

## Las crisis sanitarias y la migración

Michael Edelstein, David Heymann y Khalid Koser

**Las respuestas individuales y colectivas a las crisis sanitarias se suman a una respuesta de la sanidad pública ordenada, que la mayoría de las veces se opone a la necesidad de desplazamientos a gran escala. Restringir los movimientos de población es un modo muy ineficaz de detener la propagación de una enfermedad y sin embargo los Gobiernos suelen recurrir a ello en los lugares donde se origina una crisis sanitaria.**

Las leyes de cuarentena se encuentran entre las políticas sanitarias gubernamentales más antiguas; ya quedaron registradas durante las epidemias de peste que se produjeron en Europa en el siglo XIV, cuando varias ciudades portuarias del Mediterráneo aislaron a las comunidades afectadas por la enfermedad y restringieron los movimientos de la población en respuesta a una posible crisis sanitaria. A finales del siglo XVIII estos principios se habían convertido en norma en las fronteras internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en 1951 el Reglamento Sanitario Internacional con el objetivo de prevenir al máximo la propagación de enfermedades infecciosas pero interrumpiendo lo mínimo posible los viajes y el comercio. Este reglamento se centró en el control de cuatro enfermedades –el cólera, la fiebre amarilla, la peste y la viruela– y se basó en la presuposición de que sólo unas pocas enfermedades constituían una amenaza para los traslados y el comercio internacional, de que la migración era unidireccional y que las enfermedades se podrían detener en las fronteras internacionales.

El Reglamento Sanitario Internacional no dispone de ningún mecanismo oficial que obligue a su cumplimiento ni conlleva ninguna sanción por incumplir sus recomendaciones; en 1995 la OMS admitió que los países a menudo no declaraban la incidencia de estas enfermedades porque se arriesgaban a que se redujeran los viajes y el comercio con ellos. El Reglamento Sanitario Internacional no cubría enfermedades que estaban causando una gran tasa de mortalidad o que se propagaban rápidamente, como la gripe pandémica. La irrupción en 2003 del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y la del H1N1 en 2009 han demostrado que las enfermedades pueden propagarse por todo el mundo en cuestión de días.

Desde 2007 ha estado operativo un Reglamento Sanitario Internacional revisado. Éste se ha apartado de enfermedades específicas y ahora se centra en “emergencias de salud pública de

interés internacional”. El Reglamento Sanitario Internacional adopta un enfoque preventivo hacia la propagación internacional de enfermedades y hace hincapié en la responsabilidad nacional de detectar y confinar una enfermedad en su lugar de origen, exigiendo a los Estados que desarrollen y mantengan unas capacidades mínimas en cuanto a salud pública. El Reglamento Sanitario Internacional exige que se informe de las emergencias de salud pública de interés internacional a la OMS para que puedan desarrollarse medidas internacionales basadas con fundamento. A pesar de estar adheridos al Reglamento Sanitario Internacional, los países a veces vuelven al aislamiento y la restricción, a las amenazas o deciden cerrar las fronteras o imponer restricciones de viaje en un intento de evitar que las infecciones entren en su territorio. En respuesta a la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo de 2003, Kazajistán cerró su frontera de 1.700 km con China a todo el tráfico aéreo, ferroviario y rodado, y Rusia cerró la mayoría de sus pasos fronterizos con China y Mongolia. Durante la pandemia de H1N1 que tuvo lugar en 2009, China suspendió los vuelos directos desde México y realizó controles en los vuelos internacionales que llegaban, y hasta ponía en cuarentena a todos los viajeros del vuelo si se descubría que uno de los pasajeros tenía una temperatura corporal superior a 37,5° C. Todas estas medidas se tomaron en contra de las recomendaciones de la OMS.

### El exilio como respuesta a las crisis sanitarias

Los movimientos de población a gran escala como consecuencia directa de una crisis sanitaria son raros. Cuando se producen, la migración tiende a ser interna (hacia regiones que están directamente fuera de las inmediaciones de la zona de crisis); temporales; y tempranas, cuando la información acerca de la crisis sanitaria suele ser escasa, contradictoria o imprecisa. En 1995 un brote de peste en Surat (India) hizo que medio millón de personas huyeran de la ciudad. Durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo de 2003 abandonaron Pekín hasta un millón de personas. En estos dos ejemplos la gente tendía

marzo 2014

a marcharse a su pueblo natal y a regresar a la ciudad una vez que se había paliado la crisis.

La migración transfronteriza como consecuencia de una crisis sanitaria es aún más rara pero también se puede dar. En 2008-09, Zimbabue padeció uno de los brotes de cólera más grandes que se recuerdan; se sospecha que había 98.000 casos y que se produjeron 4.276 defunciones. En enero de 2009, antes de que el brote hubiese alcanzado su mayor pico, se estima que unos 38.000 zimbabuenses se habían exiliado a Sudáfrica, aunque es difícil estimar el impacto exacto del brote de cólera sobre la migración Zimbabue-Sudáfrica debido al alto grado de migración de base que se produce a diario cuando miles de zimbabuenses cruzan la frontera.

Una particularidad de las crisis sanitarias es la capacidad de los particulares y las comunidades para mitigar su efecto. La mejora gradual de la comprensión de las enfermedades infecciosas, los agentes que las causan, los modos de transmisión y las formas constatadas para controlar su propagación han hecho que los particulares, las poblaciones y los gobiernos puedan adoptar comportamientos preventivos, y que en muchos casos consigan adelantarse a las migraciones forzadas o voluntarias. Las acciones individuales o colectivas reducen el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades y ofrecen una alternativa al exilio, lo que podría explicar en parte por qué la gente decide no abandonar la zona en la que está teniendo lugar la crisis sanitaria. Durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo de 2003, la ciudad de Toronto (Canadá) fue la que experimentó el mayor brote fuera de Asia y adoptó una estrategia de cuarentena interna voluntaria de 10 días para los individuos que habían estado en contacto muy cercano con algún caso, que contó con muchos seguidores. Un total de 23.103 individuos estuvieron en cuarentena, de los cuales sólo 27 recibieron una orden que tuvieran que acatar por ley. Durante la pandemia de H1N1 de 2009, la OMS recomendó el desarrollo y la distribución de una vacuna, el uso de medicamentos antivirales, el cierre de escuelas, el ajuste del tiempo de trabajo, el aislamiento de los individuos que presentasen síntomas y consejos para sus cuidadores, y la cancelación de las concentraciones masivas como medios para mitigar la pandemia. La OMS declaró explícitamente que no recomendaba que se restringieran los viajes.

### Conclusiones

Resulta complicado atribuir la migración colectiva directamente a las crisis sanitarias,

en especial cuando se trata de una migración entre fronteras internacionales. Cuando la población migra es generalmente en aquellos casos en que se encuentran dentro de una crisis humanitaria mayor, que a menudo ya constituye una amenaza inminente para la vida y que con mayor probabilidad será el detonante de los movimientos de población. Aun cuando la emergencia subyacente no es repentina o catastrófica –como la caída gradual del Estado en Zimbabue– la migración debida a las crisis sanitarias se produce en un contexto en que ya existe una corriente de emigración hacia los países limítrofes y en el que los sectores de población desplazados por la crisis sanitarias utilizan el mismo medio para trasladarse que aquellos que migran por otras razones. Esto hace que resulte complicado atribuir la migración directamente a la salud o cuantificar los movimientos de la población que están relacionados con la calidad de la misma. En los casos en los que la gente se desplaza por culpa de las crisis sanitarias, las personas tienden a trasladarse a nivel interno y entre distancias cortas durante períodos de tiempo relativamente cortos, a menudo a causa de la confusión y el pánico.

Aunque el empleo individual y colectivo de medidas para mitigar el efecto de las crisis sanitarias puede explicar en parte por qué las crisis sanitarias no desembocan en la migración, dichas respuestas podrían seguir sin ser viables en países pobres en recursos e infraestructuras, en los que se suelen producir la mayoría de estas crisis sanitarias.

La actual interpretación de las dinámicas de transmisión de las enfermedades dicta que éstas no se pueden detener en las fronteras. Brotes como los de síndrome respiratorio agudo severo y H1N1 han demostrado que el volumen y la velocidad de los viajes en todo el mundo implican que las enfermedades pueden propagarse a nivel mundial en cuestión de días. Los modelos matemáticos ofrecen pocas pruebas de que la restricción de los viajes pudiera reducir el grado de propagación de la enfermedad. Esta prueba se refleja en el Reglamento Sanitario Internacional, que se centra menos en las medidas de control en las fronteras y más en cómo detectar la fuente de la crisis, cómo responder ante ella y en habilitar canales de comunicación internacionales. Los reglamentos permiten abogar por una respuesta a medida basada en hechos constatados para que cuando surja la crisis puedan centrarse en limitar la propagación de las enfermedades.

Aunque el Reglamento Sanitario Internacional incluye medidas de salud pública relacionadas con los viajes para limitar la propagación de las enfermedades –como medidas de control de vectores patógenos en los puntos de entrada por aire, tierra y mar–, éstas no están diseñadas para hacer recomendaciones sobre cuestiones relacionadas con la migración por causa de las crisis sanitarias, como el estatus de los individuos o sectores de la población que abandonan una zona que sufre una crisis de este tipo. Es poco probable que se reconozca a aquellos individuos que cruzan las fronteras internacionales simplemente para escapar de una crisis sanitaria como refugiados al amparo de la Convención de 1951; es más probable que se les considere migrantes.

Aunque existen precedentes legales de solicitudes de asilo relacionadas con cuestiones de salud que se han aprobado, en especial entre portadores del VIH, se les concedió el asilo por el temor de la persona a ser perseguida por ser portadora de este virus o por su orientación sexual más que por una cuestión de salud. Por lo general se ha visto más lo contrario: es decir, a personas que cumplían los requisitos para ser refugiadas y se les ha denegado el asilo y han sido deportadas por ser portadoras del VIH. ONUSIDA ha declarado que las restricciones migratorias relacionadas con el VIH violan constantemente el principio de no devolución de los refugiados recogido por los derechos humanos. Estos casos quedan fuera de las competencias del Reglamento Sanitario Internacional.

La flexibilidad ampliada en muchas legislaciones nacionales a personas que pese a no reunir los criterios legales para obtener el estatus de refugiado podrían estar en peligro si regresaran a sus países de origen podría aplicarse también a personas de países que sufren crisis sanitarias. Ya existen disposiciones similares, por ejemplo, para personas cuyos países se han visto afectados por catástrofes naturales (como la política de Estados Unidos hacia la isla de Montserrat y Haití). Dado que a menudo hay una interrelación entre las catástrofes naturales y sus consecuencias para la salud, debería ser relativamente fácil llegar a esta conclusión. El reto político estaría ahora en saber cuándo deberían levantarse las prohibiciones de deportación basadas en crisis sanitarias y parecería sensato que éstas estuvieran alineadas con las declaraciones de la OMS en el Reglamento Sanitario Internacional.

En un mundo donde los viajes, el comercio y el cambio climático se caracterizan por su rapidez, donde la frecuencia con que surgen enfermedades

infecciosas y otros problemas de salud va en aumento, el potencial de aumento de la migración relacionada con cuestiones de salud hace que sea necesario definir mejor su estatus. Deberán hacerse mayores esfuerzos para animar a los Gobiernos y a las organizaciones que trabajan con la migración y las poblaciones migrantes, a que interpreten y mantengan el Reglamento Sanitario Internacional como un medio para reforzar el potencial para prevenir la migración relacionada con crisis sanitarias al tiempo que se garantiza la mejor protección posible contra las enfermedades.

### Recomendaciones

Es necesario investigar más acerca del impacto de las crisis sanitarias sobre la migración, y en especial sobre la distinción entre la salud y otras motivaciones para migrar.

También es necesario que exista una mayor coherencia entre el Reglamento Sanitario Internacional y las políticas y prácticas migratorias a nivel nacional e internacional con el fin de que las respuestas del Gobierno para ayudar a las poblaciones a evitar que tengan que migrar durante las crisis sanitarias estén bien fundadas.

A nivel nacional, se requiere de una mayor coordinación entre las agencias gubernamentales que trabajan por separado sobre mandatos relacionados con la migración y la salud; las políticas migratorias nacionales deberán suministrar asistencia y protección a los migrantes que llegan de zonas afectadas por crisis sanitarias o que se enfrentan a la posibilidad de tener que regresar a ellas. Entre estas medidas se incluirían la suspensión de las órdenes de deportación hasta que dicha crisis se haya paliado.

**Michael Edelstein** [Michael.edelstein@doctors.org.uk](mailto:Michael.edelstein@doctors.org.uk) es miembro de la Agencia de Salud Pública de Suecia especialista en Epidemiología [www.folkhalsomyndigheten.se/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/)

**David Heymann** [David.Heymann@phe.gov.uk](mailto:David.Heymann@phe.gov.uk) es profesor de Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas en la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical y principal y miembro senior del centro Chatham House sobre la seguridad sanitaria mundial.

**Koser Khalid** [k.koser@gcsp.ch](mailto:k.koser@gcsp.ch) es exdirector del Centro de Ginebra para la Política de Seguridad [www.gcsp.ch](http://www.gcsp.ch) y miembro sénior no residente del Proyecto Brookings-LSE sobre desplazamiento interno. [www.brookings.edu/about/projects/idp](http://www.brookings.edu/about/projects/idp)