 13 de agosto de 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, http://www.lemonde.fr/idees/article/2014/08/13/ebola-la-terreur-utile_4471002_3232.html#SjZtw67C4QLYFD1A.99.
- 26 • Quentin Crisp, *The Naked Civil Servant* (Nueva York: Penguin, 1997).
- 27 • Sobre la gobernanza global de la salud y las desigualdades, ver Dominique Kerouedan y Joseph Brunet-Jailly (Orgs.), *Santé Mondiale. Enjeu Stratégique, Jeux Diplomatiques* (Paris: Presses de Sciences Po, 2016); y Ottersen *et al.*, “As Origens Políticas das Inequidades em Saúde: Perspectivas de Mudança.” Informe de la comisión The Lancet - Universidad de Oslo, mayo de 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=222.
- 28 • *Midterm elections* que renuevan totalmente la Cámara de Representantes y un tercio del Senado dos años después de las elecciones presidenciales.
- 29 • Gregg Gonsalves y Peter Staley, “Panic, Paranoia and Public Health - The AIDS Epidemic’s Lessons for Ebola,” *New England Journal of Medicine* 371 (2014): 2348-2349, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1413425>.
- 30 • Donald Trump, Post en Twitter, 1 de agosto de 2014, 6:22 p.m., visitado el 8 de mayo de 2016, <https://twitter.com/realdonaldtrump/status/495379061972410369>.
- 31 • Ebola is spreading © Chappatte in The International New York Times, August 27, 2014 (I140827).
- 32 • Ebol-ISIS: a scary world © Chappatte in The International New York Times, Oct 11, 2014 (I141011).
- 33 • Ebola in the USA © Chappatte in The International New York Times, Oct 18, 2014 (I141018).
- 34 • The Year of Ebola © Chappatte in The International New York Times, March 25, 2015 (I150325).
- 35 • Ver, por ejemplo, Mit Philips y Áine Markham, “Ebola: A Failure of International Collective Action,” *The Lancet* 384, no. 9944 (2014): 637, visitado el 8 de mayo de 2016, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61377-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61377-5).
- 36 • João Nunes, “Ebola and the Production of Neglect in Global Health,” *Third World Quarterly* 37, no. 3 (2016): 542-556, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01436597.2015.1124724>.
- 37 • “State of Maine Department of Health and Human Services v. Kaci Hickox, Docket n. CV-2014-36, Order Pending Hearing.” State of Maine, District Court - Fort Kent, 31 de octubre de 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, http://www.courts.maine.gov/news_reference/high_profile/hickox/order_pending_hearing.pdf (p. 3).
- 38 • “Report of the Ebola Interim Assessment Panel,” OMS, julio de 2015, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.
- 39 • D. P. Fidler, “The Ebola Outbreak and the Future of Global Health Security,” *The Lancet* 385, no. 9980 (2015):1884-1901.
- 40 • Versión en portugués aprobada por el Congreso Nacional, Decreto Legislativo 395/2009: OMS, *Regulamento Sanitário Internacional OMS* (Brasília: ANVISA, 2009), visitado el 8 de mayo de 2016, <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe029a0047457f438b08df3fbc4c6735/Regulamento+Sanitario+Internacional+versao+para+impresao+090810.pdf?MOD=AJPERES>.
- 41 • Khalid Koser, “Why Travel Bans Will Not Stop the Spread of Ebola.” World Economic Forum, 14 de noviembre de 2015, visitado el 8 de mayo de 2016, <https://www.weforum.org/agenda/2014/11/why-travel-bans-will-not-stop-the-spread-of-ebola/>.
- 42 • OMS, “Report of the Ebola Interim Assessment Panel”, julio de 2015.

43 • David Fidler, "Ebola Report Misses Mark on International Health Regulations." Chatham House, 17 de julio de 2015, visitado el 8 de mayo de 2016, <https://www.chathamhouse.org/expert/comment/ebola-report-misses-mark-international-health-regulations>.

44 • Reena Pattani, "Unsanctioned Travel Restrictions Related to Ebola Unravel the Global Social Contract," *Canadian Medical Association Journal* 187, no. 3 (Feb 17, 2015):166-167, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.cmaj.ca/content/187/3/166.full>.

45 • En relación a Canadá, octavo mayor destino del mundo en número de migrantes internacionales – cf. "Migration and Remittances Factbook 2016," Banco Mundial, 2015, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/4549025-1450455807487/Factbookpart1.pdf> (basado en datos de 2013 sobre la migración regular). Conviene recordar que, debido a un brote de síndrome respiratorio agudo grave (en inglés, SARS), en 2002-2003, el país habría sufrido un perjuicio directo e indirecto estimado en 2 mil millones de dólares canadienses debido a restricciones de tráfico; ver Pattani, "Unsanctioned Travel Restrictions," 2015.

46 • Ventura, "Do Ebola ao Zika," 2016.

47 • Khalid Koser, "International Migration and Global Health Security: Five Lessons From the Ebola Crisis," *The Lancet* 385, no. 9980 (2015):1884-1901, visitado el 1 de junio de 2016, doi:10.1016/S0140-6736(15)60858-3.

48 • Ver los principales documentos relativos a la MINAUCE en "UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER)," Global Ebola Response, 2014, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://ebolaresponse.un.org/un-mission-ebola-emergency-response-unmeer>.

49 • Ver, por ejemplo, David Heymann *et al.*, "Global Health Security: The Wider Lessons From the West African Ebola Virus Disease Epidemic," *The Lancet* 385, no. 9980 (2015): 1884-1901.

50 • Jean-Paul Deléage, "Utopies et Dystopies

Écologiques," *Ecologie & Politique*, no. 37 (2008): 33-43.

51 • Ver, por ejemplo, Marcos Cueto, "Chapter One: Malaria and Global Health at the Turn of the 21st Century: A Return to the 'Magic Bullet' Approach?," in *When People Come First: Evidence, Actuality, and Theory in Global Health*, ed. João Biehl y Adriana Petryna (Princeton: Princeton University Press, 2013): 10-30.

52 • Jean-François Guégan y François Renaud, "Vers Une Écologie de la Santé," en *Biodiversité et Changements Globaux - Enjeux de Société et Défis Pour la Recherche*, ed. Catherine Aubertin, Robert Barbault, Bernard Chevassus-au-Louis y Anne Teyssède (Paris: ADPF, 2005): 100-116.

53 • Es lo que afirma el RSI (ibid.) en su artículo 32: "en la implementación de las medidas de salud de las que trata el presente Reglamento, los Estados Parte tratarán a los viajeros con respeto a su dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales y minimizarán cualquier molestia o angustia asociada a tales medidas".

54 • Es preciso seguir con atención el debate sobre la *cobertura universal de la salud*, propuesta por la OMS, que aparentemente colmaría esa necesidad. Sin embargo, la propuesta fue duramente criticada por varios países, entre ellos Brasil, pues parece en principio atender más a los intereses del mercado de seguros que garantizar efectivamente el derecho a la salud de las poblaciones. Ver, por ejemplo, Paulo Buss *et al.*, "Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas," *Cadernos de Saúde Pública* 30, no. 12 (2014): 2564-2565, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02555.pdf>.

55 • Catty Zimmerman *et al.*, "Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making," *Plos Medicine* 8, no. 5 (2011): e10001034, visitado el 1 de junio de 2016, visitado el 3 de junio de 2016, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>.

56 • Deisy Ventura, "Mobilidade Humana e Saúde Global," *Revista USP*, no.107 (2015): 55-64, visitado el 8 de mayo de 2016, <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64>.

**DEISY VENTURA** – *Brasil*

Deisy Ventura es profesora del Instituto de Relaciones Internacionales y de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Publicó, entre otros libros, *Direito Global – o caso da pandemia de gripe AH1N1* (São Paulo: Expressão Popular/Dobra Editorial, 2013). Desde 2009, actúa en proyectos de extensión universitaria relacionados a los derechos de los migrantes en la ciudad de São Paulo (SP). Participó en la Comisión de Especialistas creada por el Ministerio de Justicia de Brasil que presentó el Anteproyecto de Ley de Migraciones y Promoción de los Derechos de los Migrantes en Brasil, en 2014.

contacto: deisy.ventura@usp.br

Recibido en mayo de 2016.

Original en portugués. Traducido por Sebastián Porrúa.



“Esta revista es publicada bajo la licencia la Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License”