

Deusto Journal of Human Rights

Revista Deusto de Derechos Humanos

No. 9/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr92022>

ARTICLES / ARTÍCULOS

La salud como restauradora de jerarquías coloniales y racistas: del requisito de salud migratorio australiano al pasaporte de vacunación global en el régimen COVID-19

Health restores colonial and racist hierarchies: From Australian Immigration Health Requirement to Global Vaccination Passport in the COVID-19 regime

Carla Burbano

doi: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.2355>

Fecha de recepción: 10.02.2022 • Fecha de aceptación: 31.05.2022 •

Fecha de publicación en línea: junio de 2022

Copyright (©)

Deusto Journal of Human Rights / Revista Deusto de Derechos Humanos is an Open Access journal; which means that it is free for full and immediate access, reading, search, download, distribution, and reuse in any medium only for non-commercial purposes and in accordance with any applicable copyright legislation, without prior permission from the copyright holder (University of Deusto) or the author; provided the original work and publication source are properly cited (Issue number, year, pages and DOI if applicable) and any changes to the original are clearly indicated. Any other use of its content in any medium or format, now known or developed in the future, requires prior written permission of the copyright holder.

Derechos de autoría (©)

Deusto Journal of Human Rights / Revista Deusto de Derechos Humanos es una revista de Acceso Abierto; lo que significa que es de libre acceso en su integridad inmediatamente después de la publicación de cada número. Se permite su lectura, la búsqueda, descarga, distribución y reutilización en cualquier tipo de soporte sólo para fines no comerciales y según lo previsto por la ley; sin la previa autorización de la Editorial (Universidad de Deusto) o la persona autora, siempre que la obra original sea debidamente citada (número, año, páginas y DOI si procede) y cualquier cambio en el original esté claramente indicado. Cualquier otro uso de su contenido en cualquier medio o formato, ahora conocido o desarrollado en el futuro, requiere el permiso previo por escrito de la persona titular de los derechos de autoría.

Deusto Journal of Human Rights

ISSN: 2530-4275 • ISSN-e: 2603-6002, Núm. 9/2022, Bilbao

© Universidad de Deusto • <http://djhr.revistas.deusto.es/>

La salud como restauradora de jerarquías coloniales y racistas: del requisito de salud migratorio australiano al pasaporte de vacunación global en el régimen COVID-19

Health restores colonial and racist hierarchies: From Australian Immigration Health Requirement to Global Vaccination Passport in the COVID-19 regime

Carla Burbano¹
Universidad de Deusto

doi: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.2355>

Fecha de recepción: 10.02.2022

Fecha de aceptación: 31.05.2022

Fecha de publicación en línea: junio de 2022

Cómo citar/Citation: Burbano, Carla. 2022. «La salud como restauradora de jerarquías coloniales y racistas: del requisito de salud migratorio australiano al pasaporte de vacunación global en el régimen COVID-19». *Deusto Journal of Human Rights*, No. 9: 133-163. doi: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.2355>.

Sumario: Introducción. 1. Los «dispositivos» biopolíticos y biotecnopolíticos en el tránsito de un régimen disciplinario a un régimen farmacopornográfico. 1.1. Situando los dispositivos. 1.2. El Estado y la biopolítica en el control de poblaciones migrantes: toda biopolítica es inmunológica. 2. El requisito de salud en Australia como dispositivo biotecnopolítico en un contexto de migración. 2.1. Historia e implementación. 2.2. Biotecnopolítica: consolidación de una geopolítica del riesgo. 2.3. Red de vigilancia del Norte Global: Lista de alerta al movimiento (MAL). 3. Régimen COVID-19: ¿el pasaporte de vacunación, el «nuevo» dispositivo biotecnopolítico de exclusión global? 3.1. Pasaporte de vacunación y su implementación práctica. 3.2. Biotecnopolítica: Geopolítica del riesgo en torno al pasaporte de vacunación. 4. Consideraciones finales: alertas a la imposición un pasaporte de vacunación. Bibliografía.

Resumen: Si bien la imposición de requisitos de salud (RS) no es un elemento nuevo en el control de las migraciones contemporáneas y no contemporáneas. Si es un dispositivo biotecnopolítico recurrente en diferentes países para gestionar la gobernanza de la migración y la salud al operar como

¹ E-mail: carla.burbano@opendeusto.es. Orcid: 0000-0002-0608-903X

un filtro que privilegia ciertos cuerpos migrantes sobre otros. En Australia, desde hace décadas existe una extensa infraestructura de vigilancia que relaciona migración, salud, discapacidad y raza, que reproduce, por un lado, una geopolítica del riesgo que sitúa al sur global en desventaja. Y, por otro lado, articula un complejo sistema de seguimiento a nivel global a través de dispositivos de vigilancia informática que operan en complicidad con otros estados receptores de migraciones como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido. El objetivo de este estudio es utilizar el caso australiano como referencia para analizar las posibles consecuencias de imponer un «pasaporte de vacunación» como requisito sanitario global bajo el régimen de COVID-19.

Palabras clave: Requisito de salud, dispositivo biotecnopolítico, migración, COVID-19, pasaporte de vacunación, sur global, Australia.

Abstract: The imposition of health requirements (HR) as a biotechnopolitical device to control migration is not new; the analysis of the Australian case reveals an extensive surveillance infrastructure that relates migration, health, disability, and race, which reproduces geopolitics of (the) risk and that puts the global south at a disadvantage. In this way, the governance of migration and health is managed using the latter as a “filter that privileges” certain migrant bodies over others. At the same time, this governance has created a complex global monitoring system through computer surveillance devices that have been operating for decades in complicity with other states such as Canada, the United States, New Zealand, and the United Kingdom. The objective of this study is to use the Australian case as a benchmark to analyze the possible consequences of imposing a “vaccination passport” as a global health requirement under COVID-19 regime.

Keywords: Health requirement, biotech device, migration, COVID-19, vaccination passport, Global South, Australia.

Introducción

Los controles fronterizos desterritorializados, los mecanismos de securitización de la inmigración o la innovación tecnológica en el control territorial son mecanismos recurrentes en los contextos migratorios globales. Sobre su naturaleza, dinámica e implementación existe una amplia literatura (Ferhani y Rushton 2020, Casas-Cortes *et al.* 2015, De Genova 2013, Hess y Kasperek 2017) pero no son las únicas estrategias de control posibles. Tal y como sostiene Preciado (2020) también los dispositivos biotecnopolíticos posibilitan el despliegue de tecnologías de biovigilancia y biocontrol que materializan prácticas de poder más allá de la represión. Entender cómo se han ido transformando estos dispositivos a lo largo de la historia permite evidenciar «porque las técnicas de producción de poder y las técnicas de producción de verdad» son inseparables y en su proceso de transformación histórica han ido forjando diferentes figuras somatopolíticas» una de ellas, un «sujeto migrante» «racializado», «enfermo» y «discapacitado» comúnmente situado en el Sur Global y que continúa siendo objeto de gestión en un nuevo tipo de capitalismo farmacopornográfico.

La tendencia de usar dispositivos de corte biotecnopolítico que toman forma de medidas sanitarias, para la gestión o selección de cuerpos migrantes en estados democráticos del Norte Global, tiene evidencia histórica. De hecho, el objetivo de su aplicación es la mejora de las condiciones de vida de *sus* ciudadanos abarcando principalmente aquellos sujetos que cumplen con los cánones morales e higiénicos establecidos con anterioridad y que son el aval de su productividad y vienen ratificados por ella. Lo contrario sucede con los «indeseables» a quienes dejan a su suerte y de esta forma, ahorran los recursos que supondría intentar recuperarlos (Ugarte 2005, 51).

Por tanto, la exigibilidad de «requisitos de salud» prevista en el régimen jurídico-político de las migraciones a nivel global para condicionar o rechazar la entrada en determinados países de nacionales de terceros países, no funciona particularmente, como un mecanismo de «protección» de la salud del Estado-nación, sino que opera como un sofisticado dispositivo biotecnopolítico.

El alcance y desarrollo de estos dispositivos de biocontrol sobre las fronteras del Estado-Nación resulta particularmente ilustrativa en Australia. No solo porque desde hace décadas, en este país existe una extensa infraestructura de vigilancia que relaciona migración, salud, discapacidad y raza (Wilson y Weber 2008, Walsh 2020) sino también porque se articula un complejo sistema informatizado de seguimiento

a nivel global con otros estados como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido (O'Neil 2017, Grewcock 2014, Horner 2015).

Precisamente, la importancia del RS (requisito de salud) radica en que es un componente central en el régimen contemporáneo de control fronterizo australiano, la información sanitaria que se recaba de los solicitantes de visa o demandantes de asilo, es codificada con un código de alerta «Salud» (ARC). Esta información alimenta una base de datos informática más amplia, categorizada como «lista de alerta al movimiento» (MAL) que se comparte con otros países como Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos. A través de este código se controla la salud como filtro migratorio de ciudadanos extranjeros dentro y a través de las fronteras de los estados. Lo cual plantea serios problemas sobre confidencialidad de la salud, discriminación y violación de derechos humanos.

A través de un análisis en clave biopolítica, siguiendo una metodología cualitativa de revisión de la literatura sobre el sistema migratorio australiano y las actuales estrategias de control de los regímenes COVID-19 (Agamben 1998, Foucault 2007), el objetivo de este estudio es utilizar el caso australiano como referencia para analizar las posibles consecuencias de imponer un «pasaporte de vacunación» como requisito sanitario global bajo el régimen de COVID-19. Asimismo, se reflexiona si es previsible que las consecuencias de su aplicación consoliden prácticas y viejas dinámicas de exclusión, ahora legitimadas a nivel global por la pandemia COVID-19, ratificando una geopolítica del riesgo a través de una estructura de poder colonial y racista preestablecida.

Partiendo de estas dos premisas, el artículo se estructura en tres partes, en la primera se hará una breve introducción a la concepción genealógica de la historia del cuerpo propuesta por Preciado (2011), para identificar las características del nuevo régimen de capitalismo que el autor categoriza como farmacopornográfico y el modo en el que gestionan la «vida» los «dispositivos» biopolíticos y biotecnopolíticos en el tránsito de un régimen disciplinario a un régimen farmacopornográfico. Para entender como el Estado utiliza la biopolítica en «el control de los movimientos de población» en contextos migratorios, que legitima políticas inmunitarias.

La segunda define al requisito de salud, como un dispositivo biotecnopolítico, así como los elementos que lo componen en el caso australiano. En la tercera parte se aborda el escenario actual categorizado como régimen COVID-19 que analiza a breves rasgos las medidas «estratégicas» que han tomado los estados

para «mitigar» el impacto del COVID-19 situando el análisis más profundo en la exigencia de un pasaporte de vacunación para viajes internacionales como condición de entrada. Por último, se desarrollan consideraciones finales a manera de alertas ante la instauración de este dispositivo, que sintoniza con nuevas y viejas prácticas de exclusión, al evidenciar elementos compartidos con el caso referencial australiano.

1. Los «dispositivos» biopolíticos y biotecnopolíticos en el tránsito de un régimen disciplinario a un régimen farmacopornográfico

Preciado (2011) define la historia política del cuerpo a partir de tres momentos ligados cada uno a un «régimen somatopolítico» distinto: el régimen soberano, en el que el cuerpo aún está habitado por el poder teocrático, «es un cuerpo para la muerte», por lo que se usarán técnicas tanatopolíticas de gestión del cuerpo; el régimen disciplinario o biopolítico, en el que hay una proliferación de órganos y el cuerpo funciona como una máquina orgánica de reproducción nacional, surgen nuevas técnicas (biopolíticas) de gestión y control de la vida, la construcción del cuerpo y de la subjetividad, pero no desaparecen las anteriores, es la era de las instituciones totales (escuela, hospital, fábrica, etc); y el régimen fármaco-pornográfico, que iniciaría a mediados del siglo xx, y se caracterizará, entre otras cosas, por la centralidad que adquieren los discursos biotecnológicos y mediáticos que muchas veces entran en colisión con los discursos médico-científicos (dominantes en el régimen disciplinario). Aparecen nuevas técnicas farmacopornográficas de gestión del cuerpo y del poder. Técnicas que ya no son correctivas y propician la aparición de una nueva gama de figuras y ficciones somatopolíticas (teletrabajo, redes sociales, flexibilidad laboral, conectividad permanente, más tolerancia al biocontrol). La aparición de la noción médico-psiquiátrica de «género», la emergencia del cuerpo *cyborg*, la separación química entre heterosexualidad y reproducción o la conversión de la pornografía en cultura popular.

Tener esta concepción genealógica del cuerpo propuesta por Preciado es un proceso necesario para entender cómo se ha ido transformando a lo largo de la historia la relación entre cuerpo-poder-verdad, y con ello identificar las transformaciones ficcionales somatopolíticas en cada régimen, a través de técnicas de poder y verdad de gestión del cuerpo.

1.1. *Situando los dispositivos*

En el régimen disciplinario, la vida, como cualquier otro objeto epistemológico y político es resultado de un determinado dispositivo de saber/poder, en este caso, la biopolítica vigente a partir del siglo XVIII (López 2013).

Foucault (2007) considera que el dispositivo biopolítico de sexualidad es la gran tecnología del poder en el siglo XIX junto con el racismo, que es la forma moderna, estatal y biologizante, que se encuentra simultáneamente preocupada del cuerpo y de su gestión. El dispositivo de la sexualidad tiende a hacer vivir, mientras que el del racismo, llevado a sus extremos, puede hacer morir. Por lo tanto, estos dos dispositivos biopolíticos «sexualidad y racismo» describen los dos efectos posibles de un modelo de gubernamentalidad biopolítica. Podríamos decir que el dispositivo biopolítico es un conjunto de técnicas o tecnologías que responden a una racionalidad gubernamental de gestión de la vida.

En el régimen farmacopornográfico, Preciado (2020) evidencia que estamos pasando de una sociedad escrita a una sociedad ciberoral, de una sociedad orgánica a una sociedad digital, de una economía industrial a una economía inmaterial, de una forma de control disciplinario y arquitectónico, a formas de control microprotéticas y mediaticocibernéticas. Categoriza como «farmacopornográfica» al tipo de gestión y producción del cuerpo y de la subjetividad sexual dentro de esta nueva forma de biocapitalismo.

Algunos de los índices de la gestión biotecnológica en el ámbito de la sexualidad, por ejemplo, son la modificación farmacológica de la conciencia y del comportamiento, el desarrollo de drogas de diseño, la mundialización de la píldora, así como la producción de las terapias preventivas del sida o el uso del viagra. Mientras que, a nivel tecnológico, podemos encontrar índices de esta nueva gestión semiotio-técnica digital, en el desarrollo de la Internet, el uso de tecnologías informáticas móviles, la inteligencia artificial, algoritmos en el análisis de big data, y el desarrollo de dispositivos globales de vigilancia informática a través de satélite.

Preciado (2014) categoriza a estas técnicas de biovigilancia como «farmacopornográficas» por dos factores, el primero porque se introducen dentro del cuerpo, atraviesan la piel, nos penetran; y segundo, porque los dispositivos de biocontrol ya no funcionan a través de la represión de la sexualidad, sino a través de la incitación al consumo y a la producción constante de un placer regulado y cuantificable. Estas nuevas tecnologías blandas se toman el cuerpo

hasta volverse inseparables e indistinguibles de él. La píldora, el género y la pornografía serán definidos por Preciado como «los» dispositivos farmacopornográficos hegemónicos en la producción de subjetividad del siglo XXI. Así las nuevas técnicas de construcción del cuerpo y de la subjetividad (Preciado 2011), establecerán nuevos tipos de relaciones tanto conflictivas como simbióticas con las técnicas soberanas y disciplinarias, así como con las ficciones políticas ligadas a ellas. La industria farmacéutica (Parma) y la industria audiovisual (Porno) serán las productoras hegemónicas de la subjetividad de esta época y se retroalimentarán la una a la otra por la producción de mercancía para esa subjetividad producida. De ahí viene la conjunción de capitalismo farmacopornográfico, que nuclea las dos industrias para dar cuenta del sujeto actual que deberá proyectarse a escala global.

En el capitalismo farmacopornográfico, el deseo sexual y la enfermedad comparten una misma plataforma de producción y cultivo: «no existen sin soportes técnicos, farmacéuticos y mediáticos capaces de materializarlos». Desde un punto de vista farmacopornográfico, un tercio de la población afectada con VIH no está enferma. Los miles de seropositivos que mueren cada día en el continente africano son biocuerpos precarios, cuya supervivencia aún no ha sido capitalizada por la industria farmacéutica occidental. Lo contrario ocurre con la gestión del cuerpo categorizado como enfermo o discapacitado, «con la entrada de la estadística/matemática dentro de los procesos de gestión de salud, la noción estadística de la medicina se convertirá en la noción de la norma biopolítica, porque lo que exceda o no llegue a la media será considerado como «anormal» y por lo tanto será objeto de gestión a través de técnicas soberanas/tanatopolíticas (esterilización, aborto), biopolíticas (encierro, hospital, sanatorio, escuela...) y farmacopornográfica (terapias, morfina, prótesis, códigos) como veremos más adelante.

1.2. *El Estado y la biopolítica en el control de poblaciones migrantes: toda biopolítica es inmunológica*

La caída de las torres gemelas fue el hito fundacional, para la redefinición de los estados-nación en términos neocoloniales e identitarios y la vuelta a la idea de frontera física como condición del restablecimiento de la identidad nacional y la soberanía política. A partir de esto se han rediseñado las políticas gubernamentales migratorias de los últimos 20 años. La noción de biopolítica formulada por Foucault (2003) es de utilidad para comprender las

formas en que los Estados constituyen campos de intervención en la sociedad mediante tecnologías de poder y saber, bajo el enfoque de que el «estado problematiza» la realidad a través de una visión estratégica de administración dentro un territorio, en el que reconoce al biopoder como un poder más allá de sus formas coercitivas, entendido como el poder para potenciar la vida, gestionar la salud y el bienestar (Foucault 2007), esta dimensión positiva del poder tiene como elemento constitutivo al conocimiento, con lo cual se construye una «imagen que justifique la intervención estatal» a través de la legitimación de un «régimen de verdad» (Nicholls 2015) eficacia y de hacer bien. Más allá, del poder absoluto y soberano, que consistía en «dejar vivir y hacer morir». Para ello, precisa «normalizar» la vida, es decir, establecer la media general que permite estandarizar su rendimiento, y legitimar su clasificación jerárquica. En este contexto se construye una ficción somatopolítica (Preciado 2020) basada en diferencias dicotómicas asociadas a la normalización de la vida: hombre-mujer, normal-anormal, homosexual-heterosexual, enfermo-sano, etc.

Sin embargo, junto al biopoder, existe otro tipo de poder, el poder soberano. Si el primero (biopoder) es un poder descentralizado para manejar la salud y el bienestar y «para hacer vivir», el segundo es un poder centralizado, basado en la fuerza y la coerción, y que afirma ser absoluto, pues se reserva el derecho a matar (a dejar vivir o hacer morir) para imponer su orden. Aunque ambos tipos de poder pueden parecer incompatibles, Agamben (1998) explica que el poder soberano puede actuar en el marco del biopoder gracias a la introducción del racismo, una tecnología vital del biopoder para gestionar la vida y la muerte. El racismo permite una diferenciación jerárquica entre razas, delimitando una frontera entre amigos/enemigos no en sentido político o jurídico en base a la pertenencia a un Estado soberano, sino en sentido racial y biológico. De este modo, el racismo proporciona al poder soberano la capacidad de delimitar a qué poblaciones se les deja vivir y a cuáles se les hace morir o, en casos extremos, *cuáles* serán desaparecidas, por representar una amenaza generalizada, en sentido racial y biológico en vez de político, para la salud, el bienestar/desarrollo y la vida biológica de la población, a causa por ejemplo de la enfermedad, pobreza o la sobrepoblación (Pérez de Armiño 2011).

La ficción política constitutiva del régimen biopolítico es «el Estado» junto con la noción de «frontera», dando lugar a que «el control de los movimientos de población por parte este» se convierta en uno de los rasgos distintivos del Régimen biopolítico (Chavel 2015). El Estado

establece los cimientos para el orden político internacional del régimen biopolítico, con ello se establecerán espacios que diferencian «un adentro y un afuera», que legitima dinámicas de inclusión y exclusión de «aquellos que en este espacio de identificación y unificación artificial (*ficcional*) —llamada Estado— no pueden entrar» (Cossarini 2010, 11). Por la misma lógica, argumenta Cossarini, la igualdad artificial determinada jurídicamente por el Estado, anclada en la ciudadanía, crea paralelamente espacios de exención, dinámicas de producción del diverso y del excluido. Todo acto de protección implica una definición inmunitaria de la comunidad según la cual esta se dará a sí misma la autoridad de sacrificar otras vidas, en beneficio de una idea de su propia soberanía. El estado de excepción es la normalización de esta insoportable paradoja (Esposito 2011).

En torno a esta lógica muchos Estados aún hoy justifican su derecho a restringir la migración y, al mismo tiempo, el derecho que tienen de construir comunidades políticas según su criterio de selectividad (Walzer 2019).

2. El requisito de salud en Australia como dispositivo biotecnopolítico en un contexto de migración

El enfoque australiano para la selección de inmigrantes a menudo se presenta como un modelo para los países que buscan maximizar los beneficios de la inmigración para sus mercados laborales. Los formuladores de políticas en otros países han intentado a veces imitar las políticas de Australia. Durante su administración, Trump promocionó los beneficios de la prueba de puntos australiana para admisiones de inmigrantes y sugirió que el sistema podría servir como modelo para reformar las políticas de inmigración de los Estados Unidos. Gran parte de la reputación de Australia puede vincularse con el desempeño económico de sus inmigrantes, en particular aquellos que ingresan con visas vinculadas al empleo. Según una encuesta de 2015 realizada por el Departamento de Inmigración y Protección Fronteriza, casi el 90 por ciento de los inmigrantes admitidos a través de la corriente de inmigración calificada tenían un empleo seis meses después de llegar a Australia (Boucher y Davidson 2019).

Lo que obvia sin embargo este enfoque, es que en la práctica el control de los cuerpos ha sido parte integral de la construcción del Estado-nación. Y en Australia este ejercicio se consolidó a través de un modelo migratorio cuyo objetivo era crear «una nación construida

sobre un ciudadano deseado y sano» (Gothard 1997), este «ciudadano deseado sería racional, blanco, capaz y de buen carácter moral» (Soldatic y Fiske 2009).

La articulación de la otredad es constituyente del imaginario social, político, y económico de occidente, por ello en cada modelo de organización política, ya sea totalitario o democrático, «no se escatimaron esfuerzos en hacer uso de las técnicas más modernas para producir un tipo de vida en lugar de otros y animar su reproducción» (Berrío 2010, 31). En la modernidad el avance tecnológico y el saber científico justificaron las intervenciones biopolíticas en la población.

El requisito de salud (RS) en este contexto se configura como un dispositivo biotecnopolítico o farmacopornográfico por su rol clave en la gestión de los cuerpos que se construyen como «enfermos», «deficientes» o «discapacitados» en contextos migratorios.

Su función es importante, porque como dispositivo incluye un conjunto de tecnologías de producción y gestión sobre el cuerpo y los fluidos, prácticas de gobierno, técnicas de biopoder y constituye la «evidencia técnica» de los aparatos de verificación que legitimarán la adopción de prácticas de inmunización política, que combinarán formas soberanas de gestión del cuerpo (tanatopolíticas), biopolíticas y farmacopornográficas.

Los elementos que distinguimos para caracterizarlo son tres: la primera, la historia de su implementación con el fin de evidenciar la matriz colonial materializada en el desarrollo de un cuerpo legal que marcará la aplicación de una política inmunitaria que separa a poblaciones nacionales de las poblaciones migrantes. La segunda: su funcionamiento biopolítico y su materialización en una geopolítica del riesgo que evidencia una jerarquía racial y la tercera: el despliegue de una red de vigilancia del Norte Global, cuya materialización consolida un complejo sistema de seguimiento de movimientos migratorios, alimentada por códigos de alerta a la salud.

2.1. *Historia e implementación*

Desde aproximadamente la década de 1880, las leyes de migración en las seis colonias británicas (Australia se convirtió en Federal en 1901) estaban cada vez más preocupadas por dos cosas: la enfermedad y la raza. Todas las colonias tenían alguna versión de la Ley de Exclusión de China, cuya justificación se basaba en protocolos de salud pública para el control de la enfermedad. Se entendió específicamente que la viruela y la lepra fueron llevadas a Australia

por inmigrantes chinos (Watters 2002). La nueva Ley de Restricción de Inmigración de 1901, era la base legal de la política de White Australia, tenía un poder de salud pública, específicamente en la sección de «enfermedades repugnantes» (3d).

La detección de personas «discapacitadas» y «enfermas» tanto niños como adultos en las zonas migratorias de Australia a través de la ciencia médica se normalizó con la Ley de Restricción de Inmigración de 1901, bien conocida por la detección de migrantes no blancos, «lo que es menos conocido es que esta legislación también menciona explícitamente la discapacidad como uno de los principales sitios de exclusión de migración bajo la Sección 3 de la Ley» (Soldatic y Fiske 2009).

Así, en Australia, las conexiones entre la salud pública, la migración y la raza fueron explícitas, legales y técnicas, racionalizadas por la epidemiología y la ciencia de la época. Las bases históricas evidencian que el control de la salud de los migrantes fue central en el régimen de control fronterizo en Australia de ese entonces y lo sigue siendo ahora.

Con la ley de Migración de 1958 (vigente hasta hoy), el lenguaje racista y capacitista de la ley de 1901 fue eliminado. Sin embargo, la Ley de 1958 mantiene la noción del «ciudadano deseable» y excluye una variedad de cuerpos. Como novedad, se incorporó un proceso de evaluación de la salud como mecanismo central para determinar el estado migratorio (Soldatic y Fiske 2009). Esta Ley, como su predecesora, contenía una lista de enfermedades prescritas que excluirían a las personas de la migración. Además de esta Ley, en 1989 se introdujeron reglamentos de migración que prescribían nuevos criterios de salud y eliminaban toda referencia a enfermedades prescritas, con la excepción de la tuberculosis TB (Horner 2015).

Las Regulaciones de Migración se actualizaron en 1994, con ello se establece el RS bajo tres Criterios de Interés Público (PIC) del Anexo 4, que serán entendidos como criterios de salud migratoria, estos son:

- PIC 4005: se aplica a la mayoría de las visas y establece los criterios estándar de Requisitos de salud, incluido el cumplimiento de los requisitos de «costo significativo»² y «perjuicio al acceso» (Australian Department of Home Affairs 2020);
- PIC 4006: se aplica a las visas de negocios calificadas de larga duración. Los solicitantes que no aprueben el RS bajo este

² A partir del 1 de Septiembre de 2021 (última reforma) se consideran que los costos de AU \$51,000 o más son significativos.

- criterio tienen acceso a una exención siempre que su empleador patrocinador acepte indemnizar sus costos relacionados con la salud identificados; y
- PIC 4007: se aplica a un número limitado de visas familiares, calificadas y humanitarias. Los solicitantes que no cumplan con el RS bajo este criterio tienen acceso a una consideración de exención a discreción del Ministro. El solicitante podrá proporcionar informes médicos adicionales y otras pruebas de sus circunstancias para compensar los costos identificados.

El RS es considerado como «el principal mecanismo legal y administrativo a través del cual se evalúa la entrada de no ciudadanos y su impacto potencial en la salud de la comunidad australiana» (Horner *et al.* 2013). En Australia, las estadísticas relacionadas con visas negadas por motivos de «salud» en el año 2008-2009, como las proyecciones de ahorros generadas, revelan que se les negó una visa por motivos de salud a 1.587 personas, lo que permitió «ahorrar» a Australia cerca de AU\$ 90 a 100 millones (Joint Standing Committee on Migration 2010).

La Ley de Migración de Australia (1958) y el Reglamento (1994) estipulan que todos los solicitantes de visas permanentes deben ser evaluados según el RS. Esto incluye la pareja y los hijos del solicitante, incluso si no están incluidos en la solicitud, es decir que no van a migrar.

Los solicitantes de visa temporales deben someterse a un examen médico, radiografías de tórax y otras pruebas, dependiendo de la duración de su estadía, sus actividades previstas en Australia, el nivel de riesgo de tuberculosis en su país y otros factores. Los solicitantes de visas de refugiados (Refugee Council of Australia 2019) y visas humanitarias en alta mar también deben aprobar el RS. Los solicitantes de este grupo eran rechazados por motivos de salud. Sin embargo, esta política cambió en 2012, después de una investigación parlamentaria sobre el tratamiento de las personas con discapacidad en el sistema de migración en Australia (Joint Standing Committee on Migration 2010). En la actualidad a este grupo, se le concede de manera automática una «exención de salud» (Health Waiver). Sin embargo, la gran mayoría de inmigrantes con discapacidad siguen estando sujetos a la discriminación del RS.

Tabla 1

Requisitos de salud para solicitantes de visa permanente y provisional

| | | |
|---|---|----------------------------|
| Solicitantes de visa permanente y provisional | Generalmente, los solicitantes de visas permanentes y provisionales deben someterse a estos exámenes de salud. | |
| Edad | | |
| Menos de 2 años | — examen médico | |
| De 2 años en adelante, menores 11 años | País Alto Riesgo TB | País Bajo Riesgo TB |
| | — Prueba de detección de TB: ya sea prueba cutánea de tuberculina (TST) o ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA) si es de un país de mayor riesgo por TB o está solicitando una visa de tipo refugiado o humanitario | — examen médico |
| 11 o más pero menos de 15 años | — examen médico — radiografía de tórax | |
| 15 años o más | — examen médico — radiografía de tórax — prueba de VIH | |
| Circunstancia Especial | | |
| 15 años o más y tiene la intención de trabajar como (o estudiar para ser) médico, dentista, enfermero o paramédico | — prueba de hepatitis B y C | |
| 15 años o más y solicita una visa de protección en tierra | — pruebas de hepatitis B y C — prueba de sífilis | |
| 15 años o más y solicita una visa de refugiado | — prueba de sífilis — pruebas que abordan sus riesgos específicos para la salud | |
| Estás embarazada y planeas tener a tu bebé en Australia | — prueba de hepatitis B | |
| Es un niño en adopción o un niño bajo el cuidado de una autoridad de bienestar del gobierno de un estado o territorio australiano | — prueba de hepatitis B — prueba de VIH | |

Fuente: Elaboración propia con datos oficiales de Australian Government Department of Home Affairs (2020).

Tabla 2
Requisitos de salud para solicitantes de visa temporal

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Solicitantes de visa temporal | <p>Los exámenes médicos que necesita dependen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Que visa se solicita — Cuánto tiempo se planea permanecer en Australia — En qué nivel de riesgo país (TB), está categorizado — Si Australia piensa que su salud es de importancia especial, según lo que planea hacer en Australia — Cualquier circunstancia especial si se encontraron condiciones médicas significativas cuando fue examinado o durante el proceso de solicitud de visa <p>En general, los solicitantes de visas temporales deben someterse a estas pruebas:</p> | |
| Nivel Riesgo país (TB) | Su estancia será inferior a 6 meses | Su estancia será de 6 meses o más |
| Bajo Riesgo | no se necesitan exámenes de salud a menos que se aplique «una importancia especial» | no se necesitan exámenes de salud a menos que se aplique «una circunstancia especial» |
| Alto Riesgo | no se necesitan exámenes de salud a menos que se apliquen circunstancias especiales | examen médico radiografía de tórax (si tiene 11 años o más) |
| Circunstancia Especial | <ul style="list-style-type: none"> — Si su país está categorizado como del alto riesgo TB, y es probable que ingrese al entorno de atención médica u hospitalario. — Estás embarazada y tienes la intención de tener el bebé en Australia. — Tiene la intención de trabajar como (o estudiar para ser) médico, dentista, enfermero o paramédico — Es probable que trabaje (o sea un aprendiz) en un centro de cuidado infantil australiano (incluidos preescolares y guarderías) — Tiene 75 años o más y solicita una visa de Visitante (subclase 600) | <ul style="list-style-type: none"> — Examen de radiografía de tórax (si tiene 11 años o más) y un examen médico — prueba de hepatitis B — radiografía de torax exámenes médicos VIH pruebas de hepatitis B y C — radiografía de torax examen médico — examen médico |

Fuente: Elaboración propia con datos oficiales de Australian Government Department of Home Affairs (2020).

Las tablas 1 y 2 muestran a detalle los requisitos de salud específicos en categorías de visa temporales, permanentes y provisionales, así como la relación de la salud de los solicitantes con una estructura de clasificación geopolítica basada en el riesgo de contraer TB en un país y con menor presencia pero con igual importancia destacan otras enfermedades infecciosas como la hepatitis, sífilis y VIH, estas últimas asociadas «a priori» y de manera reiterativa con solicitantes de visa de protección o refugio.

Paralelamente, es oportuno considerar que cuando el examen de salud se realiza en el país donde se solicita la visa, funciona a través de un «panel» de médicos aprobados por el gobierno australiano o cuando se lo realiza en Australia, es través de una red de proveedores de atención médica privada llamada Medibank. El examen implica que un solicitante se someta a una radiografía de tórax y una serie de pruebas de diagnóstico relacionadas. Los resultados de los exámenes de salud, como los resultados de las radiografías de tórax se ingresan al Sistema del Tribunal de Administración de la Salud (HATS) y en Australia se configura la base de datos primaria de control de fronteras (Horner 2015, 119).

La radiografía de tórax es una herramienta para la detección de la tuberculosis TB activa. Si la persona tiene una afección médica significativa, los resultados de su evaluación se remitirán al Oficial Médico de la Commonwealth (MOC) para obtener su opinión sobre si cumplen con el RS. En la mayoría de los casos, la decisión del MOC es final. Si «no cumple» la autorización de salud no se puede otorgar una visa a menos que haya una exención de salud disponible y ejercida.

2.2. *Biotechnopolítica: consolidación de una geopolítica del riesgo*

La aplicación de prácticas médico-científicas como el «RS» que opera como «dispositivo biotechnopolítico» (Preciado 2020), para determinar «quien es deseable e indeseable» en las fronteras, constituye una técnica de biovigilancia que busca introducirse en el cuerpo, escanearlo, atraviesa la piel, nos penetra; y se convierte en un dispositivo de biocontrol que ya no funciona solamente a través de la represión. Esta nueva forma de gestión y reproducción de cuerpos y poblaciones es lo que Preciado (2020) ubica como característica de una nueva fase de capitalismo «farmacopornográfico».

En la actualidad, el RS es el principal «medio técnico» para dar efecto a los «criterios de salud migratoria». Un ejercicio que se consolidó dentro de un régimen de control fronterizo cada vez

más sofisticado, que «impone lógicas de soberanía, respaldadas por discursos políticos contingentes, que se refuerzan a través de la ley, herramientas tecnológicas y formas de sociabilidad para dar forma a configuraciones específicas del poder» (Horner *et al.* 2013).

En Australia la forma en que se construye la enfermedad y la discapacidad del inmigrante como amenaza, es en función de cómo se construyó el ideal de nación. Una nación construida sobre un ciudadano deseado y sano» (Gothard 1997). A partir del año 2012 Australia modificó insignificadamente su política en un elemento reducido de su programa nacional de migración, específicamente el Programa Humanitario y de Refugio, decisión que se tradujo en un aumento de refugiados y solicitante de asilo dentro del programa humanitario que ingresaron con alguna enfermedad o discapacidad a Australia, ya que la autoridad competente le otorgó una exención a la salud.

Esta decisión no modificó en absoluto las cuotas de ingresos en su Programa Nacional de Migración. Producto de las restricciones a la inmigración de personas afectadas con enfermedades tipificadas en la Ley de Migración (1958) y en los Reglamentos (1994), así como a personas «con discapacidad» han sido bloqueadas de ingresar a Australia desde hace mucho tiempo.

Los dispositivos biotecnopolíticos también operan para construir este imaginario sobre el riesgo de que una enfermedad, cuyo portador es un cuerpo inmigrante, representa para la salud de un cuerpo individual (el australiano), así como una amenaza para un cuerpo político específicamente imaginado (el estado-australiano), todo esto inscrito en una lógica más amplia de securitización, que se ha generalizado posterior al 11-S. Esto refleja el surgimiento de una lógica dominante que va más allá de la agregación de «riesgos» a nivel de población, hacia un enfoque de un nuevo «yo somático» (Preciado 2020) preocupado por la supervivencia biológica y la resiliencia de un imaginario de nacional y que se asume global.

Es importante situar que la amplia clasificación de riesgo de los países (donde Australia es de «bajo riesgo») está determinada por la incidencia de tuberculosis. Generando el despliegue de un ejercicio geopolítico relacionado con la santidad de las fronteras, las migraciones peligrosas y los riesgos extranjeros (Braun 2007, 22).

Entonces, en la práctica, esto afecta directamente la composición nacional y por lo tanto étnica de quienes pretenden ingresar a Australia (Australian Department of Home Affairs 2020), configurando una geopolítica del riesgo. Algunos solicitantes, de ciertos países categorizados como de bajo riesgo, simplemente pueden «declarar»

su estado de salud o sobre su enfermedad infecciosa, generalmente en formularios. Mientras que los solicitantes de países categorizados de «alto riesgo» deben cumplir con los criterios de salud específicos. En tal medida, la ley de migración australiana, opera para equiparar la TB como un «riesgo» para la salud pública, posicionándola de manera única entre otras afecciones, virus y enfermedades aún estigmatizadas como el VIH (Horner *et al.* 2013).

Los controles médicos se han utilizado también para detectar una variedad de discapacidades que se convierten en una amenaza cuando su potencial tratamiento ocasionaría un «costo significativo» para la comunidad australiana y que por lo tanto perjudicaría el acceso de los ciudadanos australianos y los residentes permanentes a la atención médica.

Esta gestión de los riesgos asociados a grupos de poblaciones específicos implica la identificación de «patologías sociales» así como el desarrollo y legitimación de intervenciones sociales (Collier y Lakoff 2006). Dichas intervenciones han servido para fortalecer el uso de dispositivos médicos como dispositivos biotecnopolíticos de salud y movilidad, como una forma de vigilancia con fines de disciplina y exclusión, pero también de institucionalización que responde a un contexto cada vez más securitizado.

El «RS» cuya función operativa busca satisfacer los tres criterios de interés público en ciudadanos no nacionales que buscan viajar a Australia, ocupa centralidad en el régimen contemporáneo de control fronterizo. Aunque aparece de manera naturalizada como «debido proceso» para obtener una visa, alimenta un componente central de una extensa infraestructura de vigilancia que relaciona migración, salud, discapacidad y raza (Soldatic 2015).

2.3. *Red de vigilancia del Norte Global: Lista de alerta al movimiento (MAL)*

MAL es una base de datos informática que almacena detalles biográficos de identidades y documentos de viaje de alerta en la inmigración a Australia. Estos datos son el resultado del cruce de información entre el Departamento de Asuntos Internos, seguridad, agencias de aplicación de la ley, otros departamentos del gobierno australiano y oficiales de inmigración en Australia y en el extranjero. Hay más de 700.000 identidades de interés que figuran en MAL. Las personas pueden aparecer en MAL cuando tienen antecedentes penales graves, incluidas aquellas que podrían constituir un riesgo

para la comunidad australiana y las personas que no pueden ingresar a Australia, ya que están sujetas a los períodos de exclusión prescritos por la legislación de migración. Esto puede ocurrir por una serie de razones, que incluyen deudas con el gobierno australiano, registros de inmigración adversos o problemas de salud.

Los resultados de los exámenes de salud, así como los resultados de las radiografías de tórax ingresan al Sistema del Tribunal de Administración de la Salud (HATS), estos datos alimentan la base de datos primaria de control de fronteras, es decir la Lista de Alertas de Movimiento (MAL). Esta base de datos contiene códigos motivo de alerta (ARC). MAL revela que las preocupaciones criminales y de salud están en aumento, y la tuberculosis es un factor clave (FOI 2011).

«Salud» (ARC) es la manera como se codifican las alertas de salud, por lo que proporciona información sobre las preocupaciones de salud sobre un posible sujeto migrante, a los funcionarios de control fronterizo. Se observa un crecimiento de los códigos de alerta de «salud» de 1246 en octubre de 2007 a 78.482 en diciembre de 2013 (FOI 2011).

Horner (2015), Walsh (2020) y otros autores (O'Neil 2017, Wilson y Weber 2008, Grewcock 2014) evidencian que los solicitantes de visa renuncian al derecho a la privacidad cuando ingresan al proceso de solicitud, lo que significa que el estado australiano puede usar y distribuir los resultados de diagnósticos y otra información con el fin de administrar la Ley de Migración vigente, incluso después de que el usuario ha decidido no proceder con la solicitud de visa. Adicional a esto, la información relacionada con salud se comparte de manera simultánea con Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos (Walsh 2020), una vez que los solicitantes presenten una solicitud en cualquier país, de esta manera se consolida un «complejo sistema de seguimiento de movimientos» a nivel global.

En sintonía con lo anterior, hay que destacar la propuesta que hace Ferhani y Rushton (2020) sobre los abordajes de fronteras, al evidenciar que la mayoría se centran casi exclusivamente en los puntos de entrada, no captan la variedad de prácticas fronterizas que utilizan algunos Estados, ni la variedad de ubicaciones en las que tiene lugar la frontera, por lo que es fundamental profundizar en el análisis de cómo y dónde ocurre esta, más allá de aquellas nociones teóricas centradas en el Estado. En sintonía con lo anterior, se observa que las prácticas de detección de salud de los migrantes reúnen elementos dispares, como «sistemas de control fronterizo existentes, nuevas interfaces tecnológicas y las prácticas de aplicación» para inspeccionar y vigilar el movimiento de los no ciudadanos dentro, más allá de las

fronteras y a través de estas en los Estados. Por lo que la evaluación de la salud de los migrantes alimenta contornos en expansión, que por un lado simplifica el proceso de información en alta mar y en menor medida en tierra, pero por otro lado plantea serias cuestiones sobre el levantamiento de nuevas fronteras a través de la difusión de información confidencial sobre la salud, que además puede exacerbar la carga del estigma en los solicitantes de visa y por ende su exclusión o institucionalización en una red de centros de detención «off shore» y «on shore» obligatorios y de permanencia indefinida.

En este contexto, evidenciar la conexión del caso australiano con el enfoque actual sobre la implementación de un pasaporte de vacunación global para viajes internacionales en un régimen COVID-19, es relevante. Ya que se trata de un requisito sanitario, que ya está operando como un dispositivo biotecnopolítico similar al utilizado por Australia y un conjunto de países del Norte Global. Por lo que es previsible que las consecuencias de su implementación se transcriban en prácticas de exclusión ya conocidas, y ampliamente legitimadas a nivel global después de la pandemia.

3. Régimen COVID-19: ¿el pasaporte de vacunación, el «nuevo» dispositivo biotecnopolítico de exclusión global?

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) como una pandemia. Los datos actualizados hasta el 31 de marzo de 2021, por el Josph Hopkings Coronavirus Research Center (2022) mostraron que esta enfermedad alcanzó más de 129 millones de casos, así como más de 2 millones de muertes relacionadas con la enfermedad a nivel global. Solo 10 meses después (30/01/2022) el número de casos casi se ha triplicado, alcanzando más de 300 millones y el total de muertes ha sobrepasado los 5 millones, es decir más del doble. Sigue encabezando la lista Estados Unidos, país que de manera paradójica fue calificado como el «más preparado» en el manejo de pandemias en el año 2019, ocupando el primer lugar en la lista del Índice de Seguridad de Salud Global (Nuzzo *et al.* 2020).

El miedo al contagio se ha convertido en la norma, donde el virus, es considerado retóricamente como el «enemigo invisible», pero de manera pragmática está provocando la promulgación de una variedad de prácticas limítrofes de exclusión (Ferhani y Rushton 2020) por parte de los estados, algunos de ellos «destacados en el manejo de la pandemia» (Owseykoff *et al.* 2020), generalmente de ingresos altos,

que han priorizado la defensa de un tipo específico de estado-nación. Que reafirman dinámicas ligadas «al empobrecimiento económico, la producción de precariedad social y la vulnerabilidad sanitaria» (Kersfeld 2020) de otros estados menos favorecidos, y que se concretan en la remarcación de una geopolítica del riesgo ya instaurada previamente y que fue puesta en evidencia en la primera parte de este artículo.

Sin embargo, precisamente, durante la pandemia podemos distinguir fundamentalmente «cuatro medidas estratégicas» (Ferhani y Rushton 2020), que adoptaron los Estados para «mitigar» el impacto de COVID-19, pero contrariamente han provocado efectos, que evaluados bajo el objetivo del bien común, resultaron contraproducentes:

1. Restricciones de viaje «indefinidas» sin informar las razones a la OMS. Lo cual ha provocado altos niveles de discriminación.
2. Prohibiciones de exportación (Simon 2020, 5) para prevenir la salida de ciertos tipos de bienes estratégicos como tecnologías médicas que son vitales para brindar tratamiento y atención a las personas con síntomas graves: equipos como ventiladores y equipos de protección personal (EPI), hasta productos más banales como las mascarillas faciales, jabón y desinfectante (Ferhani y Rushton 2020, 470).
3. Selección de ciudadanos «nacionales» para ser rescatados de Wuhan o de otras partes del Sur Global, consideradas de alto riesgo. Casi todos los gobiernos impusieron estrictamente requisitos de ciudadanía para garantizar la elegibilidad en el rescate «humanitario» (Elias *et al.* 2021).
4. La propuesta de generar una gama de requisitos de salud (Benton *et al.* 2021) como: cuarentenas, exámenes de salud, certificados médicos, cuestionarios declaratorios de salud, vigilancia post arribo, un pasaporte de vacunación, también denominado pasaporte de inmunidad o certificado de inmunidad, para viajes internacionales como condición de entrada (WHO 2021).

3.1. *Pasaporte de vacunación y su implementación práctica*

La estrategia de control implementada con el pasaporte de vacunación, tomando en cuenta la actual incertidumbre en torno a los hechos científicos relacionados con la inmunidad, así como la fiabilidad de las pruebas serológicas, requiere sin duda una cuidadosa consideración a las cuestiones éticas que subyacen a las decisiones

de expedir pasaportes de inmunidad. Los cuales además de prolongar potencialmente la propagación de COVID-19, es muy previsible que, generarán otro tipo de inequidad.

Un pasaporte de vacunación es un RS, una certificación del estado de vacunación o inmunidad, puede ser físico o digital, confirma que una persona no representa un riesgo para los demás y como tal permite ser admitido en un estadio, restaurante, trabajo, escuela, pero también se convierte en una condición de entrada en un aeropuerto o país, este trabajo se centra en esta última. Es preciso reconocer que «cualquier pasaporte nuevo, electrónico o físico, necesario u opcional, es siempre una adición a la lista de motivos de posible exclusión y discriminación: excluir, en nombre de una ilusión de control, es una de las principales funciones del pasaporte» (Torpey 2018).

No podemos ignorar que el acceso al pasaporte de vacunación está estrechamente ligado a la escasez inicial de la vacuna, lo cual está mostrando una distribución desigual a nivel mundial. Esto es devastador ya que las naciones más pobres tienen una mayor necesidad de proteger a grandes poblaciones que tienen una capacidad limitada para combatir el virus en igualdad de condiciones debido a los sistemas de salud débiles, condiciones de vida subóptimas y pobreza estructural.

El pasaporte de vacunación podría instaurar una jerarquía entre aquellos cuerpos que están exentos de tributos (los inmunizados) y aquellos que la comunidad percibe como potencialmente peligrosos (los demuni) que son aquellos que están excluidos del acto de protección inmunológica, en este caso la vacuna COVID-19.

Australia, Estados Unidos, Reino Unido y gran parte de la Unión Europea apoyan la creación de un pasaporte de vacunación (Rowan 2021). En Australia el 3 de marzo de 2021 empezaron las pruebas para el uso del sistema de pasaporte de la vacuna COVID-19 en los vuelos de Sidney-Nueva Zelanda a través de la aplicación Travel Pass de la Asociación de Transporte Aéreo Internacional. Ursula von der Leyen, Presidenta de la Comisión de la Unión Europea incluso sugirió que dicho certificado debería ser un «RS» o «requisito médico». En la misma línea el Ministro de Relaciones Exteriores británico, James Cleverly, dijo al programa Today de BBC Radio 4 que «no era una práctica infrecuente» que los países exigieran documentación sobre las vacunas y que el gobierno del Reino Unido trabajará con socios internacionales en esto. Por su lado, Biden reveló su estrategia pandémica nacional para poner fin a la pandemia Covid-19. Y con múltiples agencias gubernamentales evaluarán la «viabilidad» de vincular las vacunas Covid-19 con los certificados de vacunación internacionales y producir versiones electrónicas de ellos.

El año anterior la OMS advirtió sobre el uso de certificados de inmunidad, emitiendo un informe científico (WHO 2020) sobre el tema. El 15 de enero de 2021, la Sexta reunión del Comité de Emergencia de la OMS sobre COVID-19 (WHO 2021) recomendó que: tal medida no era aplicable dado que todavía existen incógnitas críticas con respecto a la eficacia de la vacunación para reducir la transmisión y la disponibilidad limitada de vacunas.

A pesar de ello, se encontró que existen más de 40 iniciativas (hasta marzo de 2021) entre públicas y privadas que están en diversas etapas de aplicación «piloto» y desarrollo de este pasaporte de vacunación y sus múltiples versiones. Por ejemplo, el Instituto Ada Lovelace (2021) está monitoreando el desarrollo de las diferentes formas de pasaportes de vacunas y aplicaciones de estado de COVID, así como la gobernanza de esos sistemas, que comparten datos verificables de salud privados y relevantes para COVID-19, que podrían usarse para transmitir a la sociedad e imponer restricciones de bloqueo diferenciales.

Las declaraciones de Canadá sobre el tema en marzo de 2021, evidencian que este tipo de dispositivos ya se usan para otras enfermedades como ya lo comprobamos en el caso australiano, para estos países es muy fácil sumar un elemento más a su lista de RS.

Países como Australia, Dinamarca, Grecia, Israel, Corea del Sur y Suecia han confirmado que los certificados de vacunas forman parte de su estrategia de cara al futuro (Gstrein *et al.* 2021, 6).

La Asociación de Transporte Aéreo Internacional, un organismo comercial que representa el 82% del tráfico aéreo mundial, ha afirmado que apoyaría el desarrollo de pasaportes de inmunidad para segregar a los viajeros sin riesgo, cuando estos estén respaldados por la ciencia médica y reconocidos por los gobiernos. A partir del 24 de noviembre de 2020, IATA ha desarrollado una aplicación llamada Travel Pass que muestra los resultados de la prueba COVID-19, junto con la prueba de vacunación y las reglas de entrada nacionales.

En este contexto, solo dos países han expresado su rechazo a este tipo de dispositivo, estos son Suiza y Serbia. El Grupo de Trabajo Científico Nacional de Suiza COVID-19, un consejo asesor científico nacional con un mandato de la Unidad de Crisis de Coronavirus del Consejo Federal Suizo y la Oficina Federal de Salud Pública, el 22 de abril de 2020, declaró que «tales pasaportes «de inmunidad» no deben utilizarse ya que restringen los derechos humanos, crean peligros sociales y no pueden justificarse por un interés público legítimo».

El 15 de marzo de 2021, antes del *incidente* Djokovic en Australia, el presidente serbio, Aleksandar Vučić sostuvo que sería escandaloso e irrazonable que el esquema de pasaporte COVID de la UE solo incluyera

las vacunas aprobadas por la Agencia Europea de Medicamentos. Esto excluiría a aquellos que han recibido vacunas chinas y rusas, que han sido las principales vacunas en Serbia y se utilizan ampliamente en otras partes de Europa del Este y los Balcanes.

Adicionalmente, Estonia y la Organización Mundial de la Salud anunciaron en octubre de 2020, que habían acordado colaborar en el desarrollo de un Certificado Internacional de Vacunación mejorado digitalmente, una «tarjeta amarilla inteligente» para ayudar a fortalecer la eficacia de la iniciativa COVAX (Eccleston-Turner y Upton 2021), que proporcionará vacunas COVID-19 a países más pobres.

3.2. *Biotechopolítica: Geopolítica del riesgo en torno al pasaporte de vacunación*

En el año 2019 se publica por primera vez el ISSG, la primera evaluación integral y comparativa de la seguridad sanitaria y las capacidades relacionadas en los 195 países que componen los Estados Parte en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). El objetivo de desarrollar este índice era «estimular cambios medibles en la seguridad sanitaria nacional que mejorará la capacidad internacional para abordar uno de los riesgos más omnipresentes del mundo: los brotes de enfermedades infecciosas que pueden conducir a epidemias y pandemias internacionales». Los hallazgos presentados demuestran que «ningún país está completamente preparado para epidemias o pandemias, y que todos los países tienen brechas importantes que abordar». Los países categorizados como «más preparados» fueron: Australia (75,5), Canadá (75,3), Finlandia (68,7), Francia (68,12), los Países Bajos (75,5), Corea del Sur (70,2), Suecia (72,1), Suiza (67,2), Tailandia (67,2), el Reino Unido (77,9) y Estados Unidos, que ocupó el primer lugar con un valor de índice de 83,5 sobre 100. El mayor número de países pertenecientes a la categoría de «menos preparados» se ubican, en África occidental y central. Esto evidencia las crecientes brechas entre estos países del Norte Global y aquellos países del Sur Global que pueden ser considerados como «potencial origen de las futuras pandemias», generalmente asociados con naciones del Sur global.

Sin embargo, se excluye del análisis factores estructurales que muestran otros elementos. Cuando la distribución de poder, dinero y recursos perjudica sistemáticamente a algunos individuos y grupos, esto conduce a inevitables diferencias en cuanto al acceso a salud, en este caso, particularmente al acceso a vacunas y por lo tanto a un pasaporte

de inmunidad. Es lo que se conoce como «inequidad en salud» (Xafis *et al.* 2020), dentro de los países, pero también entre países. Ciertos grupos vulnerables (migrantes, refugiados, desempleados, personas sin hogar, aquellos con acceso limitado a la atención médica básica) experimentan mayores inequidades porque están expuestos a múltiples niveles de desventaja estructural, lo que los coloca en mayor riesgo de contraer el virus porque continúan trabajando en la primera línea de alto riesgo y debido a las condiciones de vida. Lo mismo se replica a nivel país, si bien la injusticia estructural a menudo impide que los miembros de dichos países o grupos alcancen su potencial y prosperen, simultáneamente permite que otros se beneficien de manera desproporcionada.

El intento de globalizar los problemas de seguridad, en este caso particular «la salud» y asociar uno de los riesgos más omnipresentes del mundo, los brotes de enfermedades infecciosas con el Sur global «menos preparado», está orientando la gobernanza en salud y por tanto la regulación sanitaria de la vida y de las necesidades humanas. Este ejercicio ha reproducido un discurso de jerarquía racial, como en la era colonial y por tanto ha legitimado la intervención, vigilancia y control, de aquellos países del Norte Global, que son considerados «más preparados», legitimándose prácticas imperiales (Shani 2007) que buscan disciplinar y controlar a las poblaciones del Sur. A través de la re-producción de una geopolítica del riesgo.

El desarrollo de un pasaporte de vacunación, en este contexto, actúa como un dispositivo biotecnopolítico, inevitablemente asociado con el acceso a vacunas, así como con los problemas provocados por la desigualdad en el suministro y distribución, anclado a un «nacionalismo de vacunas» (Abbas 2020) y los derechos de exclusividad derivados de la propiedad intelectual del imperio Pharma. La exigencia de este RS, evidencia que la relación entre migración y contagio, es la tendencia de la salud pública de funcionar como un ejercicio geopolítico relacionado con la santidad de las fronteras, las migraciones peligrosas y los riesgos extranjeros (Horner *et al.* 2013).

Países en desarrollo, incluidos India y Sudáfrica, han creado una propuesta que solicita a la Organización Mundial del Comercio que renuncie a las protecciones normales sobre la propiedad intelectual. Esto beneficiará a las naciones en desarrollo con acceso limitado, ya que brinda oportunidades para crear versiones más asequibles de la vacuna COVID. Estados Unidos, la Unión Europea y el Reino Unido han rechazado la propuesta. En su lugar los países ricos han reservado dosis suficientes para sus ciudadanos puedan ser inmunizados varias veces, según Nature (Mullard 2020) los 27 estados miembros de la Unión

Europea junto con Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Japón han reservado aproximadamente la mitad, para pedir dosis adicionales a través de contratos ya firmados.

No existe un sistema establecido para regular y realizar la distribución justa de la vacuna. Esto deja una disminución de los suministros a corto plazo para los países de ingresos bajos y medianos. Es poco probable que las naciones de bajos ingresos de África, Asia y América Latina vacunen a la mayoría de su población antes de 2023 o 2024 (ShahFollow *et al.* 2021).

Si bien algunas empresas farmacéuticas se han comprometido con el «Compromiso Open COVID» de compartir patentes y propiedad intelectual durante la pandemia, las empresas farmacéuticas más rentables siguen insistiendo en mantener el control monopólico de sus vacunas y medicamentos, por este motivo esta industria ha mostrado grandes ganancias durante esta crisis sanitaria. Pfizer, Moderna, Therapeutics y Johnson & Johnson acumularon \$ 125,3 mil millones en ingresos durante 2020. Sin embargo, los ingresos totales de Moderna aumentaron 13 veces en comparación con el año anterior. Existe un escenario cada vez más probable en el que podría ser necesario en los próximos años reforzar a los pacientes vacunados con COVID-19. Eso significará más ganancias, de la vacuna para quienes la producen. Aun cuando casi todas se desarrollaron con subsidios gubernamentales (Hooker y Palumbo 2020).

Paralelamente el COVID-19 está impulsando un crecimiento sin precedentes del mercado biométrico que de acuerdo al último informe producido por Technoavioeste sector crecerá en \$18.1 mil millones en todo el mundo del 2020-2024 (Jarrahi 2020), esto impulsado por el desarrollo de iniciativas gubernamentales durante la pandemia COVID-19, así como la utilización cada vez más generalizada de inteligencia artificial y el Big data, para el desarrollo y uso del pasaporte de vacunación en la lucha contra el COVID-19 (Pham *et al.* 2020).

Así el Estado legitima el aumento de sus prerrogativas e intervenciones estatales con amplia aceptación colectiva, para ello despliega una narrativa de la enfermedad y la criminalidad que construye una dicotomía entre un adentro susceptible de verse afectado por un afuera ya infectado, que insta a solapar las diferencias internas y encumbrar una supuesta unidad nacional. En correspondencia, se implementa una respuesta que se asume global y «universal» y que tiende a homogenizar a las poblaciones privilegiando ciertas racionalidades y valores en un contexto de heterogeneidad. De ese modo, la narrativa de la raza y la enfermedad como amenaza, reorganiza a los actores políticos y las relaciones entre los sujetos, haciendo incluso que ciertas realidades, espacios y poblaciones sean visibles bajo el

paradigma médico patologizante y el paradigma criminal, de esta manera el migrante, sin acceso a vacunas y por ende excluido de un pasaporte de vacunación, con, o sospechoso de tener COVID-19 se convierte en sujeto de intervención, vigilancia, control e institucionalización, bajo el mantra ficcional de la garantía de seguridad nacional, ampliamente legitimado por la figura del estado de excepción que ahora se aplica a nivel global.

4. Consideraciones finales: alertas a la imposición un pasaporte de vacunación

La incertidumbre actual ante los efectos de la pandemia y la sofisticación de los dispositivos y estrategias de biocontrol migratorio bajo el pretexto de proteger la salud global dan lugar a analizar los efectos del uso de Requisitos de Salud en el contexto migratorio. A partir del caso australiano se evidencia que exigir «requisitos de salud» a no nacionales que pretendan ingresar a este país, no funciona, como mecanismo de «protección» de la salud del Estado-nación, como se posiciona y legitima. Por el contrario, pone en evidencia una extensa infraestructura de vigilancia que relaciona migración, salud, discapacidad y raza, que reproduce no solo una geopolítica del riesgo, sino que gestiona la gobernanza de la migración y la salud, utilizando esta última como «filtro que privilegia» ciertos cuerpos migrantes sobre otros. Una muestra de ello es el complejo sistema de seguimiento a nivel global a través de dispositivos globales de vigilancia informática que han estado operando desde hace décadas en complicidad con otros estados como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido.

Bajo la misma estrategia de bio-control, de la enfermedad por medio de la implantación de un pasaporte de vacunación global para viajes internacionales como condición de entrada en un régimen COVID-19, se despliega la reproducción de un dispositivo biotecnopolítico similar al utilizado por Australia y un grupo de países del Norte Global para la selección sanitaria de ciertas migraciones. Por lo que es previsible que las consecuencias de su aplicación se traduzcan en prácticas de exclusión que ya se han evidenciado. La previsible expansión de estos dispositivos, prioritariamente usados y desarrollados por los Estados del Norte Global, con el objeto de gestionar la gobernanza de la migración y la salud, tienen como consecuencias, entre otras:

1. La ampliación de las formas dominantes de gestión soberanas, biopolíticas disciplinarias y farmacopornográficas de biovigilancia.

El COVID-19 legitimó y extendió prácticas estatales de vigilancia y control digital normalizándolas y haciéndolas «necesarias» con la premisa de mantener cierta inmunidad. Estas políticas de inmunización no son nuevas, antes de la pandemia se aplicaban en las fronteras, sobre cuerpos migrantes, refugiados, categorizados como «discapacitados» o «enfermos».

2. La legitimación de la «tolerancia» ciudadana frente al control cibernético estatal y corporativo.
3. La expansión de un sistema de seguimiento a nivel global a través de dispositivos de vigilancia informática, encargados de la detección de salud de los migrantes que aglutinan sistemas de control fronterizo existentes y nuevas interfaces tecnológicas para inspeccionar y vigilar el movimiento de los no ciudadanos dentro, fuera y a través de los Estados.
4. La evaluación de salud de los migrantes diversifica la conceptualización de las fronteras, desplazando aquellas que se centran casi exclusivamente en los puntos de entrada físicos, incluyendo aquellas que captan la variedad de prácticas fronterizas que utilizan mayoritariamente los Estados del Norte Global.
5. Alimenta un espacio de ganancia y acumulación de capital transnacional, particularmente en tres industrias: la industria Pharma, la industria de la biometría y del BigData y todas ellas asociadas a la industria de la vigilancia y seguridad.

Los retos y desafíos a futuro que plantea la consolidación de una geopolítica del riesgo a nivel global, en aras del bien común, sugieren profundizar en el análisis de cómo y dónde ocurren los nuevos regímenes de regulación fronterizos, y de qué manera se materializan prácticas de poder que logran legitimar la subsistencia de estructuras de poder colonial racista ya preestablecidas por el Norte Global con el objeto de *hackear* esos dispositivos y recodificarlos contra la normalización, la hiperidentificación, la colonialidad del poder y la muerte.

Bibliografía

- Abbas, Muhammad Zaheer. 2020. «Practical implications of “vaccine nationalism”: A short-sighted and risky approach in response to COVID-19». *South Centre Research Paper* 124:1-35.
- Ada Lovelace Institute. 2021. «International monitor: vaccine passports and COVID status apps». Acceso el 1 de abril de 2021. <https://www.adalovelaceinstitute.org/project/international-monitor-vaccine-passports-covid-status-apps/#checkpoints-for-vaccine-passports-1>.

- Agamben, Giorgio. 1998. *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Redwood City: Stanford University Press.
- Australian Department of Home Affairs. 2020. «Australian Government COVID-19 travel restrictions and information for visa holders. What health examinations you need». *Australian Immigration and Citizenship*. Acceso el 21 de mayo de 2022. <https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/what-health-examinations-you-need>.
- Benton, Meghan, Jeanne Batalova, Samuel Davidoff-Gore y Timo Schmidt. 2021. *COVID-19 and the State of Global Mobility in 2020*. Washington, D.C., and Geneva: Migration Policy Institute and International Organization for Migration.
- Berrío, Ayder. 2010. «La exclusión-inclusiva de la nuda vida en el modelo biopolítico de Giorgio Agamben: algunas reflexiones acerca de los puntos de encuentro entre democracia y totalitarismo». *Estudios Políticos* 36: 11-38.
- Boucher, Anna y Amy Davidson. 2019. *The evolution of the Australian system for selecting economic immigrants*. New York: Migration Policy Institute, Transatlantic Council on Migration.
- Braun, Bruce. 2007. «Biopolitics and the molecularization of life». *Cultural geographies* 14, n.1:6-28.
- Casas-Cortes, Maribel, Sebastian Cobarrubias, Nicholas De Genova, Glenda Garelli, Giorgio Grappi, Charles Heller, Sabine Hess, Bernd Kasperek, Sandro Mezzadra y Brett Neilson. 2015. «New keywords: Migration and borders». *Cultural Studies* 29, n.1: 55-87.
- Chavel, Solange. 2015. «El biopoder en acción: el concepto de migración». In *Biopolítica y migración: el eslabón perdido de la globalización*, editado por Bernardo Bolaños Guerra, 29-50. Cuajimalpa: Ediciones Acapulco.
- Collier, Stephen J. y Andrew Lakoff. 2006. «Vital systems security». *ARC Working Paper* 2. Acceso el 15 de mayo de 2022. <https://evols.library.manoa.hawaii.edu/bitstream/10524/1550/workingpaperno2.pdf>
- Cossarini, Paolo. 2010. «Migraciones espacios y biopolítica». *Hybris: revista de filosofía* 2, n.º 2: 6-19.
- De Genova, Nicholas. 2013. «Spectacles of migrant “illegality”: the scene of exclusion, the obscene of inclusion». *Ethnic and racial studies* 36, n.º 7: 1180-1198.
- Eccleston-Turner, Mark y Harry Upton. 2021. «International Collaboration to Ensure Equitable Access to Vaccines for COVID-19: The ACT-Accelerator and the COVAX Facility». *The Milbank Quarterly* 99, n.º 2: 426-449.
- Elias, Amanuel, Jehonathan Ben, Fethi Mansouri y Yin Paradies. 2021. «Racism and nationalism during and beyond the COVID-19 pandemic». *Ethnic and Racial Studies* 44, n.º 5: 783-793.
- Esposito, Roberto. 2011. *Immunitas: The protection and negation of life*. Cambridge: Polity Press.
- Ferhani, Adam y Simon Rushton. 2020. «The International Health Regulations, COVID-19, and bordering practices: Who gets in, what gets out, and who gets rescued?». *Contemporary Security Policy* 41, n.º 3: 458-477.

- FOI. 2011. *FOI release to Sean Parnell (The Australian press) on Movement Alert List*. Acceso el 2 de enero de 2021. <http://rogerclarke.com/DV/FA140100764.pdf>.
- Foucault, Michel. 2003. *Hay que defender la sociedad*. vol. 229. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, Michel. 2007. *Security, territory, population: lectures at the Collège de France, 1977-78*. Londres: Springer.
- Gothard, Jan. 1997. «A burden on the state: The “unfit” immigrant». En *The Australian Immigrant in the 20th Century: Searching Neglected Sources*, editado por Eric Richards y Jacqueline Templeton, 38-64. Canberra: Australian National University.
- Grewcock, Michael. 2014. «Australian border policing: Regional ‘solutions’ and neocolonialism». *Race & Class* 55, n.º 3: 71-78.
- Gstrein, Oskar Josef, Dmitry Kochenov y Andrej Zwitter. 2021. «A Terrible Great Idea? COVID-19 ‘Vaccination Passports’ in the Spotlight». *Working Paper* 153, Oxford: Centre on Migration, Policy and Society. Oxford University.
- Hess, Sabine y Bernd Kasperek. 2017. «Under control? Or border (as) conflict: Reflections on the European border regime». *Social Inclusion* 5, n.º 3:58-68.
- Hooker, Lucy y Daniele Palumbo. 2020. «Covid vaccines: Will drug companies make bumper profits?». *BBC*, 18 de diciembre de 2020. Acceso el 20 enero 2022. <https://www.bbc.com/news/business-55170756>.
- Horner, Jed. 2015. «Widening the net or streamlining the process? Migrant health screening and securitisation in Australia and beyond». *Critical Studies on Security* 3, n.º 1:118-121.
- Horner, Jed, James G Wood y Angela Kelly. 2013. «Public health in/as ‘national security’: tuberculosis and the contemporary regime of border control in Australia». *Critical Public Health* 23, n.º 4: 418-431.
- Jarrahi, Javad. 2020. «Government biometrics initiatives to boost \$18B market growth». *Biometric*, 15 de diciembre de 2020. Acceso el 4 de abril de 2022. <https://www.biometricupdate.com/202012/government-biometrics-initiatives-to-boost-18b-market-growth>.
- Johns Hopkins University y Medicine. 2022. «COVID-19 Dashboard». Acceso el 21 de marzo de 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Joint Standing Committee on Migration. 2010. *Enabling Australia: Inquiry into the Migration Treatment of Disability*. Canberra: The Parliament of the Commonwealth of Australia
- Kersfeld, Daniel. 2020. «El coronavirus y la geopolítica del miedo: Seguridad, salud y racismo». En *América Latina y el impacto de la pandemia del COVID-19*, editado por Paz Millet y Adrian Bonilla, 17-44. Buenos Aire: CRIES: Pensamiento Propio.
- López, Cristina. 2013. «La biopolítica según la óptica de Michel Foucault. Alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis». *El banquete de los Dioses* 1, n.º 1:111-137.
- Morales, Tamara, Eira López Fernández y Jorge A. García Gálvez. 2020. «Las líderes mundiales y sus estrategias ante el covid-19». *Horizontes de la Contaduría en las Ciencias Sociales* 12: 135-161.

- Mullard, Asher. 2020. «How COVID vaccines are being divvied up around the world». *Nature News*, 30 de noviembre de 2020. Acceso el 31 de marzo de 2022. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03370-6>.
- Nicholls, Esteban J. 2015. *Towards a theoretical understating of how to study the State: Governmentality, power and governmental regimes*. Quito: UASB-Digital.
- Nuzzo, Jennifer B., Jessica A. Bell y Elizabeth E. Cameron. 2020. «Suboptimal US response to COVID-19 despite robust capabilities and resources». *Jama* 324, n.º 14: 1391-1392.
- O'Neil, Andrew. 2017. «Australia and the 'Five Eyes' intelligence network: the perils of an asymmetric alliance». *Australian Journal of International Affairs* 71, n.º 5: 529-543.
- Pérez de Armiño, Karlos. 2011. «¿ Más allá de la seguridad humana? Desafíos y aportes de los estudios críticos de seguridad». *Cursos de derecho internacional y relaciones internacionales de Vitoria-Gasteiz 2014*, n.º 1: 235-308.
- Pham, Quoc-Viet, Dinh C Nguyen, Thien Huynh-The, Won-Joo Hwang y Pubudu N. Pathirana. 2020. «Artificial intelligence (AI) and big data for coronavirus (COVID-19) pandemic: A survey on the state-of-the-arts». *IEEE Public Health Emergency Collection* 8: 130820-130839.
- Preciado, Beatriz. 2011. *Cuerpo impropio. Guía de modelos somatopolíticos y de sus posibles usos desviados*. Acceso el 20 de febrero de 2022. <https://vimeo.com/94567467>.
- Preciado, Paul B. 2020. «Aprendiendo del virus». In *Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*, editado por Pablo Amadeo, 163-185. Buenos Aires: ASPO
- Preciado, Paul B. 2014. *Testo Yonqui: Sexo, drogas y biopolítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Refugee Council of Australia. 2019. «Barriers and exclusions: The support needs of newly arrived refugees with a disability». *Refugee Council of Australia*. Acceso el 20 de mayo 2020. <https://www.refugeecouncil.org.au/disability-report/2/>.
- Rowan, Suzanne. 2021. «These European Countries Are Launching Vaccine Passports». *Forbes*. Acceso el 5 de febrero de 2022. <https://www.forbes.com/sites/suzannerowankelleher/2021/02/05/these-european-countries-are-launching-vaccine-passports/?sh=7b6f8e8877a5>.
- ShahFollow, Saeed, Gabriele Steinhauser y Feliz Solomon. 2021. «Vaccine Delays in Developing Nations Risk Prolonging Pandemic as richer nations secure supplies, poorer countries struggle to inoculate their populations». *The Wall Street Journal*. Acceso el 3 de abril de 2022. <https://www.wsj.com/articles/faltering-covid-19-vaccine-drive-in-developing-world-risks-prolonging-pandemic-11613557801>.
- Shani, Giorgio. 2007. «"Democratic Imperialism", "Neoliberal Globalization" and Human In/Security in the Global South». En *Protecting Human Security in a Post 9/11 World*, editado por Giorgio Shani, Makoto Sato y Mustapha Kamal Pash, 17-29. New York: Springer.

- Simon, Evenett. 2020. *Tackling COVID-19 Together: The Trade Policy Dimension, Global Trade Alert*. Switzerland: University of St. Gallen.
- Torpey, John C. 2018. *The invention of the passport: Surveillance, citizenship and the state*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ugarte, Javier. 2005. «Las dos caras de la biopolítica». En *La administración de la vida: estudios biopolíticos*, editado por Javier Ugarte, 43-72. Barcelona: Anthropos.
- Walsh, Patrick F. 2020. «Improving “Five Eyes” health security intelligence capabilities: leadership and governance challenges». *Intelligence and National Security* 35, n.º 4: 586-602.
- Walzer, Michael. 2019. *Spheres of justice*. New York: New York Basic Books.
- Watters, Greg. 2002. «The SS Ocean dealing with boat people in the 1880s». *Australian Historical Studies* 33, n.º 120: 331-343.
- WHO. 2020. «Immunity passports» in the context of COVID-19: Scientific Brief». *World Health Organization*. Acceso el 2 de abril de 2022. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>.
- WHO. 2021. «Statement on the sixth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic». *World Health Organization*. Acceso el 2 de abril de 2022. [https://www.who.int/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
- Wilson, Dean y Leanne Weber. 2008. «Surveillance, risk and preemption on the Australian border». *Surveillance & Society* 5, n.º 2: 124-141.
- Xafis, Vicki, G Owen Schaefer, Markus K Labude, Yujia Zhu y Li Yan Hsu. 2020. «The perfect moral storm: Diverse ethical considerations in the COVID-19 pandemic». *Asian bioethics review* 12: 65-83.

