



JOSEPH AMON

Joseph Amon é diretor do Programa de Saúde e Direitos Humanos da *Human Rights Watch*. É mestre em medicina tropical e doutor em epidemiologia. Já pesquisou e exerceu atividades de advocacy em casos relacionados a ampla gama de doenças, sempre enfatizando o acesso de populações marginalizadas a cuidados médicos.

Email: amonj@hrw.org



KATHERINE TODRYS

Katherine Todrys é pesquisadora Robert L. Bernstein junto ao Programa de Saúde e Direitos Humanos da *Human Rights Watch*. Anteriormente, atuou como Conselheira para Direitos dos Pacientes do Programa Cidades do Milênio da Universidade de Columbia. Graduiu-se pela Universidade de Harvard e doutorou-se pela Escola de Direito de Yale.

Email: todrysk@hrw.org

RESUMO

Embora o Direito Internacional dos Direitos Humanos estabeleça o direito à saúde e à não discriminação, poucos países cumpriram com sua obrigação de oferecer tratamento de HIV para não cidadãos – incluindo refugiados, migrantes permanentes em situação irregular e migrantes transitórios. Dois países, África do Sul e Tailândia, ilustram como políticas e práticas governamentais discriminam não cidadãos negando-lhes o tratamento. Na África do Sul, ainda que indivíduos em situação irregular tenham direito a tratamento de saúde gratuito, incluindo a terapia antiretroviral, as instituições públicas de saúde frequentemente negam o tratamento antiretroviral àqueles que não são cidadãos sul-africanos. Na Tailândia, até mesmo entre migrantes regularizados, somente as mulheres grávidas têm direito à terapia antiretroviral. A fim de atender o Direito Internacional dos Direitos Humanos - que garante o fornecimento de um conjunto mínimo de serviços de saúde sem discriminação – os Estados do Sul Global e de todo o mundo devem disponibilizar drogas antiretrovirais e torná-las acessíveis aos migrantes nas mesmas condições que a seus cidadãos.

Original em Inglês. Traduzido por Elaini Silva.

Recebido em: janeiro de 2009. Aprovado em: junho de 2009.

PALAVRAS-CHAVE

Migrante – HIV/AIDS – Terapia antiretroviral – Direitos humanos – Direito à saúde.



Este artigo é publicado sob a licença de *creative commons*.
Este artigo está disponível *online* em <www.revistasur.org>.

ACESSO DE POPULAÇÕES MIGRANTES A TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL NO SUL GLOBAL

Joseph Amon e Katherine Todrys

1. Introdução

A escala de migração global, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) como o movimento de pessoas de uma área para outra por períodos variados de tempo², é grande e crescente. A Organização Internacional para Migração (OIM) (s.d.) estima que 192 milhões de pessoas em todo mundo (ou seja, 3% da população mundial) vivem longe do local onde nasceram.³

Em 2008, o Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, sigla em inglês) (2008a) estimou que 33 milhões de pessoas em todo mundo viviam com o vírus HIV. De acordo com a OMS, a migração frequentemente pode ter sérias consequências para a saúde dos migrantes, em razão de desafios envolvendo “discriminação, língua e barreiras culturais, situação legal e outras dificuldades socioeconômicas.” (OMS, 2003, p. 4, tradução livre). De fato, desde a emergência da epidemia do HIV na década de 1980, funcionários da saúde pública reconheceram que populações migrantes enfrentam risco de infecção pelo HIV (WOLFFERS; VERGHIS; MARIN, 2003, p. 2019-2020).

UNAIDS, OIM e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2008, p. 1) notaram que fatores sociais, econômicos e políticos que afetam os trabalhadores migrantes internacionais nos países de origem e destino (incluindo separação dos cônjuges e normas culturais diferentes, condições de trabalho e de vida abaixo do padrão, e não familiaridade com a língua, juntamente com a falta de acesso a informações e serviços relacionados ao HIV) podem aumentar o risco da infecção pelo HIV. As pesquisas em saúde pública têm indicado reiteradamente a vulnerabilidade de migrantes e suas famílias ao HIV (HERNÁNDEZ-ROSETE; et al, 2008; WELZ; et al, 2007; FORD; CHAMRATHRITHIRONG, 2007;

Ver as notas deste texto a partir da página 186.

BANDYOPADHYAY; THOMAS, 2002; BROCKERHOFF; BIDDLECOM, 1999) e, além disso, estudos recentes demonstraram as necessidades particulares de populações móveis e os impactos de mudanças nas práticas sociais e culturais sobre sua saúde (BANATI, 2007, p. 210-214). A Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre HIV/AIDS estabelece expressamente que os governos do mundo devem se comprometer a “desenvolver e iniciar a implementação de estratégias nacionais, regionais e internacionais para facilitar o acesso de migrantes e trabalhadores móveis a programas de prevenção do HIV/AIDS.” (para. 50, tradução livre).

Há muito tempo já se reconheceu que as rotas de trânsito facilitam a dispersão de população e a disseminação de doenças. Estradas nacionais como o Quadrilátero Dourado na Índia foram chamadas de “canal do vírus” (WALDMAN, 2005); e, desde o início da epidemia, a autoestrada M1, que liga o Egito à África do Sul, ficou conhecida como a “estrada da AIDS.” *Outdoors* ao longo das principais rotas de trânsito e nas fronteiras em toda África austral trazem mensagens relacionadas à AIDS e aconselham indivíduos em trânsito a usar camisinhas. A principal estrada que liga Abidjan, na Costa do Marfim, a Lagos, na Nigéria, percorrida por 47 milhões de pessoas por ano, também expõe mensagens de conscientização sobre a AIDS e é o foco de uma campanha de conscientização em trânsito sobre HIV/AIDS (IRIN PLUS NEWS, 2008b).

Apesar do antigo reconhecimento da relação entre migração e vulnerabilidade à infecção por HIV, doadores e Estados não têm conseguido garantir que migrantes tenham acesso ao tratamento do HIV. Embora governos tenham se comprometido a fornecer “acesso universal” (DECLARAÇÃO POLÍTICA SOBRE HIV/AIDS, 2006, para. 20) ao tratamento do HIV e tenham obrigações específicas, conforme o Direito Internacional dos Direitos Humanos, de garantir que o tratamento do HIV (especificamente, a terapia antiretroviral) seja fornecido a migrantes como parte do seu dever de implementar o direito à saúde sem discriminação, o seu acesso à terapia antiretroviral continua precário.

A Assembléia Mundial da Saúde da OMS (2008) pediu a seus membros que promovam políticas de saúde que levem em consideração os migrantes e o acesso equitativo à prevenção de doenças e aos cuidados para migrantes, documentem e compartilhem informações sobre melhores práticas de atendimento das necessidades relacionadas à saúde dos migrantes e cooperem com outros países envolvidos no processo migratório em temas relacionados à saúde dos migrantes. Poucos Estados, no entanto, reconheceram expressamente a terapia antiretroviral como parte do conjunto mínimo de serviços de saúde oferecido sem discriminação, tanto para cidadãos como para migrantes, dentro de suas fronteiras.

O desenvolvimento de sistemas de tratamento do HIV é necessário para se alcançar acesso universal ao tratamento do HIV e atender às necessidades da significativa e crescente população mundial de migrantes, em especial no Sul Global. A expansão do tratamento do HIV no Sul Global tem sido irregular. Enquanto, anteriormente, migrantes HIV positivo não conseguiam ter acesso à assistência em países de origem e destino de baixa ou média renda, recentemente, governos nacionais de alguns países do Sul Global, com o apoio de doadores internacionais, conseguiram fornecer, pela primeira vez, tal tratamento a baixo custo ou mesmo gratuitamente (GARRET, 2007).

Além de recursos desiguais entre vários países no Sul Global, o acesso desigual a recursos de doadores e a utilização destes deram margem ao surgimento de grande disparidade entre países de baixa e média renda no que se refere à sua capacidade de oferecer tratamento antiretroviral, uma disparidade que poderá persistir. Atualmente, 15 países em todo mundo detêm o status de “países foco” junto ao Plano de Emergência da Presidência dos Estados Unidos da América (EUA) de Socorro à AIDS (PEPFAR, sigla em inglês), o que permite que recebam recursos especiais destinados ao tratamento de HIV (EUA, 200-). O dinheiro proveniente do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária também é distribuído desigualmente (mais de 1/5 dos recursos gastos até 2007 foram direcionados para apenas quatro países) (GARRET, 2007). Para complicar ainda mais a situação, em alguns países de baixa e média renda a corrupção é um fenômeno comum e porções significativas de doações nunca chegam a alcançar seus alvos; nos demais países, guerra, liderança franca e falta de infraestrutura em saúde impedem o acesso aos medicamentos para tratamento.

Dadas a escala global e a frequência da migração em todo mundo, o fornecimento de terapias antiretrovirais numa estratégia racional de saúde pública para prevenção e tratamento do HIV/AIDS não pode ser marcado pela discriminação contra não cidadãos. Da perspectiva da prevenção, negar tal tratamento para migrantes servirá apenas para perpetuar a transmissão e frustrar os esforços para controlar a epidemia de HIV/AIDS. Da perspectiva de tratamento dos já infectados, interrupções no tratamento podem conduzir à doença, ao desenvolvimento de resistência à medicação e à morte – o que, no final das contas, pode implicar, para os programas de saúde pública, custos mais altos de bem-estar social (BURNS; FENTON, 2006).

Deve-se notar que esse tipo de acesso frágil ao tratamento e de discriminação também existe em países de alta renda. A *Human Rights Watch* (HRW) (2009) analisou exemplos de migração Sul-Norte e os desafios decorrentes que migrantes enfrentam para ter acesso à terapia antiretroviral em suas novas residências no exterior. Este artigo examina o acesso de migrantes à terapia antiretroviral em dois países de renda média (África do Sul e Tailândia) no contexto do Direito Internacional e apresenta algumas recomendações para se atingir o acesso universal ao tratamento de HIV para todos.

2. Populações

Três amplas categorias de migrantes podem ser definidas em vista do objetivo deste artigo: refugiados, migrantes de longo prazo e migrantes de curto prazo.

2.1 Refugiados

Um refugiado é definido como uma pessoa que:

temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, encontra-se fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade encontra-se fora do país no qual tinha sua residência habitual em

consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele. (CONVENÇÃO SOBRE O ESTATUTO DOS REFUGIADOS, 1954, art. 1(A)(2), tradução livre; PROTOCOLO RELATIVO AO ESTATUTO DOS REFUGIADOS, 1967).

O Direito Internacional concede proteção especial aos refugiados. De acordo com a CONVENÇÃO SOBRE O ESTATUTO DOS REFUGIADOS de 1951 e o PROTOCOLO de 1966 concede-se aos refugiados tratamento, no mínimo, tão favorável quanto àquele destinado aos seus próprios nacionais com relação a diversos direitos, dentre os quais se incluem a assistência pública e a seguridade social (cobrindo doenças, maternidade e outras contingências compreendidas pela seguridade social na regulação nacional). (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS - ACNUR, 2006, p. 28-9). Com exceção do direito à educação pública, os direitos nesta Convenção são limitados aos refugiados legalmente residentes no país que os recebe. Esta disposição já gerou desacordo sobre a inclusão ou não dos solicitantes de asilo (CHOLEWINSKI, 2000, p. 710-712). Indivíduos cujo pedido de concessão de status de refugiado aguarda uma decisão – solicitantes de asilo – tem uma proteção especial de acordo com o direito internacional também (ACNUR, 2006, p. 28-9), ainda que tal proteção não inclua especificamente o direito aos serviços de saúde.

As agências das Nações Unidas apóiam o acesso de refugiados ao tratamento antiretroviral. O ACNUR (2008, p. 5, tradução livre) considera que garantir um objetivo estratégico o “acesso à assistência e tratamento efetivos, de qualidade e no momento adequado, incluindo acesso à terapia antiretroviral, [aos refugiados] em nível similar àquele das populações locais”. De fato, entre os grupos abordados neste artigo, refugiados recebem o acesso mais amplo a tratamento antiretroviral gratuito.

2.2 Migrantes a longo prazo em situação irregular

Migrante a longo prazo é definido, de forma não oficial, como a “pessoa que se desloca para um país diferente de sua residência habitual por um período de no mínimo um ano (12 meses), de forma que o país de destino efetivamente se torna seu novo país de residência habitual” (AGÊNCIA DE PROTEÇÃO À SAÚDE, 2006, p. 5, tradução livre). Este grupo pode incluir indivíduos que, mesmo não tendo sido bem-sucedidos em suas solicitações de asilo, decidiram continuar no país, pessoas que entraram no país com um visto válido e lá permanecerem por período superior àquele autorizado sem obter uma extensão do prazo de validade do visto ou indivíduos que entraram ilegalmente em um determinado país, permanecendo no local sem *status*. Leis e políticas governamentais relativas a serviços de saúde (em especial, tratamentos antiretrovirais) para migrantes a longo prazo em situação irregular são sempre restritivas.

2.3 Populações migrantes a curto prazo

Um migrante a curto prazo pode ser definido como uma “pessoa que se desloca para um país diferente de sua residência habitual por período entre 3 meses (no mínimo)

e um ano” (AGÊNCIA DE PROTEÇÃO À SAÚDE, 2006, p. 5, tradução livre). Estas populações – também definidas como “pessoas que se deslocam de um local para outro temporariamente, de forma sazonal ou permanentemente por várias razões voluntárias e/ou involuntárias” (UNAIDS, 2001, p. 3, tradução livre) – enfrentam desafios específicos para ter acesso a tratamentos. A UNAIDS e a OIM (2001, p. 10) indicaram que os indivíduos são, cada vez mais, bi ou multi-locais.

A migração pode ser um caminho circular, mas certos países também podem ser utilizados como ponto de partida no processo de migração (JACOBSEN, 2007, p. 206-208). Populações migrantes a curto prazo enfrentam muitos dos mesmos desafios que migrantes a longo prazo em situação irregular, o que inclui a falta de acesso a medicamentos gratuitos ou de baixo custo; porém, também enfrentam desafios específicos, como diferentes regimes de tratamento em cada localidade, sistemas de prescrição diversos, falta de continuidade no tratamento e desconformidade com as diretrizes para tratamento antiretroviral que são elaboradas para populações fixas.

3. Dois Estudos de Países no Sul Global

Apesar do reconhecimento internacional da vulnerabilidade das populações migrantes e da proteção específica dos direitos humanos, a experiência de acesso de migrantes a tratamento de HIV é bastante variada. A África do Sul e a Tailândia constituem dois exemplos diferentes e instrutivos de direitos de migrantes e são representativos da realidade do acesso a tratamentos antiretroviral no Sul Global.

3.1 África do Sul

A África do Sul é o país onde se localiza o maior número de indivíduos infectados com HIV no mundo - número estimado em 5,7 milhões de pessoas em 2007 (UNAIDS, 2008a, p. 40). O fornecimento de tratamento antiretroviral para indivíduos que dele necessitem é uma questão de interesse nacional urgente e central.

A migração entre os membros da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC, sigla em inglês) é freqüente e 46% dos sul-africanos vivem em comunidades rurais onde é comum a migração circular em razão de trabalho (WELZ; et al, 2007, p. 1471). A prevalência do HIV em toda a região é alta. Um estudo sobre o tema em KwaZulu-Natal, África do Sul, onde a migração é comum, concluiu que a prevalência do HIV entre mulheres migrantes entre 25 e 29 anos de idade é de 63% (WELZ; et al, 2007, p. 1469).

A própria identificação do número de migrantes na África do Sul, no entanto, é uma questão controversa. As estimativas variam muito e chegam a 6 milhões de migrantes não cidadãos no país em 2008 (ÁFRICA DO SUL, 2008?, p. 1), comparado a uma população total de 47 milhões (FIDH, 2008, p. 8). Muitos desses migrantes vêm de outros países que fazem parte da SADC, em especial de Zimbábue, Moçambique e Lesoto. Como resultado da crise política e econômica no vizinho Zimbábue, especialmente, migrantes foram para a África do Sul em grande número: estima-se que, pelo menos, de 1 a 1,5 milhão de zimbabuenses tenham fugido para a África do Sul desde 2005 (HRW, 2008, p. 23), deixando o país com um acesso

extremamente inadequado a tratamento antiretroviral e aos serviços de saúde geral (HRW, 2006). Cada vez mais, migrantes de todo o continente e do mundo chegam à África do Sul (FIDH, 2008, p. 11).

A Constituição sul-africana reconhece uma série ampla de direitos a indivíduos em situação irregular, dentre os quais se incluem o acesso a tratamento básico de saúde e de emergência e a terapia antiretroviral (ÁFRICA DO SUL, 2007). Solicitantes de asilo e refugiados têm direito a tratamento gratuito se forem considerados indigentes, avaliação que seguirá a mesma análise financeira aplicada a cidadãos sul-africanos. O Departamento de Saúde emitiu um memorando para esclarecer que tais direitos são igualmente aplicáveis tendo o paciente documentação ou não.

Uma pesquisa da HRW (2008, p. 43) e relatórios da mídia e de ONGs, no entanto, descrevem um abismo entre as políticas sul-africanas inclusivas e a realidade do acesso de refugiados, solicitantes de asilo e especialmente migrantes sem documentação a tratamento de saúde. Algumas clínicas públicas requerem um documento de identificação sul-africano antes da concessão do tratamento da saúde, negando atendimento àqueles que não apresentem documentação apropriada (IRIN PLUS NEWS, 2008a). Solicitantes de asilo têm tido dificuldades recorrentes para ter acesso a tratamento antiretroviral (CONSORTIUM FOR REFUGEES AND MIGRANTS IN SOUTH AFRICA - CORMSA, 2008; PROJETO DE LEI SOBRE AIDS; et al, 2008). Organizações de direitos humanos e jornalistas têm relatado que migrantes em busca de assistência de saúde enfrentam abuso verbal, tratamento abaixo do padrão, falta de sensibilidade dos funcionários, tempos de espera estranhamente longos e recusa clara de tratamento a migrantes (FIDH, 2008, p. 31). De outros são cobradas, ilegalmente, taxas proibitivas pelo tratamento ou por medicação; ou ainda são informados que devem possuir um cartão de cidadania sul-africana, para receber serviços básicos de saúde. Zimbabuenses sem documentação que precisam de tratamento de saúde têm lotado instituições de caridade sul-africanas e igrejas (HRW, 2008, p. 36) e são expulsos das clínicas do governo quando não podem apresentar seus documentos de cidadania. Mineradores bassutos infectados com HIV e tuberculose resistente a múltiplas drogas (MDR-TB, sigla em inglês) têm sido deportados ou deixados na fronteira de seu país de origem sem qualquer tipo de tratamento ou indicação às instituições locais de saúde para tratamento (SMART, 2008).

O porta-voz do ACNUR e dos Médicos sem Fronteiras (MSF) confirmaram, em julho de 2008, que observaram casos de discriminação contra estrangeiros e recusa de tratamento de HIV por funcionários do sistema de saúde que desconheciam a lei (PALITZA, 2008). Uma pesquisa recente realizada pela Universidade de Witwatersrand demonstrou que não cidadãos que necessitavam de tratamento antiretroviral enfrentavam mais desafios para ter acesso às drogas do que cidadãos sul-africanos. Funcionários de hospitais que discriminam migrantes, seja por abuso verbal ou físico, seja pela recusa de tratamento, raramente são responsabilizados. As vítimas de tais abusos frequentemente não conhecem seus direitos relacionados à saúde, visto que hospitais públicos não empregam tradutores nem fornecem material educacional linguisticamente apropriado. Por isso, raramente apresentam reclamações formais. Esta pesquisa ainda sugere que as políticas do Departamento Nacional de Saúde não são uniformemente aplicadas em instituições públicas; e que, enquanto

cidadãos são dirigidos a instituições do governo para tratamento antiretroviral, não cidadãos são frequentemente indicados pelas clínicas públicas locais a ONGs para receber o tratamento. Esta prática levou à criação de um sistema de saúde duplo, o público e o não governamental, que fornece tratamento antiretroviral para cidadãos e não cidadãos por vias diversas (VEAREY, 2008b).

ONGs na África do Sul dedicaram muitas horas advogando em favor de refugiados e solicitantes de asilo aos quais o setor público negou tratamento, escrevendo cartas e acompanhando pacientes para garantir que eles fossem tratados de acordo com a lei. Mesmo nos casos em que esses pacientes conseguem, no fim, ser diagnosticados e receber o tratamento de HIV, esses diagnósticos e tratamentos podem ser tardios, devido às fracassadas tentativas anteriores e ao tempo gasto em busca de defesa. Migrantes provenientes de países com uma taxa de incidência de HIV menor do que a da África do Sul, como a Somália, podem não ter informações sobre o vírus e materiais nas línguas apropriadas são raros. Além disso, os pesquisadores indicaram que os médicos sul-africanos não são treinados para tratar migrantes que têm um protocolo de tratamento antiretroviral diferente em seus países de origem; e muitos acreditam, erroneamente, que a mudança do protocolo causará resistência aos medicamentos ou mesmo o fracasso do tratamento.

Condições precárias de vida e frequentes deslocamentos internos forçados constituem um desafio a mais no acesso de migrantes na África do Sul a exame e tratamento do HIV. Milhares de zimbabuenses sem documentação vivem ao ar livre em regiões próximas à fronteira, sem acesso a abrigo, alimentação, água limpa ou saneamento. Outros milhares vivem em locais apertados e no chão de igrejas nos centros das cidades. Insegurança alimentar e fome aumentam o desafio do tratamento antiretroviral. Prisões frequentes, detenções e deportações criam um clima de medo no qual muitos migrantes, especialmente perto da fronteira com o Zimbábue, recusam-se a procurar serviços de saúde com medo de serem presos no local. Para pessoas procurando diagnóstico de HIV e profilaxia após estupro, hospitais públicos apresentam um risco peculiar, como muitos seguem uma política de chamar a polícia após o tratamento. Junto com altas taxas de violência xenofóbica contra estrangeiros, estes fatores limitam seriamente que a África do Sul implemente sua política de fornecimento progressivo de tratamento antiretroviral a migrantes. O exemplo da África do Sul ressalta a importância do respeito aos direitos humanos dos migrantes para um protocolo de tratamento de HIV funcionar como previsto.

3.2 Tailândia

Em 2004, a Tailândia abrigava 1,25 milhões de migrantes cadastrados e, pelo menos, a mesma quantia de migrantes não cadastrados (OIM, 2007?). Grande parcela desses migrantes eram provenientes de Mianmar. De fato, estima-se que exista entre 2 e 6 milhões de migrantes birmaneses na Tailândia (YANG, 2007, p. 488-489). Os migrantes vão de Mianmar para a Tailândia por razões associadas à devastação econômica em seu país de origem, às oportunidades econômicas na Tailândia ou ainda ao conflito e perseguição pela junta militar. O sistema de saúde de Mianmar também é extremamente insuficiente para atender às necessidades da população, e décadas de

governo militar repressivo, guerra civil, corrupção, falta de investimento, isolamento e sistemáticas violações de direitos humanos e do direito internacional humanitário tornaram o sistema de saúde de Mianmar incapaz de responder efetivamente a doenças infecciosas endêmicas e emergentes (STOVER; et al, 2007, p. 1).

O governo tailandês desenvolveu um programa para cadastrar e regularizar a situação de migrantes. Em 2004, o Ministério do Trabalho tailandês havia cadastrado 1.280.000 migrantes, dos quais 814.000 também haviam entrado com pedido de autorização para trabalhar (YANG, 2007, p. 506). O cadastro permite que migrantes tenham acesso ao sistema básico de saúde por meio do plano nacional de saúde (YANG, 2007, p. 507). De fato, o Ministério de Saúde Pública notou que nos locais onde migrantes são cadastrados e autorizados a trabalhar, eles têm direito a serviços básicos de saúde, o que inclui tratamento, controle de doenças, promoção da saúde e reabilitação, obtenção de *check-ups* regulares e inscrição no plano nacional de saúde, que envolve o pagamento de um valor fixo como parte do custo destes serviços, enquanto o valor restante é custeado pelo próprio governo (YANG, 2007, p. 520-521).

O tratamento antiretroviral, no entanto, não é, em geral, considerado parte do pacote básico compreendido pelo cadastro, exceto para mulheres grávidas (IRIN PlusNews, 2007, PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS - PHR, 2004, p. 45). Medicamentos antiretrovirais são distribuídos para tailandeses por meio de um programa diferente daquele dos migrantes cadastrados, barrando efetivamente o acesso de não tailandeses ao tratamento (PHR, 2004, p. 45-46).

Além disso, o cadastro é problemático para migrantes em razão das altas taxas a ele relacionadas, da impossibilidade de cobrá-las dos empregadores após sua realização e da proibição de deixarem a província na qual se cadastraram (YANG, 2007, p. 507-511). O fato de as condições de elegibilidade serem modificadas anualmente, as restrições decorrentes da falta de cobertura de categorias típicas de trabalho migrante e o vínculo entre cadastramento e local de emprego impedem que muitos tenham acesso ao programa (PHR, 2004, p. 2). Ademais, enquanto os próprios migrantes têm direito a possuir seu cadastro, permissão de trabalho e documentos de seguro de saúde, empregadores frequentemente retêm esses documentos e cópias são insuficientes para que os migrantes obtenham tratamento efetivo (SAETHER; et al, 2007, p. 1004-1005). Muitos postos de saúde tailandeses não oferecem nenhum tipo de assistência a migrantes não cadastrados (YANG, 2007, p. 522).

Um relatório elaborado em 2004 pela PHR sobre migrantes birmaneses na Tailândia expressou preocupação com relação ao “compromisso [do governo] com a proteção dos direitos humanos e a prevenção, a assistência e o tratamento do HIV/AIDS para migrantes e populações tribais montanhesas.” (2004, p. 1, tradução livre). O grupo demandou suporte e tratamento de HIV para migrantes nas mesmas condições em que são oferecidos para cidadãos tailandeses, visto que, entre outras barreiras,

o acesso ao sistema de saúde para birmaneses e populações tribais montanhesas é severamente limitado pela ameaça de prisão e deportação, cárcere privado, confisco de documentos legais, discriminação, falta de recursos financeiros, falta de informação e/ou barreiras lingüísticas (PHR, 2004, p. 3, tradução livre).

De fato, essa população é essencialmente forçada a viver e morrer mais cedo, de AIDS, em razão de uma recusa discriminatória de tratamento (PHR, 2004, p. 4). Também a organização MSF (2007) pediu ao governo tailandês a melhoria do acesso dos trabalhadores migrantes ao sistema de saúde, indicando o abismo entre as amplas políticas governamentais de saúde e a prática em algumas províncias onde poucos migrantes recebem cuidados básicos.

Além das barreiras legais ao sistema gratuito discutidas acima, desafios práticos inibem o tratamento de migrantes HIV positivo na Tailândia. A consciência e a utilização de todos os direitos relacionados aos cuidados médicos são baixas mesmo entre migrantes credenciados (YANG, 2007, p. 521). Ademais, entrevistas com migrantes demonstram que restrições financeiras (que, aliadas aos custos de tratamento, incluem os custos de transporte aos postos de saúde e da perda de um dia de trabalho), medo da polícia, trabalho difícil e problemas de comunicação são fatores que interferem no acesso ao tratamento antiretroviral (SAETHER; et al, 2007, p. 1004-1005). Alguns estudos também concluíram que “o custo da medicação e dos serviços de assistência constituem um grande obstáculo na tentativa de se seguir o tratamento antiretroviral” a longo prazo, visto que a medicação deve ser seguida por toda a vida e o custo impediria que migrantes pudessem atender outras necessidades, como alimentação (SAETHER; et al, 2007, p. 1004-1005)². Outros estudos ainda demonstraram que migrantes na Tailândia têm sido discriminados quando buscam tratamento, o que inclui desde grosserias à recusa expressa de acesso a tratamento, passando por atendimento abaixo do padrão (SAETHER; et al, 2007, p. 1004-1005).

O protocolo de tratamento antiretroviral também pode prejudicar o acesso de migrantes a ele. O protocolo mais utilizado na Tailândia compreende medicações a cada 12 horas, o que é difícil para migrantes que trabalham muitas horas e não poderiam parar de trabalhar para tomar os remédios ou poderiam ser demitidos se sua infecção pelo HIV fosse descoberta (SAETHER; et al, 2007, p. 1004-1005). Um médico em um hospital tailandês afirmou que mesmo quando não se nega unilateralmente tratamento a migrantes, estes não preenchem antecipadamente os requisitos para seguimento do protocolo (SAETHER; et al, 2007, p. 1004-1005). Critérios não médicos para acesso a tratamento antiretroviral como “aderência antecipada” tem sido utilizados para restringir o acesso de migrantes e outras populações de pacientes “indesejáveis,” incluindo usuários de drogas³.

4. Direito Internacional

O Direito Internacional estabelece o direito básico de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde. Este direito, junto com o direito à não discriminação, implica um direito de acesso a um conjunto mínimo de serviços de saúde, o que inclui o tratamento antiretroviral, sem discriminações com base na cidadania da pessoa.⁴

4.1 Direito de Desfrutar do Nível de Saúde mais Elevado Possível

Todos os indivíduos têm o direito de desfrutar do nível de saúde mais elevado possível, um direito que foi consagrado em tratados regionais e internacionais.

De acordo com a DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH), “[t]oda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.” (art. XXV(1)). O PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (ICESCR, sigla em inglês) também garante o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde, e requer que os Estados partes tomem a iniciativa, individualmente ou por meio de cooperação internacional, de implementar progressivamente tal direito por meio de prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas, bem como da criação de condições de assegurar a assistência médica e a atenção a todos (ICESCR, art. 12). A “concretização progressiva” requer dos Estados partes uma “obrigação específica e contínua de se buscar tão rápida e efetivamente quanto possível a concretização integral d[esse direito]” (ONU. COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS - CNUDESC, 2000, paras. 30-31, tradução livre). De acordo com a OMS e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH),

ao considerar o nível de implementação desse direito especificamente em um Estado, são levados em consideração a disponibilidade de recursos num determinado momento e o contexto em desenvolvimento. Não obstante, nenhum Estado pode justificar a não observância de suas obrigações por falta de recursos. Os Estados devem garantir o direito à saúde no limite de seus recursos, ainda que estes sejam restritos (ACNUDH; OMS, 2008, p. 5, tradução livre).

O conceito de recursos disponíveis busca incluir a assistência disponibilizada pela comunidade internacional (CHOLEWINSKI, 2000, p. 714-719).

O direito à saúde é garantido ainda por outros tratados e compromissos internacionais em direitos humanos. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC) prevê que:

Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reabilitação. Os Estados Partes zelam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde. (Artigo 24:1).

De fato, os Estados Partes devem adotar as medidas apropriadas, entre outras coisas, para “assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários” (CDC, art. 24(2)(b)). O direito à saúde também encontra respaldo na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, na Convenção Internacional sobre a Proteção de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias e, por fim, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O direito à saúde foi proclamado pela Comissão de

Direitos Humanos, pela Declaração de Viena e pelo Programa de Ação de 1993, bem como por outros instrumentos internacionais (CNUDESC, 2000, para. 2). Ademais, os governos se comprometeram por meio da Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre HIV/AIDS a “promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, incluindo o direito ao nível mais elevado possível de saúde física e mental” (para. 37, tradução livre) e,

de forma urgente, despender todos os esforços para: oferecer, de forma progressiva e sustentável, o mais elevado nível de tratamento de HIV/AIDS, incluindo a prevenção e o tratamento de infecções oportunistas e o uso efetivo de terapia antiretroviral de qualidade controlada de forma cuidadosa e monitorada para aumentar a aderência ao tratamento e a efetividade deste e para reduzir o risco de desenvolver resistências (DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SOBRE HIV/AIDS, para. 55, tradução livre).

Tratados regionais também se referem ao direito à saúde. A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos garante o direito à saúde e obriga os Estados Partes a “adotar as medidas necessárias para proteger o direito de seus povos e garantir que eles recebam cuidados médicos quando estão doentes.” (art. 16, tradução livre). Além disso, a Carta Africana dos Direitos das Crianças estabelece o direito de toda criança à melhor saúde possível e obriga os Estados Partes a buscar a implementação de tal direito, incluindo a disponibilização “de assistência médica e cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários” (Art. 14:2, (b), tradução livre). O Artigo 10 da Carta Social Européia de 1961 também reconhece o direito à saúde, como o faz o Artigo 10 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988.

4.2 Princípios de Igualdade e Não Discriminação

O Direito Internacional também estabelece os princípios básicos de não discriminação e igualdade. A DUDH proclama que

[t]oda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. (DUDH, art. II).

Ademais, de acordo com a referida declaração, “[t]odos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, à igual proteção da lei” (DUDH, art. VII). O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ICCPR, sigla em inglês) faz eco à proclamação da DUDH contra a discriminação, obrigando os Estados Partes a reconhecer os direitos nele garantidos sem distinção de qualquer natureza, incluindo as baseadas em raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição (art. 2(1)). O ICCPR também indica a igualdade de todas as pessoas perante a lei e

demanda que a lei proíba toda forma de discriminação e garanta a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra discriminações por qualquer que seja o motivo, incluindo os acima citados (ICCPR, art. 26). O Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas (CDHNU), o órgão de monitoramento do ICCPR, determinou que a não discriminação, a igualdade perante a lei e a proteção igualitária são os princípios básicos da proteção dos direitos humanos (CDHNU, 1994b, para. 1).

Além disso, seguindo tal princípio, o Comitê (1994b, para. 1) observou que, em geral, os direitos garantidos pelo Pacto são aplicáveis a todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade ou falta desta. De fato,

“a regra geral é que cada um desses direitos do Pacto deve ser garantido sem discriminação entre cidadãos e estrangeiros. Estrangeiros recebem o benefício da regra geral de não discriminação com respeito aos direitos garantidos no Pacto, como disposto em seu artigo 2. Esta garantia é aplicável da mesma forma a estrangeiros e cidadãos” (CDHNU, 1994a, para. 2, tradução livre).

Salvo poucas exceções, e incluindo a cláusula de não discriminação, os direitos previstos no Pacto são aplicáveis tanto a nacionais quanto a não nacionais (CHOLEWINSKI, 2000, p. 714-719). O Comitê notou que o Pacto permite que Estados façam distinções entre cidadãos e não cidadãos com respeito a direitos políticos expressamente concedidos aos cidadãos (como o voto) e à liberdade de circulação (isto é, os não cidadãos não têm um direito geral de entrar em um determinado país, mas, quando tenham permissão para fazê-lo, devem desfrutar dos demais direitos previstos pelo ICCPR) (ACNUDH, 2006, p. 8). O princípio geral de não discriminação também foi proclamado por outros documentos internacionais, dentre os quais se incluem a CDC (art. 2(1)) e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, ainda que esta convenção não disponha de uma disposição expressa que indique sua aplicação a não cidadãos.

Tratados regionais confirmam o princípio internacional básico de não discriminação. A Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos garante o direito à igualdade perante a lei e à igual proteção da lei (art. 3), e a Carta Africana sobre os Direitos das Criações proíbe a discriminação (art. 3). A Convenção Européia sobre Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais estabelece que os direitos e liberdades garantidos na Convenção sejam assegurados sem discriminação de qualquer natureza, incluindo sexo, raça, cor, língua, religião, opinião política ou de qualquer natureza, origem nacional ou social, associação com minoria nacional, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição (art. 14).

As opiniões divergem quanto à aplicabilidade do amplo dispositivo de não discriminação do Artigo 2(2) do ICESCR a não nacionais. Ao criar igualdade substantiva, o Artigo 26 do ICCPR certamente dá alguns direitos socioeconômicos a não nacionais, e o Comitê de Direitos Humanos considerou discriminações não justificáveis contra não nacionais no que se refere ao direito à pensão uma ofensa a tal dispositivo (ACNUDH, 2006, p. 9). Não obstante, garante-se aos não cidadãos um núcleo mínimo de direitos econômicos e sociais de acordo com

a Convenção sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, como discutido mais detalhadamente abaixo.

Ademais, deve-se observar que a distinção entre grupos não é em si própria proibida pelo dispositivo que prevê a não discriminação. De fato, algumas distinções entre grupos têm sido consideradas permitidas nos termos da Convenção Europeia sobre Direitos Humanos, se forem previstas em lei e estritamente proporcionais ao objetivo legítimo que se propõem a alcançar; e, conforme o ICCPR, se forem baseadas em critérios razoáveis e objetivos (CHOLEWINSKI, 2000, p. 714-19). O ACNUDH (2006, p. 7) observou ainda que, ao considerar a discriminação contra não cidadãos, deve-se levar em consideração o interesse do Estado em certos direitos, os diferentes tipos de não cidadãos e sua relação com o Estado e, finalmente, se a razão do Estado para tratar diferentemente cidadãos e não cidadão (ou mesmo entre os próprios não cidadãos) é legítima e proporcional. O ACNUDH também notou que

[t]oda pessoa deveria, em virtude de sua essencial condição humana, desfrutar de direitos humanos. Distinções excepcionais, como, por exemplo, entre cidadãos e não cidadãos, podem ser implementadas apenas se servirem a um objetivo legítimo do Estado e forem proporcionais ao alcance de tal objetivo. (ACNUDH, 2006, p. 5, tradução livre).

4.3 Não Discriminação em Saúde

Diversos órgãos internacionais e regionais, considerando o direito acima mencionado de desfrutar o nível mais elevado possível de saúde e o princípio da não discriminação, têm tratado especificamente da proibição da discriminação na concessão de serviços de saúde.

De acordo com o CNUDESC (2000), o órgão de monitoramento do ICESCR, os Estados devem garantir um conjunto mínimo de obrigações como parte do direito à saúde, o qual compreenderia: o acesso não discriminatório a postos de atendimento, em especial para grupos vulneráveis e marginalizados; o fornecimento de medicamentos essenciais; a garantia da distribuição equitativa de todos os serviços, bens e instalações de saúde; a adoção e a implementação de uma estratégia nacional de saúde pública e de um plano de ação com prazos e referenciais claros; e adoção de medidas de prevenção, tratamento e controle de doenças endêmicas e epidêmicas. Enquanto o Comitê comenta a natureza progressiva do direito à saúde, também indica que os Estados devem imediatamente adotar medidas para concretizá-lo e garantir seu exercício sem discriminação de qualquer natureza (CNUDESC, 2000, para. 30). O direito à saúde é, desta forma, fundamentalmente ligado ao direito à não discriminação. De fato, o Comitê declarou que

[O] Pacto proíbe qualquer discriminação no acesso aos cuidados de saúde, em virtude de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, deficiência mental ou física, situação de saúde (incluindo o HIV/AIDS), orientação sexual ou situação civil, política social ou

de qualquer outra natureza [...]. No que se refere ao direito à saúde, o acesso igualitário a serviços e cuidados de saúde foi enfatizado. Os Estados têm uma obrigação especial de fornecer para aqueles que não têm meios suficientes o seguro de saúde e os aparatos para tratamento necessários; e de evitar qualquer discriminação baseadas em razões internacionalmente proibidas na concessão de serviços e cuidados de saúde, em especial no que se refere às obrigações centrais relacionados ao direito à saúde [...]. (CNUDESC, 2000, paras. 18-19, tradução livre).

No que se refere especificamente aos migrantes, o Comitê observa que “os Estados têm a obrigação de respeitar o direito à saúde, *inter alia*, não negando ou limitando o acesso igualitário de toda pessoa a serviços de saúde preventivos, paliativos ou de cura” (2000, para. 34). Assim, a proibição da discriminação contra não cidadãos no recebimento de assistência da saúde e a recomendação para se eliminar a discriminação emergem das conclusões do Comitê.

Outros órgãos abordaram a obrigação de não discriminar não cidadãos na concessão de serviços de saúde essenciais. Embora os dispositivos anti-discriminação presentes na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial em geral não sejam aplicáveis a não cidadãos, em 2004, o Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CNUEDR, o órgão de monitoramento do tratado) (2004, para. 2) lembrou os Estados de suas obrigações perante não cidadãos. O Comitê observou que nenhuma distinção permitida com base na cidadania deveria “diminuir, de forma alguma, a importância dos direitos e liberdades reconhecidos e enunciados, em especial, na DUDH e no ICCPR.” (2004, para. 2). Recordou, ainda, que, enquanto alguns direitos,

como o direito à participação em eleições, a votar e a se candidatar, podem ser restritos aos cidadãos, os direitos humanos, em princípio, devem ser desfrutados por todas as pessoas. Os Estados Partes têm a obrigação de garantir a igualdade entre cidadãos e não cidadãos no exercício desses direitos na medida estabelecida pelo Direito Internacional (CNUEDR, 2004, para. 3).

Para tanto, o Comitê solicitou que os Estados Partes adotem medidas, incluindo a remoção de impedimentos ao exercício de direitos econômicos, sociais e culturais por não cidadãos, em especial na área de educação, moradia, emprego e saúde (2004, para. 29), e as que garantiriam a observância pelos Estados Partes do direito dos não cidadãos a um nível adequado de saúde física e mental, evitando, *inter alia*, a recusa ou a limitação de seu acesso a serviços de saúde preventivos, de tratamento e paliativos (2004, para. 36).

O Comitê sobre os Direitos da Criança (CNUDC) abordou especificamente a relação entre HIV/AIDS e os direitos descritos na Convenção, determinando que o direito à não discriminação deveria ser uma das “diretrizes na consideração do HIV/AIDS em todos os níveis de prevenção, tratamento, cuidados e assistência” (2003, para. 5, tradução livre). O Comitê (2003, paras. 7/9) expressou sua preocupação com o papel que a discriminação desempenha no aumento da epidemia do HIV/

AIDS e na identificação das vítimas. Com relação aos serviços relacionados ao HIV, o Comitê demanda que

os Estados Partes devem garantir que os serviços são prestados na maior medida possível para toda criança que vive dentro de suas fronteiras sem discriminação e que eles levem suficientemente em consideração as diferenças em gênero, idade e contextos social, econômico, cultural e político no qual as crianças vivem. (CNUDC, 2003, para. 21, tradução livre).

Embora, de acordo com a convenção, os Estados tenham a obrigação de garantir o acesso igualitário e sem discriminação das crianças a tratamento e cuidados, inclusive os antiretrovirais, eles também devem dedicar atenção especial a fatores sociais que limitam tal acesso de toda criança a tratamento e assistência (CNUDC, 2003, para. 28).

Por meio da Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS de 2001, os governos se comprometeram a editar e aplicar a legislação que elimina a discriminação contra pessoas vivendo com HIV/AIDS e membros de grupos vulneráveis no acesso a serviços de saúde, inclusive o tratamento e a assistência para HIV/AIDS (para. 58). O ACNUDH observou ainda que

[O]s estados devem evitar padrões diferentes de tratamento para cidadãos e não cidadãos que possam levar ao exercício desigual de direitos econômicos, sociais e culturais. Os governos devem adotar medidas progressivas na medida dos recursos que lhes são disponíveis para proteger os direitos de toda pessoa a (independentemente de sua cidadania): seguridade social; adequado padrão de vida, o que inclui alimentação, vestuário e habitação adequados, bem como a melhora contínua das condições de vida; o usufruto do mais elevado nível de saúde física e mental possível; e educação. (ACNUDH, 2006, p. 25-26, tradução livre).

Além disso, a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes, que entrou em vigor recentemente, garante expressamente os direitos dos trabalhadores migrantes e membros de suas famílias à assistência de saúde de emergência, prestando-lhe cuidados médicos “necessários para a preservação de sua vida ou evitar dano irreparável a sua saúde” na mesma base que em se faz para os nacionais, sem consideração da regularidade de sua situação (art. 28). Com relação a outros serviços de saúde, a Convenção garante que os trabalhadores migrantes devem ter um tratamento igual ao dos nacionais no acesso a serviços sociais e de saúde, se os requisitos para participação nestes programas forem preenchidos (art. 43(1)(6)).

5. Perspectivas futuras

O fornecimento de tratamento antiretroviral para migrantes requer um esforço baseado em dois eixos por parte dos Estados do Sul Global e entre os doadores e ONGs: eliminação da discriminação baseada na nacionalidade na concessão do tratamento antiretroviral; e criação de mecanismos transfronteiriços de tratamento que levem em consideração as condições dos migrantes.

5.1 *Discriminação baseada na Cidadania na Concessão de Tratamento Antiretroviral*

Como acima observado, o CNUDESC reconheceu a obrigação dos Estados Partes de conceder um núcleo mínimo de direitos, dentre os quais estariam incluídos o acesso não discriminatório a postos de atendimento de saúde, em especial para grupos vulneráveis e marginalizados, o fornecimento de medicamentos essenciais, a garantia da distribuição equitativa de instalações, bens e serviços de saúde; a adoção e a implementação de um plano nacional de saúde pública e de um plano de ação com referenciais claros e prazos definidos; e a adoção de medidas para prevenir, tratar e controlar doenças epidêmicas e endêmicas (CNUDESC, 2000). Ademais, de acordo com o Comitê, os estados têm a obrigação imediata de eliminar a discriminação no acesso ao serviço de saúde e adotar medidas concretas para a plena concretização do direito à saúde.

A obrigação fundamental de prestar assistência à saúde, expressamente indicada pelo Comitê, compreende o acesso aos medicamentos do tratamento antiretroviral inclusos na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS⁵. Algumas fontes defendem que os medicamentos essenciais, enquanto parte do núcleo mínimo do direito à saúde, estão sujeitos à concretização imediata em vez da progressiva. O Relator Especial das Nações Unidas para o Direito de Toda Pessoa a Desfrutar o Mais Elevado Nível Possível de Saúde Física e Mental observou que o acesso a medicamentos essenciais é parte “fundamental” do direito à saúde (HUNT, 2006, p. 10-11). Os Estados têm o dever de disponibilizar medicamentos existentes em seu território e garantir que eles sejam acessíveis, ou seja, que estejam presentes em todo o território, sejam economicamente viáveis para todos e disponíveis sem nenhum tipo proibido de discriminação, bem como as informações sobre tais medicamentos devem ser disponibilizadas para pacientes e profissionais da saúde. Os Estados também devem garantir que eles sejam culturalmente aceitáveis (HUNT, 2006, p. 13). De fato, conforme o Relator Especial,

os Estados têm a obrigação imediata de impedir a discriminação e também de disponibilizar alguns medicamentos (conhecidos como “medicamentos essenciais”) ao longo de toda sua jurisdição. Essas obrigações fundamentais de efeito imediato não estão sujeitas à concretização gradual. (HUNT, 2006, p. 14, tradução livre).

Assim,

em resumo, o direito à saúde compreende acesso a medicamentos essenciais e não essenciais. Ao passo que os Estados podem concretizar gradualmente o acesso a medicamentos não essenciais, tem a obrigação fundamental e de efeito imediato de disponibilizar medicamentos essenciais ao longo de toda sua jurisdição. (HUNT, 2006, p. 15, tradução livre).

Os governos nacionais, como os da África do Sul e da Tailândia, precisam disponibilizar tratamento antiretroviral essencial igualmente para não cidadãos e

cidadãos, de forma a honrar seu compromisso de não discriminação nos serviços básicos de saúde, o qual abrange medicamentos essenciais. Estes tratamentos devem ser fornecidos nos mesmos termos e sem discriminação com base em cidadania ou status de residência. Encontra-se compreendido na obrigação dos Estados de oferecer tratamento antiretroviral gratuito ou a baixo custo sem distinção com base em cidadania o dever de oferecer tratamento antiretroviral para evitar a transmissão de mãe para filho para migrantes HIV positivo grávidas.

Além disso, a posição dos doadores internacionais enquanto fonte dos financiamentos dos programas de tratamento antiretroviral os coloca numa posição privilegiada para influenciar as políticas estatais na distribuição de medicamentos financiados. Doadores internacionais deveriam influenciar os formadores das políticas nacionais, de forma a garantir que os critérios nacionais de elegibilidade não sejam discriminatórios e que as contribuições do doador não sejam utilizadas de maneira discriminatória. Eles também deveriam condicionar o financiamento de antiretrovirais para a população geral à disponibilização igualitária de tais medicamentos entre cidadãos e não cidadãos, inclusive aqueles que estão em situação irregular e em situação não documentada. O financiamento adequado de tratamento antiretroviral para não cidadãos é essencial também para o sucesso de qualquer política oficial de acesso.

5.2 Mecanismos Transfronteiriços e que Levam em Consideração as Necessidades Específicas dos Migrantes

Os migrantes, em especial os em trânsito e a curto prazo, demandam atenção especial dos governos nacionais e da comunidade internacional na criação de mecanismos que possibilitem a continuidade do tratamento. Indivíduos que se deslocam frequentemente e precisam de tratamento antiretroviral enfrentam diversos desafios, como observado acima. Os sistemas transfronteiriços de tratamento de tuberculose desenvolvidos entre México e EUA constituem um exemplo de como disponibilizar tratamento para indivíduos que costumam se deslocar (HARLOW, 1999, p. 1581). No que se refere ao HIV, Estados vizinhos poderiam trabalhar juntos para padronizar passaportes de saúde ou cartões de informação utilizáveis pelos indivíduos nos dois lados da fronteira, de forma a tornar a informação consistente e as autoridades de saúde de diversas localidades sejam capazes de reconhecer as informações do paciente relativas sua situação, estágio do tratamento e próximos passos. Em seguida, os Estados poderiam discutir com vizinhos com os quais compartilham rotas de migração protocolos de tratamento recomendados, de forma a padronizá-los e garantir que os pacientes possam ir de uma clínica em um lado da fronteira para outra do outro sem problemas. Ademais, ainda que difícil, os Estados poderiam considerar a possibilidade de trabalhar juntos para elaborar um registro ou uma base de dados estatística para coletar informações sobre os pacientes em formato acessível e confidencial. Além disso, as clínicas junto a rotas fronteiriças poderiam oferecer tradutores com domínio das línguas faladas pelos migrantes da área.

Organizações internacionais e doadores poderiam auxiliar os Estados na criação de cada elemento do programa de tratamento transfronteiriço. A UNAIDS demandou

um “protocolo regional para a padronização do tratamento de HIV, bem como um sistema regional e os meios para garantir tal tratamento a indivíduo[s] afetado[s].” (2008a, p. 6, tradução livre). Junto com governos estatais, organizações internacionais e doadores podem ter um papel importante na garantia de que os passaportes de saúde, os protocolos de tratamento e as diretrizes de tratamento antiretroviral já implementadas por governos sejam ajustadas de forma a ser uniformizadas na região transfronteiriça. Tais atores podem também ter um papel crucial no estabelecimento de um registro ou base de dados internacional para coleta de informações confidenciais sobre os pacientes em formato acessível.

Além disso, fontes internacionais poderiam instrumentalizar a contratação de tradutores para clínicas para auxiliar o aconselhamento de migrantes, oferecer transporte dos campos de migrantes para as clínicas e dar assistência alimentar ou outros suplementos para os regimes de tratamento antiretroviral, de forma a melhorar a saúde dos migrantes. Dar informações no formato mais acessível aos migrantes (seja por meio de uma linha direta, panfletos ou aconselhamento oral) em localidades próximas a rotas comuns de migrantes e no destino seguinte destes pode auxiliá-los a ter acesso a estes serviços. A UNAIDS (2008a, p. 6) também recomendou o desenvolvimento de centros de recepção em cada país com informações para migrantes e serviços, incluindo a indicação de serviços de saúde.

6. Conclusão

A UNAIDS clamou por medidas para garantir que os

[p]aíses de origem, trânsito e destino tenham programas conjuntos/tripartite de acesso à saúde em andamento para atender todos os pontos e momentos possíveis do continuum do deslocamento de trabalhadores migrantes/cidadãos, inclusos o momento anterior à partida, a própria migração, o período inicial de adaptação, a adaptação bem-sucedida, a migração de volta e a reintegração na comunidade original. (UNAIDS; OIM, 2001, p. v/39, tradução livre).

Os direitos aos cuidados da saúde e à igualdade e não discriminação criam um compromisso dos Estados de oferecer um conjunto básico de serviços de saúde nos mesmos termos que o fazem a seus cidadãos, até mesmo para aqueles em situação irregular. Esta afirmação de melhores práticas e os requisitos do Direito Internacional, no entanto, não têm sido observados na prática. Como resultado, milhões de indivíduos não têm acesso ao tratamento de HIV de que necessitam e sofrem o risco de ter complicações desnecessárias e morte prematura.

Tanto os benefícios de permitir que migrantes tenham logo acesso ao tratamento e obtenham medicação para doenças tratáveis quanto às consequências de não dar este tratamento são consideráveis. Estudos têm demonstrado que imigrantes tendem a ter um estado de saúde melhor do que os locais quando de sua chegada (McDONALD; KENNEDY, 2004, p. 1613-1627). No entanto, a falta de uma situação legal, o medo da identificação e as restrições legais ao tratamento levam à subutilização dos serviços de saúde e atrasos na busca de ajuda. Este artigo sugere um modo de se aumentar

o acesso de não cidadãos a tratamento antiretroviral em países do Sul Global, incluindo tanto migrantes a longo prazo quanto a curto prazo e refugiados. Apenas com esforços globais coordenados da parte dos Estados, organizações internacionais e doadores; o direito dos migrantes a cuidados com sua saúde, em especial, tratamento antiretroviral, será integralmente concretizado. Ações programáticas e legislativas para eliminar a discriminação com base na cidadania e a melhora do acesso de migrantes a tratamento antiretroviral é decorrente não apenas de considerações de saúde pública, mas também e imediatamente do Direito Internacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁFRICA DO SUL. Constitution of the Republic of South Africa, 4 Dez. 1996. Disponível em: <<http://www.info.gov.za/documents/constitution/index.htm>>. Último acesso em: 29 jan. 2008.
- _____. Revenue Directive by Department of Health to all Provincial Health Managers and HIV/AIDS Directorates, 19 set. 2007.
- _____. Parliament. Background Research Report Compiled by the Research Unit for the Task Team of Members of Parliament Probing Violence and Attacks on Foreign Nationals. [2008?]. Disponível em: <http://www.parliament.gov.za/content/BACKGROUND_RESEARCH_REPORT.pdf>. Último acesso em: 12 jan. 2008.
- AIDS LAW PROJECT (ALP) et al. Vulnerable Groups: Refugees, Asylum Seekers, and Undocumented Persons - the Health Situation of Vulnerable Groups in South Africa. 4 mar. 2008. Disponível em: <<http://www.pmg.org.za/files/docs/080326sanac.pdf>>. Último acesso em: 29 jan. 2008.
- BANATI, P. Risk Amplification: HIV in Migrant Communities. *Development Southern Africa*, v. 24, n. 1, p. 205-223, 2007.
- BANDYOPADHYAY, M.; THOMAS, J. Women Migrant Workers' Vulnerability to HIV Infection in Hong Kong. *AIDS Care*, v. 14, n. 4, p. 509-521, 2002.
- BROCKERHOFF, M.; BIDDLECOM, A. E. Migration, Sexual Behavior and the Risk of HIV in Kenya. *The International Migration Review*, v. 33, n. 128, p. 833-856, 1999.
- BURNS, F.; FENTON, K. A. Access to HIV Care Among Migrant Africans in Britain. What Are the Issues? *Psychology, Health & Medicine*, v. 11, n. 1, p. 117-125, 2006.
- CHOLEWINSKI, R. Economic and Social Rights of Refugees and Asylum Seekers in Europe. *Georgetown Immigration Law Journal*, v. 14, p. 709-755, 2000.
- CONSELHO EUROPEU. Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais. 4 nov. 1950. [213 U.N.T.S. 222].
- CONSORTIUM FOR REFUGEES AND MIGRANTS IN SOUTH AFRICA [CORMSA]. Protecting Refugees, Asylum Seekers, and Immigrants in South Africa. 2008. Disponível em: <<http://www.cormsa.org.za/wp-content/uploads/2008/06/cormsa08-final.pdf>>. Último acesso em: 7 Dec. 2008.

- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA). The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief: Countries. [200-]. Disponível em: <<https://www.pepfar.gov/countries/index.htm>>. Último acesso em: 21 Jan. 2009.
- FEDERATION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'HOMME [FIDH]. Surplus People? Undocumented and Other Vulnerable Migrants in South Africa. 2008. Disponível em: <<http://www.fidh.org/spip.php?article5166>>. Último acesso em: 7 dez. 2008.
- FORD, K.; CHAMRATHRITHIRONG, A. Sexual Partners and Condom Use of Migrant Workers in Thailand. *AIDS and Behavior*, v. 11, n. 6, p. 905-914, 2007.
- GARRET, L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, New York, v. 86, n. 1, 2007.
- HARLOW, T. Notes from the Field: TB Net Tracking Network Provides Continuity of Care for Mobile TB Patients. *American Journal of Public Health*, v. 89, n. 10, p. 1581- 1582, 1999.
- HEALTH PROTECTION AGENCY. Migrant Health: Infectious Diseases in Non-UK Born Populations in England, Wales, and Northern Ireland: A Baseline Report - 2006. Londres. 2006. Disponível em: <http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1201767922096>. Último acesso em: 7 dez. 2008.
- HERNÁNDEZ-ROSETE, D. et al. Migration and Ruralization of AIDS. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 1, p. 131-138, 2008.
- HUMAN RIGHTS WATCH [HRW]. No Bright Future: Government Failures, Human Rights Abuses and Squandered Progress in the Fight against AIDS in Zimbabwe, v. 18, n. 5(A), 2006. Disponível em: <<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/zimbabwe0706webwcover.pdf>>. Último acesso em: 14 jul. 2009.
- . Deadly Denial: Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand, v. 19, n. 17(C), 2007. Disponível em: <<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/thailand1107.pdf>>. Último acesso em: 14 jul. 2009.
- . Neighbors in Need: Zimbabweans Seeking Refuge in South Africa. 2008. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/southafrica0608_1.pdf>. Último acesso em: 14 jul. 2009.
- . Access to Antiretroviral Therapy for Migrant Populations. 2009. [no prelo].
- HUNT, Paul. Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Health. U.N. Doc. A/61/338. 13 set. 2006.
- IRIN PLUSNEWS. Thailand: Burmese Migrants Excluded from AIDS Treatment. 15 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=64389>>. Último acesso em: 8 dez. 2008.
- . South Africa-Zimbabwe: No Documents? No Treatment. 28 Mar. 2008a. Disponível em: <<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=77493>>. Último acesso em: 7 dez. 2008.
- . West Africa: A Life-Changing Highway. 17 set. 2008b. Disponível em: <<http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=80439>>. Último acesso em: 7 dez. 2008.
- JACOBSEN, K. Migration within Africa: The View from South Africa. *The Fletcher Forum of World Affairs Journal*, v. 31, p. 203-212, 2007.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS).

Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical Update. UNAIDS Best Practice Collection, Genebra, Fev. 2001. Disponível em: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC513-PopMob-TU_en.pdf>. Último acesso em: 7 dez.

_____. IOM. Migrants' Right to Health. UNAIDS Best Practice Collection, Genebra, Mar. 2001. Disponível em: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_en.pdf>. Último acesso em: 7 dez. 200

_____. Report on the Global AIDS Epidemic. 2008a. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>>. Último acesso em: 14 jul. 2009.

_____. RST-ESA Position Paper: HIV in the Context of Zimbabwean Migrant Populations. 28 jul. 2008b.

McDONALD, J. T.; KENNEDY, S. Insights into the 'Healthy Immigrant Effect': Health Status and Health Service Use of Immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 8, p. 1613-1627, 2004.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES. Migrant Workers Deserve Better Access to Health Care. *Sai Wan*. 17 dez. 2007. Disponível em: <http://www.msf.org.hk/public/contents/news?ha=&wc=0&hb=&hc=&revision_id=28029&item_id=26843>. Último acesso em: 8 dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. Declaração Universal de Direitos Humanos. G.A. Res. 217A (III), U.N. Doc. A/810 at 71. 10 dez. 1948.

_____. Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados. U.N. Doc. 189 U.N.T.S. 150. 28 jul. 1951.

_____. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial. G.A. Res. 2106 (XX), anexo, 20 U.N. GAOR Supp. (No. 14) at 47, U.N. Doc. A/6014, 1966. 21 dez. 1965. [660 U.N.T.S. 195].

_____. Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos. G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316, 1966. 16 dez. 1966a. [999 U.N.T.S. 171].

_____. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316, 1966. 16 dez. 1966b. [993 U.N.T.S. 3].

_____. Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados. U.N. Doc. 606 U.N.T.S. 267. 16 dez. 1966c.

_____. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. 1979.

_____. Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC). G.A. Res. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 167, U.N. Doc. A/44/49, 1989. 20 nov. 1989.

_____. Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de Suas Famílias. G.A. Res. 45/158, anexo, 45 U.N. GAOR Supp. (No. 49A) at 262, U.N. Doc. A/45/49, 1990. 18 dez. 1990.

_____. COMITÊ DE DIREITOS HUMANOS [CDHNU]. General Comment 15: The Position of Aliens Under the Covenant. UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, twenty-seventh session. 1994a.

- _____. _____. General Comment 18: Non-discrimination. UN Doc. HRI\GEN\1\ Rev.1, thirty-seventh session. 1994b.
- _____. COMITÊ SOBRE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS [CNUDESC]. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health: Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. E/C.12/2000/4. 2000.
- _____. Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. G.A. Res. S-26/2, U.N. Doc. A/RES/S-26/2. 2 ago. 2001.
- _____. COMITÊ SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA [CNUDC]. General Comment No. 3: HIV/AIDS and the Rights of the Children. 2003. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.3.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.3.En?OpenDocument)>. Último acesso em: 8 dez. 2008.
- _____. COMITÊ SOBRE A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL [CNUERD]. General Recommendation No. 30: Discrimination Against Non Citizens. 2004. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/e3980a673769e229c1256f8d0057cd3d?Opendocument>>. Último acesso em: 8 dez. 2008.
- _____. Declaração Política das Nações Unidas sobre HIV/AIDS., G.A. Res. 60/262, U.N. Doc. A/RES/60/262. 15 jun. 2006. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf>. Último acesso em: 29 jan. 2009.
- _____. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A/RES/61/106. 13 dez. 2006.
- _____. ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. [ACNUDH]. The Rights of Non-Citizens. Nova Iork and Genebra: 2006. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/noncitizensen.pdf>>. Último acesso em: 14 jul. 2009.
- _____.; INTERNATIONAL INSTITUTE FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN [UN-INSTRAW]; SOUTH AFRICAN INSTITUTE OF INTERNATIONAL AFFAIRS [SAIIA]. Gender, Remittances and Development: Preliminary Findings from Selected SADC Countries. 2007. Disponível em: <<http://www.un-instraw.org/en/downloads/final-reports/index.php>>. Último acesso em: 7 Dec. 2008.
- _____.; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. The Right to Health: Fact Sheet No. 31. Geneva: 2008. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>>. Último acesso em: 14 jul. 2009.
- _____. ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. UNHCR's Strategic Plan for HIV and AIDS: 2008-2012. 1 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/488495642.pdf>>. Último acesso em: 7 Dec. 2008.
- ORGANIZAÇÃO DA UNIÃO AFRICANA. Carta Africana (Banjul) de Direitos Humanos e dos Povos. OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5. 27 jun. 1981. [I.L.M., v. 21, p. 58, 1982].
- _____. Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. OAU Doc. CAB/LEG/24.9/49. 1990.

- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO [OIT]; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA MIGRAÇÃO (OIM); PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS [UNAIDS]. Policy Brief: HIV and International Labor Migration. 2008. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1513a_policybrief_en.pdf>. Último acesso em: 14 Jul. 2009.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA MIGRAÇÃO [OIM]. About Migration. [200-]. Disponível em: <<http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/en/pid/3>>. Último acesso em: 7 Dez. 2008.
- _____. [2007?]. Incorporating Migrant Populations in Thailand's National Census 2010. Disponível em: <<http://www.iom.int/jahia/Jahia/facilitating-migration/migrant-integration/pid/2025>>. Último acesso em: 12 jan. 2008.
- PALITZA, K. South Africa: Refugees Denied Access to Health Care. Inter-Press Service, Durban, 1 jul. 2008. Disponível em: <<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=43029>>. Último acesso em: 14 jul. 2009.
- PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS. No Status: Migration, Trafficking & Exploitation of Women in Thailand. Boston: 2004. Disponível em: <<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2004-july-nostatus.pdf>>. Último acesso em: 8 dez. 2008.
- SAETHER, S. T. et al. Migrants' Access to Antiretroviral Therapy in Thailand. *Tropical Medicine and International Health*, v. 12, n. 8, p. 999-1008, 2007.
- SMART, T. Migrants with MDR-TB in Southern Africa Being Dumped Off at Borders Without Referrals to Care. *Aidsmap*, 31 out. 2008. Disponível em: <<http://www.aidsmap.com/en/news/F776AAFE-AB53-42B7-81BA-85C3E6426171.asp>>. Último acesso em: 7 Dec. 2008.
- SOUTEYRAND, Y.P. Free Care at Point of Service Delivery: A Key Component for Reaching Universal Access to HIV/AIDS Treatment in Developing Countries. *AIDS*, v. 22 Suppl. 1, p. S161-168, 2008.
- STOVER, E. et al. The Gathering Storm: Infectious Diseases and Human Rights in Burma. 2007. Disponível em: <http://www.soros.org/initiatives/bpsai/articles_publications/publications/storm_20070628>. Último acesso em: 14 Jul. 2009.
- VEAREY, J. Q & A: Denying Antiretrovirals to Migrants Hurts Us All. Inter-Press Service, Johannesburg, 15 Jul. 2008a. Disponível em: <<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=43191>>. Último acesso em: 14 Jul. 2009.
- _____. The Right to Health: Assessing Non-Citizen Access to Antiretroviral Treatment in Inner-City Johannesburg. *AAAO Newsletter*, 29 Maio 2008b.
- WALDMAN, A. On India's Roads, Cargo and a Deadly Passenger, *New York Times*, Nova Iork, 6 Dec. 2005.
- WELZ, T. et al. Continued Very High Prevalence of HIV Infection in Rural KwaZulu-Natal, South Africa: A Population-Based Longitudinal Study. *AIDS*, v. 21, n. 11, p. 1467-1472, 2007.
- WOLFFERS, F.; VERGHIS, S.; MARIN, M. Migration, Human Rights, and Health. *The Lancet*, v. 362, p. 2019-2020, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. International Migration, Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Series, n. 4, Dez. 2003.

Disponível em: <<http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf>>. Último acesso em: 7 dez. 2008.

_____. WHO Model List of Essential Medicines: 15th List. March 2007. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/08_ENGLISH_indexFINAL_EML15.pdf>. Access on 8 dez. 2008.

_____. Sixty-First World Health Assembly. Health of Migrants: Agenda Item 11.9. 24 maio de 2008.

YANG, F. Life and Death Away from the Golden Land: The Plight of Burmese Migrant Workers in Thailand. *University of Hawaii Asian-Pacific Law & Policy Journal*, v. 8, p. 485-535, 2007.

NOTAS

1. Deve se atentar, no entanto, para o fato de que não há uma definição consensual internacionalmente de "migrante" (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]; International Organization for Migration [IOM], 2001, p. 1).

2. De fato, o acesso gratuito ao tratamento de HIV/AIDS no local de prestação do serviço foi considerado pela OMS como parte integrante do acesso universal (SOUTEYRAND; et al, 2008).

3. Para uma discussão das barreiras que os usuários de drogas enfrentam na Tailândia para ter acesso ao exame, ao cuidado e ao tratamento do HIV, v. HRW (2007).

4. De acordo com o Direito Internacional, os Estados têm o direito de controlar suas fronteiras e decidir quem aceitar ou deportar, seguindo procedimentos

adequados e observando princípios de não discriminação, proibição do tratamento inumano, respeito à vida familiar e outros direitos humanos e proteções do direito dos refugiados (CDHNU, 1994a, para. 5). O direito dos não cidadãos à não discriminação em direitos fundamentais discutidos nestes documento (como aqueles relacionados à saúde) não interferem no direito básico reconhecido por outras fontes do Direito Internacional que uma nação tem de controlar suas fronteiras.

5. A lista de medicamentos essenciais da OMS (2007) inclui os antiretrovirais como medicamentos essenciais para o tratamento e a prevenção do HIV em três classes (inibidores nucleosídeos/nucleotídeos da transcriptase reversa; inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa; e inibidores de proteases).

ABSTRACT

While international human rights law establishes the right to health and non-discrimination, few countries have realized their obligations to provide HIV treatment to non-citizens—including refugees, long-term migrants with irregular status, and short-term migrants. Two countries, South Africa and Thailand, provide useful illustrations of how government policies and practices discriminate against non-citizens and deny them care. In South Africa, although individuals with irregular status are afforded a right to free health care including antiretroviral therapy (ART), non-South African citizens are frequently denied ART at public health care institutions. In Thailand, even among registered migrants, only pregnant women are entitled to ART. In order to meet international human rights law—which requires the provision of a core minimum of health services without discrimination—states in the Global South and worldwide must make essential ART drugs available and accessible to migrants on the same terms as citizens.

KEYWORDS

Migrant – HIV/AIDS. Antiretroviral therapy – Human rights – Right to health.

RESUMEN

Mientras que el derecho internacional de los derechos humanos establece el derecho a la salud y a la no discriminación, pocos países dan cumplimiento con sus obligaciones de proporcionar tratamiento contra el VIH a los no ciudadanos, incluyendo a los refugiados, los migrantes permanentes en situación irregular y migrantes temporarios. Dos países, Sudáfrica y Tailandia, dan ejemplos útiles de cómo las políticas públicas y sus prácticas discriminan a los no ciudadanos y se les niega atención médica. Aunque en Sudáfrica los individuos con estatus migratorio irregular gozan del derecho a la asistencia sanitaria gratuita, incluyendo el tratamiento antirretroviral (TAR), a los no ciudadanos sudafricanos se les niega frecuentemente el TAR en las instituciones de salud pública. En Tailandia, incluso entre los migrantes regulares, sólo las mujeres embarazadas tienen derecho al TAR. A fin de cumplir con las obligaciones internacionales de derechos humanos -que requieren de la provisión de un mínimo básico de servicios de salud sin discriminación- los estados en el sur global y en todo el mundo deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos esenciales para el TAR para los migrantes en las mismas condiciones que para los ciudadanos.

PALABRAS CLAVE

Migrantes – VIH/SIDA – Terapia antirretroviral – Derechos humanos – Derecho a la salud.