

Universidad Autónoma de Madrid
Facultad de Derecho
Departamento de Ciencia Política
y Relaciones Internacionales



**SECURITIZACIÓN DE LA SALUD Y MEDICALIZACIÓN DE LAS
RELACIONES INTERNACIONALES. UNA GENEALOGÍA AFRICANA DEL
PODER MÉDICO GLOBAL**

**Trabajo presentado para la obtención del Título de Doctor por
D. José Luis de la Flor Gómez**

**Dirigido por la Profa. Dra. Itziar Ruiz-Giménez Arrieta y
el Prof. Dr. Sergio Caballero Santos.**

Madrid 2020

Securitización de la salud y medicalización de las relaciones internacionales. Una genealogía africana del poder médico global

La tesis responde al interés de los Estudios Críticos de Seguridad (ECSS) por el análisis de las enfermedades infecciosas como problema de seguridad. Previo a la actual epidemia del COVID 19, los ECSS ya habían analizado desde enfoques diferentes (constructivistas, neo-marxistas, post-estructuralistas) la securitización de la salud en las relaciones internacionales. Nuestra tesis repasa esos trabajos y cuestiona la falta de enfoque histórico en sus investigaciones. La tesis sostiene que la securitización de la salud es una forma histórica y contingente de medicalización de las relaciones internacionales; es decir una estrategia propia para desplegar un poder médico internacional. Para estudiar el origen y desarrollo histórico de ese tipo de poder acudimos al concepto de gubernamentalidad de Foucault y a los denominados Estudios de Gubernamentalidad Global (EGG). De esta forma proponemos un análisis de la genealogía de este tipo de poder médico para lo que damos una prioridad central a localizar el papel de África en su creación y desarrollo. Así comprendemos cómo África ha sido tanto un laboratorio natural para la producción de conocimiento médico -excelencia médica- , como a su vez un territorio producido por las tecnologías médicas.

La tesis se compone de dos partes. La primera parte es teórica y en ella repasamos los ECSS y los EGG con el objetivo de presentar nuestra metodología histórica para estudiar el origen y despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales. La segunda parte es histórica y en ella localizamos las diferentes posiciones que ha ido ocupando África a lo largo del origen y desarrollo de la medicalización de las relaciones internacionales. En esta segunda parte el recorrido histórico avanza a través del análisis de estos tres periodos: 1º) el origen de la medicalización de las relaciones internacionales durante la expansión imperial europea, de mediados del siglo XIX, donde África jugó un papel central en el avance de las ciencias de la salud; 2º) la evolución de la medicalización imperial a una medicalización internacional caracterizada por el contexto de la Guerra Fía, la creación de la OMS y el protagonismo cambiante y significativo de las guerrillas y nuevos estados post-coloniales africanos; 3º) la transición de una medicalización internacional a una medicalización global

mediada por la extensión de un modelo de atención sanitaria, que comienza impulsado por la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), pero que es posteriormente controlado por la agenda neoliberal. Es en este tercer momento donde sucede el encuentro entre la agenda neoliberal y los procesos de securitización de la salud donde ha tenido una importancia característica la expansión del VIH/SIDA en la población y los estados africanos. Cerramos este análisis histórico con el estudio de la expansión de la 24ª Epidemia Vírica de Ébola (2014-2016) en estados de África occidental.

A todas las personas que han arrojado luz y alegría a este esfuerzo.

Índice

Lista de acrónimos.....	1
INTRODUCCIÓN Diseño de Investigación. La disciplina de Relaciones Internacionales y el estudio de las políticas de salud global.	4
I. Interés de la investigación. Los estudios críticos de seguridad sanitaria.	4
A. La Escuela de Copenhague y la teoría de la securitización.	7
B. El posicionamiento normativo de la Escuela de Gales.	9
C. La construcción de la (in) seguridad y el riesgo de la Escuela de París.	9
II. Preguntas de investigación e hipótesis.....	11
III. Propuesta de Investigación. El estudio de un poder médico internacional.	12
A. El análisis del poder de Michel Foucault.....	13
B. Las Conferencias de Rio Janeiro.....	14
IV. Aportaciones de la Investigación.	17
V. Fuentes y limitaciones de la investigación.	19
VI. Estructura.	19
PARTE I.....	22
PRIMER CAPÍTULO	23
1. Los Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria (ECSS).	23
1.1. Introducción.....	23
1.2. Origen y evolución académica de los estudios críticos de seguridad sanitaria. ..	23
1.3. La teoría de la Securitización.	26
1.3.1. La propuesta metodológica.....	26
1.3.2 El posicionamiento normativo.....	30
1.4. Estudios sociológicos de Seguridad Sanitaria.	33
1.4.1 Características de los procesos de securitización de la salud.	34
1.4.2. Los dilemas normativos.....	36

1.5. Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria.	39
1.5.1 Emancipación sanitaria.	40
1.5.2 Producción de inseguridades sanitarias.	41
1.5.3. Resistencias.	45
1.6. Estudios de Riesgo Sanitario.	47
1.6.1 La noción del riesgo sanitario.	48
1.7 La formación de un Sector de Seguridad Sanitario Global.	51
1.8. Conclusión.	53
SEGUNDO CAPITULO	55
2. La gubernamentalidad y los Estudios de Gubernamentalidad Global.	55
2.1. Introducción.	55
2.2. Los Estudios de Gubernamentalidad Global.	56
2.2.1 La macrofísica del poder y las relaciones internacionales.	58
2.2.2 El desinterés por las políticas coloniales.	60
2.3. El poder médico en las relaciones internacionales.	63
2.3.1. Primera aproximación. El dispositivo médico de las relaciones internacionales.	63
2.3.2. Segunda aproximación. La función histórica.	67
2.3.3 Tercera aproximación. La administración de la población.	70
2.4. Estudios Biopolíticos.	73
2.4.1. Biopolítica Liberal.	74
2.4.2. Biopolítica y capitalismo.	78
2.4.3. Tanatopolítica.	81
2.5. Genealogía y poder médico de las relaciones internacionales. Medicalizaciones.	87
2.6. Conclusión.	93

PARTE II.....	96
TERCER CAPÍTULO	97
3. Imperialismo y surgimiento de un poder médico geopolítico.	97
3.1. Introducción.....	97
3.2. La frontera sanitaria.....	97
3.2.1. El Cordón Austriaco.	99
3.2.2. Los Consejos Sanitarios del Mediterráneo.	100
3.3. La problematización de la <i>frontera sanitaria</i>	102
3.4. El debate entre contagionistas y miasmáticos.	105
3.4.1. Las rutas de peregrinación desde la India a la Meca.	107
3.5. La pugna nacional de la bacteriología europea.	109
3.5.1. La influencia de la epidemia de cólera en Hamburgo (1892).....	112
3.6. La creación de la Oficina Internacional de Higiene de París.	113
3.7 La exclusión de las demandas de Estados Unidos.....	115
3.8. Conclusión.....	118
CUARTO CAPÍTULO.....	119
4. Imperialismo y surgimiento de un poder médico tropical.	119
4.1. Introducción.....	119
4.2. Los límites de la medicina europea.	119
4.3. El cuestionamiento de la frontera médica.....	123
4.3.1. Las estadísticas militares del ejército imperial británico.....	123
4.3.2. La posología de la quinina.....	124
4.3.3. El surgimiento de la higiene militar.	125
4.3.4. Produciendo al africano: sexualidad y medicina misionera.	127
4.4. La emergencia de la Medicina Tropical.	129
4.4.1. La competición por la malaria.	130

4.5. La cooperación en la enfermedad del sueño.....	138
4.5. Conclusión.....	148
QUINTO CAPITULO	149
5. Uniformidad Imperial y Economía Política de la Salud.....	149
5.1. Introducción.....	149
5.2. La preocupación europea.....	149
5.3 Las líneas higiénicas y la unificación geopolítica.	152
5.4. La lucha contra la malaria y las economías políticas de la salud.	153
5.4.1 El enfoque biotecnológico.....	155
5.4.2 El enfoque de higiene rural y medicina social.....	157
5.4.3 El enfoque inmunitario.	158
5.5. Conclusión.....	162
SEXTO CAPITULO	163
6. El poder médico internacional.....	163
6.1 Introducción.....	163
6.2. La actividad de la Fundación Rockefeller durante la Segunda Guerra Mundial.	164
6.3 La construcción de la OMS.	166
6.3.1. El papel de la comisión interina.	167
6.3.2. Una nueva geopolítica médica internacional.....	169
6.3.3. Economía política de la salud y derecho a la salud.	175
6.4 Erradicación de la Malaria (1955-1970).....	178
6.4.1. La Conferencia de Kampala (1950).	181
6.5. La erradicación de la viruela.	187
6.5.1. África Occidental y los nuevos aprendizajes en la lucha contra la viruela.	190

6.5.2. La actuación africana en el éxito del programa intensificado de la viruela.	197
6.6 Conclusión.....	199
SÉPTIMO CAPÍTULO	201
7. La medicalización revolucionaria.....	201
7.1. Introducción.....	201
7.2. La medicalización social fallida.	202
7.2.1. La Conferencia de Bandung y el eje médico asiático.....	202
7.3. China y la construcción de un poder médico revolucionario.	208
7.4. La medicalización revolucionaria tanzana.	220
7.4.1 Contexto político tanzano.	220
7.4.2 La asistencia china en la medicalización.	225
7.5. Conclusión.....	233
OCTAVO CAPÍTULO.....	235
8. La contra conducta médica como poder internacional.	235
8.1. Introducción.....	235
8.2 Los expertos médicos y la contraconducta médica internacional.....	235
8.3. El último intento de la Unión Soviética por hacerse con el poder medico internacional.	239
8.4 Estados Unidos y el lenguaje de las Necesidades Fundamentales.	241
8.5 La Conferencia de Alma-Ata y el poder médico estandarizador.....	245
8.5.1. El refuerzo de la medicalización del estado.	245
8.5.2. La desmovilización de la población.	247
8.5.3 Problematización de la APS como servicio sanitario.....	249
8.6 Conclusión.....	250
9. Emergencia del poder médico global.	252

9.1. Introducción.....	252
9.2.1. La producción neoliberal de los sistemas de salud.....	254
9.2.2 El cuestionamiento a la economía política neoliberal.	256
9.2.3 La respuesta desde la comunidad.	260
9.3 Medicalización asistencialista.	266
9.3.1 Maquina de curación global.	267
9.3.2 US President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR).....	271
9.4 Medicalización global.	275
9.4.1 El concepto de virus emergente.....	276
9.4.2 La tecnología del sistema de vigilancia epidemiológico global.	281
9.4.3 Cuestionamientos al funcionamiento de la red de vigilancia epidemiológica.	286
9.5 Conclusión.....	288
DÉCIMO CAPÍTULO.....	289
10. La 24° EVE. La crisis en la medicamentación de las relaciones internacionales.	289
10.1 Retraso en la respuesta.	289
10.2. Ébola y medicalización de las relaciones internacionales.	296
10.2.1 Economía política de la salud.....	296
10.2.2 Resistencias sociales, derivas nativas y cuidado femenino.	300
10.3. Conclusión.....	302
UNDÉCIMO CAPÍTULO.....	304
11. Conclusiones.....	304
11.1 Excelencia médica, poder médico y producción de las relaciones internacionales.	305
11.2 Estrategias de medicalización de las relaciones internacionales.....	311
11.3 Aportaciones a los ECSS.....	313

EPÍLOGO	318
12. COVID19 y medicalización de las relaciones internacionales.....	318
12.1 África, COVID19 y orden sanitario internacional.....	319
12.2 Límites en la seguridad. Horizontes para los cuidados	334
BIBLIOGRAFÍA	339

Lista de acrónimos

AAPSO: AfroAsian People's Solidarity Organisation

ADPIC: Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual

AMA: American Medical Association

APS: Atención Primaria en Salud

APS-S: Atención Primaria en Salud Selectiva

ART: Antiretrovirales

AVAD: Años de Vida Ajustados a Discapacidad

BM: Banco Mundial

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CMT: Community Medical Team (Equipos Médicos Comunitarios)

CSN: Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas

ECS: Estudios Críticos de Seguridad

ECSS: Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria

EEUU: Estados Unidos

EGG: Estudios de Gubernamentalidad Global

EID: Emerging Infectious Disease

EMC: Emerging and Other Communicable Diseases

EMT: Escuelas de Medicina Tropical.

EVE: Enfermedad Vírica del Ébola

EVE: Enfermedad Vírica del Ébola

FMI: Fondo Monetario Internacional

FR: Fundación Rockefeller

GIPA: Great Involvement of People live with Aids

GHSA: Global Health Security Agenda

GOARN: Global Outbreak Alert and Response Network-GOARN- Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos

GPHIN: Global Public Health Intelligence Network

IDH: Indicadores de Desarrollo Humano

LNHO: Oficina de Salud de las Liga de las Naciones

NNUU: Naciones Unidas

NOEI: Nuevo Orden Económico Internacional

OMC: Organización Mundial del Comercio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OIHP: Oficina Internacional de Higiene Pública

PAE: Planes de Ajuste Estructural

PEM: Programa de Erradicación de la Malaria

PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief

PEV: Programa de Erradicación Viruela

PLW: People Live With Aids

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SRAS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo

SSSG: Sector de Seguridad Sanitaria Global

SVEG: Sistema de Vigilancia Epidemiológico Global

SWAP: Sector-Wide Approach Program

UNECA: United Nations Economic Commission for Africa

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNRRA: United Nations Relief and Rehabilitation Administration

UNMEE: UN Mission for Ebola Emergency Response

INTRODUCCIÓN

Diseño de Investigación.

La disciplina de Relaciones Internacionales y el estudio de las políticas de salud global.

Esta tesis estudia la historia de la medicalización de las relaciones internacionales. Para ello analiza el origen y la evolución de un poder médico en las relaciones internacionales y las diferentes racionalidades políticas que han permitido su despliegue a lo largo de la historia. La preocupación de esta tesis responde a la problemática que ha parecido, desde las últimas dos décadas del siglo XX, en relación a la construcción de las enfermedades infecciosas como problemas de seguridad. En concreto, esta percepción ha impulsado el interés de la disciplina de Relaciones Internacionales por el estudio de la securitización de la salud. Este interés no ha sido ajeno a un incremento en la percepción del riesgo que estas nuevas amenazas sanitarias provocan en los estados y las sociedades occidentales.

I. Interés de la investigación. Los estudios críticos de seguridad sanitaria.

Desde la última década del siglo XX el interés por estudiar la construcción de las enfermedades infecciosas como un nuevo tipo de amenaza a la seguridad supuso la aparición, dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales, de una serie de trabajos que reunimos en torno a la denominación de estudios críticos de seguridad sanitaria (ECSS) y que comparten el interés por aplicar la teoría de la securitización y los enfoques característicos de los estudios críticos de seguridad (ECS) al análisis de las relaciones entre la seguridad y las enfermedades infecciosas. Desde sus inicios, en la primera década del Siglo XXI, el origen y la posterior evolución de los ECSS ha contribuido al propio desarrollo de la disciplina de Relaciones Internacionales.

En primer lugar, estos trabajos han permitido enfrentar el desinterés histórico que las Relaciones Internacionales habían concedido al estudio de las políticas internacionales de salud. En este sentido es oportuno recuperar la crítica que Caroline Thomas, en el

contexto de finales de la década de 1980, caracterizado por la extensión de la epidemia del VIH/SIDA, dirigió a la disciplina al afirmar que:

“La enfermedad es un fenómeno transnacional que no reconoce las fronteras estatales; sin embargo, rara vez aparece en los debates de las Relaciones Internacionales. Es importante que la disciplina aborde el tema de la enfermedad y, en general, la salud, no solo para facilitar la contención de la transmisión de enfermedades a través de las fronteras internacionales, sino también porque afecta a las nociones centrales de justicia, equidad, eficiencia y orden” (Thomas, 1989; 273).

En segundo lugar, estos estudios han abierto, dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales, un espacio alejado de los estudios positivistas o estratégicos que explican la amenaza de las enfermedades infecciosas como variables objetivas, medibles y externas a los propios intereses del investigador como hacen por ejemplo, los informes de las agencias de seguridad y los enfoques tradicionales de Andrew Price-Smith que estudia las amenazas sanitarias como variables externas a un sistema internacional que pueden ser medidas y cuantificadas en función del grado de inestabilidad institucional que puede causar (Price-Smith, 2001). De esta manera, las investigaciones desarrolladas por los ECSS han convertido el concepto, las agendas y las políticas relacionadas con la seguridad sanitaria global en un campo de investigación prominente y de rápido crecimiento que ha ido produciendo una serie de debates relacionados con: su naturaleza o cuáles son los nexos entre la salud y la seguridad; su importancia o cuáles, si los hay, son los problemas de salud que deberían considerarse realmente como amenazas a la seguridad; su metodología o cómo tienen que investigarse tales amenazas; y sus efectos es decir cuáles son las consecuencias políticas y normativas de securitizar la salud (Rushton and Youde, 2014; 2). La construcción de este prometedor nuevo campo de investigación ha sido posible, en gran medida, por el amplio uso y la aplicación que ha tenido la teoría de la securitización, que ha permitido la creación de tres grupos de estudios dentro de los ECSS: los estudios sociológicos, los estudios Críticos y los estudios de riesgo sanitario. En los siguientes apartados de esta introducción presentaremos las señas de identidad de estos tres grupos de estudios. Ahora nos interesa señalar, en primer lugar, cómo la aplicación de la teoría de la securitización al estudio de la salud ha permitido demostrar que las agendas y las políticas de seguridad sanitaria no responden exclusivamente al conocimiento técnico de

los expertos médicos, sino que son ámbitos atravesados y producidos por diferentes agendas, intereses y relaciones de poder. Los ECSS muestran cómo los procesos de securitización de la salud crean diferentes tipos de dilemas éticos, que los actores internacionales tienen que conocer para actuar con responsabilidad valorando los impactos positivos y negativos que tiene el despliegue de estos tipos de políticas.

En tercer lugar, los ECSS han impulsado una preocupación más amplia por el estudio de otras agendas y políticas de salud global dentro de las Relaciones Internacionales como, la gobernanza sanitaria global, los organismos internacionales de salud, la diplomacia sanitaria, la economía política de la salud y debates teóricos vinculados a aspectos normativos y éticos de las relaciones internacionales. Así, durante la última década se han publicado, en las principales revistas académicas de la disciplina, artículos y números especiales dedicados al estudio de la seguridad sanitaria y la salud global, se han creado espacios académicos dedicados específicamente al estudio de este área como por ejemplo el *Grupo de Trabajo BISA sobre Salud Global* (2011), la *Sección de Salud Global* de la Asociación de Estudios Internacionales (2013) y se han abierto centros de investigación sobre Salud Global en los departamentos de Relaciones Internacionales del Europa, Estados Unidos, Australia y expertos en Relaciones Internacionales se han incorporado a centros de investigación en salud global (Davies, Elbe, Howell and McInnes, 2014; 826).

Sin embargo, no podemos olvidar que el surgimiento de un interés por el estudio de la seguridad sanitaria en nuestra disciplina ha respondido también a la nueva conciencia o sensación de crisis que atraviesa por primera vez en generaciones a los estados y las sociedades occidentales, quienes observan cómo sus poblaciones y economías se ven comprometidas por la circulación de nuevas enfermedades infecciosas como, la epidemia de VIH/SIDA originada en la década de 1980, los brotes periódicos de la enfermedad vírica del ébola (EVE) y peste sucedidos durante la década de 1990, la aparición y rápida propagación del SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo en 2003), la circulación de diversas cepas de gripes aviarias durante la primera década del siglo XXI y el temor a que la 24ª epidemia vírica del ébola (2014-2016) pudiera alcanzar sus territorios. Todo ello ha ido aumentando la preocupación por el impacto potencial que tendría una nueva enfermedad infecciosa en la salud de las sociedades occidentales, su seguridad nacional y la estabilidad de otras regiones como el sureste asiático o África subsahariana. Por eso la creación y el desarrollo de los ECSS ha sido

en gran medida una respuesta crítica a los propios intereses y miedos occidentales (Davies, Elbe, Howell and McInnes, 2014; 827).

La conformación de los ECSS refleja también el origen y la evolución de los estudios críticos de seguridad (ECS). Su origen, a finales de la década de 1980, tenía como objetivo reunir las diferentes propuestas metodológicas críticas con los enfoques tradicionales de seguridad que habían dominado la disciplina durante la Guerra Fría (Krause and Williams, 2002; 33). Los ECS cuestionaron los enfoques tradicionales que consideraban al estado como el único referente de seguridad y la violencia y el uso militar de la fuerza como la principal amenaza internacional. Con ello también criticaron la metodología positivista de estos enfoques que consideraban el estudio de la seguridad como algo objetivo y externo a la propia investigación (Buzan y Hansen, 2009; 10-12).

Los estudios críticos de seguridad han ido evolucionando gracias a las colaboraciones y los debates establecidos en torno a la aplicación de sus enfoques de investigación, el uso de sus herramientas metodológicas o sus diferentes posicionamientos normativos (C.A.S.E, 2014). Uno de los encuentros más influyentes en esta evolución ha sido el diálogo establecido entre tres Escuelas de Seguridad, que surgieron estrechamente ligadas a diferentes centros de investigación europeos: la Escuela de Copenhague, la Escuela de Gales y la Escuela de París (C.A.S.E, 2006). A continuación presentamos las principales señas de identidad de cada Escuela, algo necesario para que en el siguiente capítulo podamos comprender las principales aportaciones que cada una de ellas hacen al estudio de la securitización de la salud y a la constitución de los ECSS.

A. La Escuela de Copenhague y la teoría de la securitización.

Bill McSweeney acuñó por primera vez el término de la Escuela de Copenhague para referirse al trabajo colectivo desarrollado en el *Centre for Peace and Conflict Research* de Copenhague fundado en 1985. Esta Escuela, fuertemente ligada a la disciplina de Relaciones Internacionales, ha dirigido sus investigaciones al estudio de las nuevas amenazas que preocupan desde finales de la Guerra Fría a las agendas de seguridad de los estados europeos (McSweeney, 1996). El trabajo de la Escuela de Copenhague ha estado fuertemente influido por el diálogo académico que establecieron sus dos principales investigadores, Ole Waever y Barry Buzan (Huysmans, 1998; 482). Mientras que el interés de Waever ha estado centrado en la aplicación de la filosofía del

lenguaje al estudio de los procesos de comunicación, el de Buzan ha continuado analizando la naturaleza política de la seguridad desde unas lentes tradicionales o realistas subrayando así los valores de la amenaza, la supervivencia y las medidas de emergencia. La principal obra de la Escuela de Copenhague y central en el propio desarrollo de los estudios críticos de seguridad, ha sido *Security: A New Framework for Analysis* (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998). En este trabajo se presenta la teoría de la securitización cuyos rasgos centrales explicamos a continuación¹.

A diferencia de los estudios tradicionales, la teoría de la securitización considera que la seguridad no es un valor fijo o externo a la interacción de los actores sino que es el producto del propio proceso de comunicación de forma que el significado final de la seguridad “recae en su uso y no es algo que podamos definir de forma analítica o filosófica” (Buzan, Wæver and De Wilde, 1998; 24). La herramienta de la securitización permite así analizar cómo determinados actores securitizan, es decir construyen diferentes cuestiones internacionales como problemas de seguridad. O con las palabras de sus propios teóricos:

“la securitización estudia quién securitiza, sobre qué cuestiones (amenazas), para quién (objetos de referencia) por qué, con qué resultados y bajo qué condiciones un determinado proceso de securitización tiene éxito” (Buzan, Wæver and De Wilde, 1993: 32).

Pero como profundizamos con más detalle en el próximo capítulo, los teóricos de la Escuela de Copenhague entienden que el interés por securitizar un problema conlleva inevitablemente el surgimiento de un dilema normativo porque la presentación de un asunto como “una amenaza existencial” reclama desplegar medidas extraordinarias que estando “fuera de los límites normales del procedimiento político” suponen “la ruptura de las normas establecidas, la suspensión de derechos y la supresión del debate político sobre esa cuestión y los medios empleados” (Buzan, Wæver and De Wilde, 1998: 25). De tal forma que la securitización para los propios teóricos de la Escuela de Copenhague sitúa la gestión de un asunto “por encima de la política” (Buzan, Wæver

¹ Después de la securitización la Escuela de Copenhague ha continuado produciendo otras herramientas de análisis como la idea de regiones de seguridad (Buzan and Wæver, 2003) o la macro-securitización (Buzan and Wæver; 2009) además ha respondido a las críticas desarrolladas a sus propios enfoques lo que ha influido en su propia reflexión crítica sobre su trabajo (Buzan, and Wæver; 1997; Wæver; 2015).

and De Wilde, 1998: 23). Por todo ello, los estudios de los procesos de securitización de la salud son relevantes porque nos señalan la existencia de diferentes amenazas sanitarias, referentes de seguridad y actores cuyas actuaciones producen diferentes dilemas de seguridad.

B. El posicionamiento normativo de la Escuela de Gales.

La Escuela de Gales, también denominada como Escuela de Aberstwyth, está fuertemente ligada al desarrollo de la teoría crítica dentro de las Relaciones Internacionales. Siguiendo a Robert Cox, quien plantea que “la teoría es siempre 'para' alguien y 'para' un propósito”, la Escuela de Gales relaciona los trabajos de la Escuela de Frankfurt con la tradición neo-marxista y gramsciana (Mutimer, 2007: 63). Según Ken Booth, uno de los mayores exponentes de esta Escuela, una teoría crítica de seguridad debería responder a estas tres cuestiones: “cuáles son esas amenazas, qué podemos saber de ellas y cómo podemos actuar” (Booth, 2008: XII). Ken Booth denuncia que las políticas internacionales de seguridad continúan asentadas en los presupuestos estatales lo que permite que los estados occidentales mantengan su hegemonía en materia de seguridad internacional. Para superar esta situación Booth propone definir de manera positiva la naturaleza de la seguridad, e ir más allá de la supervivencia, para construir una concepción de seguridad ligada a la idea de emancipación, que permita responder a las inseguridades cotidianas que sufren las poblaciones del Sur Global, entre las que destaca la pobreza, la violencia política y física y a las que podemos sumar otras cuestiones relativas a la producción de la enfermedad y el acceso a los servicios de salud. El interés por trasladar la propuesta normativa de la Escuela de Gales al estudio de los procesos de securitización de la salud supone cuestionar que los intereses que impulsan estos procesos responden más a los intereses de los actores occidentales, principalmente estados y empresas farmacéuticas, que dialogan con las necesidades sanitarias de las poblaciones del Sur.

C. La construcción de la (in) seguridad y el riesgo de la Escuela de París.

La Escuela de París han contribuido a introducir dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales el trabajo sociológico de Pierre Bourdieu y el análisis de las relaciones de poder de Michael Foucault (C.A.S.E, 2004; 456). Nick Vaughan y Columba Peoples inscriben la Escuela de París dentro del interés perseguido por los

estudios post-estructuralistas dedicados a estudiar la importancia del lenguaje y la construcción contemporánea de las nociones de peligro y amenaza en las actuales políticas internacionales de seguridad (Vaughan and Peoples, 2014; 62). En este sentido una de las principales aportaciones de la Escuela de París ha sido introducir dentro de los ECS los “análisis del riesgo”, entendidos como una tecnología política que actuando en el presente trata de prevenir los posibles efectos perjudiciales que a corto o medio plazo pueden causar ciertos eventos o fenómenos internacionales (Aradau and Van Munster, 2007). Esta comprensión del riesgo como tecnología política conlleva analizar, cómo los expertos internacionales problematizan la seguridad; es decir a través de qué conocimientos crean un tipo de “régimen de verdad” que produce prácticas materiales y discursivas desde las que un determinado asunto se construye como una (in)seguridad internacional (Bigo, 2013). Este tipo de análisis toma distancia del tradicional enfoque realista centrado en el uso de la violencia y la construcción del otro como enemigo, y también se aleja del trabajo del sociólogo alemán Ulrich Beck que consideraba el riesgo como una representación característica a las sociedades occidentales tardo capitalistas conscientes de los peligros y las inseguridades que introduce la modernidad (Beck, 1998). Alejados de estos enfoques la Escuela de París ha usado los análisis del poder de Michel Foucault y la sociología de Pierre Bourdieu para analizar las relaciones conocimiento-poder y las luchas que establecen los conocimientos y las racionalidades de los diferentes profesionales y expertos a la hora de identificar qué es una amenaza internacional y cómo debe ser respondida (Vaughan and Peoples, 2014). La Escuela de París ha concedido un interés especial al estudio de las políticas de migración, las tecnologías policiales en el control de fronteras, las prácticas y políticas de visados, el desarrollo de las industrias privadas de seguridad, el estudio de las políticas y prácticas antiterroristas (Bigo, 2012; 119). A través de estos trabajos la Escuela de París ha participado durante la última década en la creación dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales de un área propia de análisis conocida como los Estudios de Gubernamentalidad Global (EGG). Trasladar las preocupaciones académicas de la Escuela de París al estudio de los procesos de securitización de la salud supone analizar la construcción de un tipo concreto de racionalidad política asociada al riesgo sanitario

y dialogar con la recepción que los Estudios de Gubernamentalidad Global han hecho de los trabajos de Foucault².

II. Preguntas de investigación e hipótesis.

Nuestro trabajo agrupa tres preguntas de investigación estrechamente relacionadas: ¿Cómo ha surgido y evolucionado un tipo de poder médico en las relaciones internacionales? ¿Cómo ha funcionado; es decir cómo se ha ido organizando históricamente, cómo se ha ido transformando y qué resultados materiales ha ido produciendo? ¿Cómo continúan los procesos de securitización de la salud el despliegue histórico de este poder médico en las relaciones internacionales?

En relación a estas preguntas proponemos tres hipótesis. La primera hipótesis es que a lo largo de la historia de las relaciones internacionales se ha ido creando y reconstruyendo un tipo de poder médico del que la seguridad sanitaria global sería una de sus últimas configuraciones. Este poder médico internacional habría ido respondiendo a la estructuración de diferentes cálculos y estrategias que adecuadas a las contingencias históricas planteadas por las relaciones internacionales habría participado de una forma original y concreta en su propia evolución histórica.

La segunda hipótesis. El origen y la evolución histórica del poder médico de las relaciones internacionales ha estado caracterizado por, la capacidad de control que han ejercido sobre ella los actores occidentales, estados, fundaciones, redes médicas, farmacéuticas... que han sido los principales actores medicalizadores en las relaciones internacionales. Un conocimiento médico que responde a diversos intereses, y hace que las relaciones internacionales sean tanto un ámbito en la producción de este conocimiento médico, ligado a la evolución de las ciencias de la salud, como un espacio producido por el despliegue de concretas tecnologías biomédicas. Para comprobar esta doble característica nos acercaremos a estudiar el papel jugado por África Subsahariana que no ha sido solo históricamente un territorio abocado a la ayuda sanitaria internacional, sino que ha jugado un papel central en la creación y desarrollo

² También la Escuela de París ha impulsado el interés por Sociología Política Internacional dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales (Adler-Nissen, 2012).

histórico de ese poder médico internacional, y en la configuración de la medicalización de las relaciones internacionales.

La tercera hipótesis. En la actualidad las agendas y las políticas de seguridad sanitaria global son el presente de la evolución histórica de este poder médico de las relaciones internacionales. Por ello, la interpretación de las amenazas sanitarias internacionales y el despliegue de unas políticas de seguridad sanitaria estarían contribuyendo a la propia reconstrucción de este poder y con ello a la producción de un orden concreto en las relaciones internacionales fuertemente ligado a los valores, intereses y agendas políticas de los actores occidentales.

III. Propuesta de Investigación. El estudio de un poder médico internacional.

Acudimos a la obra de Michel Foucault con el objetivo de proponer un análisis histórico del poder médico en las relaciones internacionales, que permita una mejor comprensión de la naturaleza y el significado que tienen los actuales procesos de securitización de la salud. Para ello relacionamos estas dos líneas de investigación en la obra del filósofo francés; su análisis del poder que desarrolló a partir de *Vigilar y Castigar* y profundizó en sus Cursos del Collège de France, y sus investigaciones sobre la medicalización de los estados modernos europeos, a las que dedicó el filósofo francés dos conferencias que fueron impartidas en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro en 1974, que llevaron por título, *Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina* y *El nacimiento de la medicina Social*³.

De esta forma nuestra investigación se interesará, como veremos a lo largo de esta tesis doctoral, por la recepción del pensamiento de Foucault en la disciplina de Relaciones Internacionales y propondrá una vía propia y original para contribuir al desarrollo actual de los Estudios de Gubernamentalidad Global.

³ Estas conferencias viene precedida de un dictada en octubre de 1973 y que llevó por título *La política de la salud en el Siglo XVIII*

A. El análisis del poder de Michel Foucault.

Foucault había atacado en su libro de *Vigilar y Castigar* (1975), en el primer volumen de la Historia de la Sexualidad, la *Voluntad del Saber* y en muchas sesiones y lecturas, las limitaciones de lo que denominó como una visión “jurídica” del poder que lo mostraba como una propiedad acumulada por un centro que era posteriormente irradiada a su exterior y que caracterizaba las nociones tradicionales que interpretaban a menudo del poder del estado. En estos casos el ejercicio del poder se expresaba principalmente a través de la represión, la prohibición o la negación. La alternativa respecto a esta conceptualización clásica del poder la establece Foucault a través de su noción de “microfísica del poder” con la que propone un análisis del poder como algo capilar, relacional, múltiple, heterogéneo, disperso, provisional pero omnipresente (Foucault, 2009; 26-27). Foucault no hablará así del poder de manera general, ni teórica, ni sostendrá una idea de poder acumulativo donde un actor ostentaría el poder mientras otros carecerían del mismo, sino que habla de específicas “disposiciones, maniobras, tácticas, técnicas funcionamientos” (Foucault 2009; 26). De esta manera analizar el poder requerirá de una cuidadosa investigación que cartografe y diferencie la existencia de formas concretas de poder. Su proyecto por tanto, es importante subrayarlo, no plantea una teoría del poder sino que promueve y facilita un “análisis del poder” (Jessop, 2007). La microfísica del poder demanda así realizar análisis situados que estudien las relaciones que suceden en unos espacios o campos determinados como por ejemplo, una fábrica, una prisión, una familia. Para William Walters es en el estudio de las relaciones establecidas dentro de estos campos donde Foucault encuentra:

“los juegos de fuerzas, batallas, alianzas, asimetrías mayores y menores, nuevas fuerzas que aparecen y circulan pero también evasiones, rechazos, confrontaciones o tensiones que invitan a comprender el uso de ciertas técnicas relacionadas con conocimientos específicos que tiene por objeto gobernar los sujetos, grupos y situaciones (por ejemplo, psicología, pedagogía...) (Walters, 2012; 14).

El interés de Foucault por la gubernamentalidad supone una importante modificación en sus análisis del poder y de las relaciones de poder, el proyecto que le había preocupado desde mediados de la década de 1970. El desarrollo de los estudios de gubernamentalidad que abarcan los cursos impartidos en el Colegio de Francia de

Seguridad, Territorio y Población (1977-1978) y el *Nacimiento de la Biopolítica* (1978-1979) permitieron a Foucault profundizar en algunos problemas y debilidades relacionadas con el amplio uso que había dado a la hora de conceptualizar el poder con imágenes y metáforas de la guerra que el filósofo francés había tomado de la obra de Friedrich Nietzsche (Walters 2012; 15)⁴. A través de la gubernamentalidad Foucault traslada su análisis de las relaciones de poder del campo metafórico de la batalla, la guerra y el enfrentamiento al estudio de la “conducta de las conductas” donde se cruzan las tecnologías de gobierno y las tecnologías del yo (Foucault 1997; 225). De esta forma, Foucault mantuvo su crítica a la visión jurídica del poder pero desplazó la imagen constante del modelo y las metáforas de la guerra para dar más presencia a los sujetos y sus resistencias, los grados de libertad y la investigación de la construcción ética del individuo (Bröckling, Krasmann and Lemke, 2011; 2). Las investigaciones de Foucault exploran a través de la idea de la gubernamentalidad el desarrollo de nuevas vías para estudiar las relaciones de poder. Igualmente, las Conferencias de Rio de Janeiro fueron también un ámbito concreto e inicial donde el filósofo francés fue orientando el análisis del poder hacia un interés por el estudio de la biopolítica (Salinas, 2013). A continuación repasamos las características fundamentales de este encuentro.

B. Las Conferencias de Rio Janeiro.

En *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*, el filósofo francés contesta el trabajo del sociólogo austriaco Ivan Illich, *Némesis Médica y la expropiación de la salud*, que interesó a Foucault en cuanto que subrayaba el “problema del funcionamiento actual de las instituciones del saber y del poder médicos” (Foucault, 1974; 343). La tesis central del estudio de Illich era que la medicina atravesaba una crisis caracterizada por el efecto iatrogénico o nocivo de la intervención médica, que empeoraba en vez de mejorar la salud del individuo y el papel que la práctica médica jugaba en la desocialización de la persona. Foucault señala que para localizar el origen de la crisis de la medicina no hay que mirar solo al presente sino remontarse “hasta el siglo XVIII en donde encuentra las raíces de la práctica social de la medicina”

⁴ Esta influencia se observa en el estudio de la raza, la batalla, la soberanía y la biopolítica desarrollados en *Vigilar y Castigar* y el curso del Colegio de Francia *Hay que defender la sociedad* (1975-1976)

(Foucault, 1974; 168). Foucault cuestiona la percepción de Illich en torno a la crisis actual de la medicina en estos términos:

“Podría afirmarse que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud etc. Es precisamente el nacimiento de esta somatocracia, que desde un principio vivió en crisis, lo que trato de analizar” (Foucault, 1976; 155).

El interés por el estudio de la *somatocracia* conlleva que en la misma Conferencia Foucault mostrara su interés por analizar los cambios que supusieron la aparición de un derecho a la salud, en los estados europeos, después de la Segunda Guerra Mundial que el filósofo francés relacionó concretamente con el Plan Beveridge que dio origen a la creación del *National Health Service* de Gran Bretaña que supuso para Foucault “la formulación de un nuevo derecho, de una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo” (Foucault, 1976: 153-154).

En la segunda conferencia dictada por Foucault en octubre de 1974 y titulada *El nacimiento de la medicina social* el filósofo francés incorporó el estudio de la *somatocracia* dentro del estudio de tres aspectos, que ya señalara en la anterior sesión pero que ahora aborda con más detenimiento que son: “1. La *biohistoria*, es decir, el efecto en el ámbito biológico de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII (...) 2. La *medicalización*, es decir el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más extensa, red que cuanto más funciona menos cosas deja fuera de control (y) 3. La *economía de la salud*, o sea, la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas” (Foucault, 1974, 363-365).

En esta segunda conferencia Foucault propone una comprensión localizada, histórica y plural de la medicalización alejada por tanto de considerarla un campo de investigación ya cerrado o teórico. El filósofo francés analiza tres modelos históricos desarrollados en

tres estados europeos a comienzos del siglo XVIII que son la Medicina del Estado en Alemania, la Medicina Social en Francia y la Medicina de la Fuerza Laboral en Inglaterra. Estos ejemplos rebaten la tesis de la desocialización de la medicina al demostrar cómo el ejercicio moderno de la profesión y del arte médico, vinculado históricamente al desarrollo del capitalismo fue profundamente social en comparación con la práctica de la medicina desarrollada durante la Edad Media. A este respecto conviene analizar el pasaje más citado de la conferencia:

“Defiendo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que ocurrió precisamente lo contrario; el capitalismo que se desarrolló a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo” (Foucault, 1977; 365-366).

A través de las conferencias citadas, la comprensión de la biopolítica no queda limitada solo a la enfermedad y la *nosopolítica* que suponía la intervención sobre la enfermedad, sino que también “la evolución de las relaciones entre la especie humana y su campo bacilar o vírico” respondió a “las intervenciones de la higiene, de la medicina, de las diferentes modalidades terapéuticas” (Foucault, 1974; 364).

El interés de nuestra investigación por usar la obra y el pensamiento de Foucault, para investigar el origen y desarrollo de un poder médico en las relaciones internacionales, hace necesario que aclararemos tres aspectos en esta introducción relacionados con nuestro acercamiento al uso de la obra de Foucault.

El primero, la obra de Foucault es extensa y mantiene una continuidad respecto a las condiciones de posibilidad de la aparición del sujeto en Occidente (Rabinow, 1987). Sin embargo podemos establecer una diferencia entre los estudios de la episteme y los estudios de análisis del poder. Muchos trabajos han propuesto la continuidad que habría entre sendos periodos. Nuestra investigación se limita a los segundos estudios, aquellos vinculados especialmente con el análisis del poder, aunque somos conscientes del interés de Foucault por la medicina en trabajos fundamentales como *El Nacimiento de la Clínica*, la psiquiatría y la *Historia de la Locura* e incluso en los trabajos posteriores desarrollados tras su fallecimiento por otros investigadores (Rose, 2007; Jones and Porter, 1994; Osborne, 1996).

El segundo, el interés por la obra de Foucault ha creado, como señala Francisco Vázquez, una competencia y combate académico dentro de las ciencias sociales, y que también ha afectado a la disciplina de Relaciones Internacionales, acerca de cuál es la interpretación más acertada de los propósitos del filósofo francés (Vázquez, 2010; 9). Así para Vázquez ha surgido una suerte de sacerdocio que fijaría el buen uso de la obra de Foucault. Nuestra intención en esta investigación es proponer una lectura acertada y plausible de la idea de gubernamentalidad de Foucault, centrada en su propia obra y en estudios complementarios, pero alejarnos de esa competencia para reforzar el estudio de las posibilidades prácticas que nos ofrece sus investigaciones para el estudio de la historia del origen y la evolución de un poder médico en las relaciones internacionales.

La tercera, consideramos que el tipo de análisis del poder que propone Foucault supone acudir a múltiples fuentes o estudios procedentes de diferentes áreas de las ciencias sociales, salud pública, historia de la salud pública internacional, antropología, economía política de la salud, ECSS... En este sentido estudiar la *medicalización de las relaciones internacionales* supone analizar un tipo concreto de gubernamentalidad lo que constituye un claro ejercicio de multidisciplinariedad como Francisco Vázquez afirma:

“una obra de síntesis (...) un importante y valioso elenco de investigaciones procedentes de las más variadas disciplinas históricas: historia del pensamiento económico y político; historia; historia de la estadística; historia de la medicina y de las ciencias de la salud en general; historia de la administración y de las instituciones; historia de la educación, del urbanismo y de la arquitectura; historia cultural e historia de la marginalidad” (Vázquez, 2011; 7).

IV. Aportaciones de la Investigación.

Nuestra investigación sobre el estudio del poder médico internacional abre un ámbito nuevo dentro de la disciplina de las Relaciones Internacionales que refuerza de tres maneras el valor de los trabajos post-positivistas.

Primero, porque aborda la creación de un área de investigación propia a los Estudios Críticos de Seguridad como son los ECSS. En este sentido, nuestra investigación crea un

diálogo entre los diferentes enfoques críticos de seguridad que va más allá del tradicional debate que sostienen sus Escuelas para reforzar la cooperación y el diálogo académico entre ellas. Esto nos permite ampliar los intereses iniciales, perseguidos por los ECSS, y estudiar los procesos de securitización de la salud, como parte del proceso de más larga duración, que supone el origen y despliegue histórico de un poder médico en las relaciones internacionales. De tal manera que nuestra investigación construye un enfoque crítico ligado también a la capacidad de reconocer las diferentes formas y estrategias, a través de las cuales las autoridades occidentales han logrado mantener, a lo largo de la historia, la autoridad y el control sobre el despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales.

Segundo, porque el estudio histórico de la *medicalización de las relaciones internacionales* refuerza el desarrollo actual de los Estudios de Gubernamentalidad Global (EGG). En este sentido, nuestro trabajo aporta considerar los Estudios de Gubernamentalidad Global como una metodología adecuada para el análisis de la constitución y el despliegue histórico de un poder médico en las relaciones internacionales. Este interés difiere del análisis tradicional desarrollado por los estudios realistas o neorrealistas, sin que por ello despreciemos el posicionamiento normativo de los primeros cercano a la prudencia y la precaución. Nuestro estudio no solo refuerza las posibilidades que ofrecen los EGG, y que ya son reconocidas académicamente, sino que también responde a las críticas y las ausencias desde las que diferentes trabajos han cuestionado el desarrollo de los EGG, sobre todo la ausencia de diálogo entre biopolítica y la gubernamentalidad y la falta de un enfoque histórico-genealógico (Walters, 2012).

Tercero, nuestra investigación propone trasladar el interés y las observaciones desarrolladas por Foucault sobre el origen histórico de la la medicalización de los estados europeos a las relaciones internacionales. Así, el diseño de nuestra investigación propone una suerte de continuación académica desde este interés inicial que Foucault sitúa a comienzos del siglo XVIII, al estudio de la medicalización a las relaciones internacionales.

Por último queremos subrayar el valor de estas aportaciones producidas desde la academia hispanohablante porque abren una línea de trabajo académico dentro de un

ámbito de investigación, como los ECSS y los EGG, profundamente dominado por los trabajos en lengua inglesa.

V. Fuentes y limitaciones de la investigación.

En esta tesis, para el desarrollo de nuestra investigación teórica hemos usamos principalmente fuentes directas de Foucault, de la disciplina de Relaciones Internacionales en especial los trabajos de los ECSS y de los EGG. Y para la investigación histórica, fuentes secundarias que agrupan: estudios de historia de la salud pública internacional y los estudios críticos de desarrollo. También hemos usado fuentes primarias como documentos procedentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de otros centros de inteligencia y publicaciones médicas.

El estudio que desarrollamos presenta una serie de limitaciones relacionadas con la atención prioritaria que damos al ámbito de las relaciones internacionales, que entendemos como un espacio político propio pero no desconectado de las dinámicas internas que suceden en otros territorios. Por eso, al estudiar la inserción de África en el origen y desarrollo del poder médico internacional desplazamos la atención por las resistencias coloniales y las diferencias entre las políticas sanitarias de los diferentes imperios europeos porque, aunque asumimos la trascendencia del espacio colonial, dirigimos la atención a la construcción de un poder médico imperial.

Otra limitación aparece al estudiar el presente de una configuración característica del poder médico global que es la que surge a través de la securitización de la salud, lo que supone que no abordemos otras configuraciones del poder médico global que estaría respondiendo a otros espacios, ensayos clínicos, diplomacia sanitaria o las economías nacionales emergentes de Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica (BRICS).

VI. Estructura.

Para estudiar históricamente el origen y evolución de un poder médico en las relaciones internacionales ordenamos esta investigación en dos partes. Los dos capítulos de la primera parte están dedicados a presentar los aspectos teóricos y metodológicos de nuestra investigación. En el primero presentamos el desarrollo de los ECSS para lo

que profundizamos en sus tres Escuelas desde donde defendemos la idoneidad de nuestra propuesta de investigación; estudiar históricamente el origen y desarrollo de un poder médico en las relaciones internacionales. El segundo capítulo, aborda los EGG y profundiza en la idea de gubernamentalidad de Foucault entendiéndola como una caja de herramientas que nos permite analizar el poder médico en las relaciones internacionales aplicando para ello: los estudios biopolíticos y de gubernamentalidad, la genealogía y las exploraciones históricas del origen de la medicalización del estado europeo. Esto inevitablemente supondrá que propongamos una interpretación y aplicación de los análisis del poder de Foucault, ligados al uso de los diferentes significados de la gubernamentalidad, para estudiar el poder médico de las relaciones internacionales lo que supone analizar el origen, funcionamiento y desarrollo histórico de una *red de medicalización de las relaciones internacionales* que produce diferentes estructuraciones o *Dispositivos Médicos de las relaciones internacionales*.

La segunda parte la dedicamos al estudio histórico del origen y evolución del poder médico en las relaciones internacionales, lo que supone estudiar la formación de tres Dispositivos Médicos, *imperial, internacional y global*. En cada uno de ellos centraremos el interés en África como espacio de producción de conocimiento médico y espacio producido por las tecnologías médicas. En el Dispositivo Médico Imperial analizamos cómo el surgimiento de un poder médico en las relaciones internacionales estuvo vinculado a la expansión imperial europea que requirió defenderse de las enfermedades que las rutas imperiales acercaban a su continente como la que encontraban en sus exploraciones en África. Esto supuso la aparición de dos tipos de poderes médicos, westfaliano y tropical, que estuvieron estrechamente vinculados a la evolución moderna de las ciencias de la salud a través del desarrollo de la Bacteriología y la Medicina Tropical. En el Dispositivo Médico Internacional analizamos la evolución de un poder médico imperial a un poder médico internacional que surge de la victoria de los expertos de EEUU sobre los expertos europeos, y la aparición de un poder médico revolucionario caracterizado por las experiencias de medicalización desarrolladas por los estados tercermundistas, donde destacaremos la actuación de la Tanzania de Julius Nyerere, y la producción de un conciencia en salud pública. El combate entre estas dos redes supuso la emergencia de una conducta médica, distinta al poder médico revolucionario, caracterizado por la Conferencia de Alma-Ata y la institucionalización internacional de un modelo de Atención Primaria en Salud (APS). El estudio del

Dispositio Médico Global encierra la evolución neoliberal del poder médico internacional caracterizado por el papel central que jugó la epidemia de VIH/SIDA y la conformación de una estructura sanitaria internacional que privilegia la *medicamentalización* de las relaciones internacionales y la defensa de los intereses de las sociedades Occidentales. El último capítulo lo dedicamos a presentar las principales conclusiones de nuestra investigación.

PARTE I

PRIMER CAPÍTULO

1. Los Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria (ECSS).

1.1. Introducción.

En este capítulo abordamos la producción académica de los estudios críticos de seguridad sanitaria (ECSS). El objetivo del capítulo es mostrar los intereses, las posibilidades y las limitaciones que según nuestro criterio presentan estos trabajos. Para ello organizamos el capítulo en cuatro apartados. En el primero, explicamos las características más generales de su creación y evolución histórica, donde destacamos su organización en tres grupos de investigación: los estudios sociológicos o socio-constructivistas, los estudios críticos y los estudios de riesgo sanitario. Como estos tres grupos aplican de diferente forma la teoría de la securitización al estudio de las enfermedades infecciosas, dedicamos el segundo apartado a profundizar en los principales aspectos metodológicos y normativos de esta teoría. De esta manera en el tercer apartado podemos presentar un estudio detallado de la aplicación, que cada grupo de investigación hace de la teoría de la securitización. A lo largo del capítulo recuperamos las aportaciones que consideramos más relevantes de estos estudios y también criticamos la ausencia compartida en todos ellos de un interés por aplicar un enfoque histórico a sus investigaciones. En el cuarto y último apartado presentamos las principales conclusiones del capítulo. Comenzamos a continuación presentando las principales características del origen y la evolución académica de los estudios críticos de seguridad sanitaria

1.2. Origen y evolución académica de los estudios críticos de seguridad sanitaria.

Los ECSS reúnen un conjunto de trabajos variados que surgen desde finales de la década de 1990 estrechamente vinculados a la propia evolución de los estudios críticos de seguridad en Europa y al desarrollo de la disciplina en lengua inglesa⁵ (Davies, Elbe, Howell and McInnes, 2014; Rushton and Youde, 2014). Como señalamos en la

⁵ Lo que no ha impedido que posteriormente los trabajos críticos de seguridad sanitaria se extendieran por Europa, América, Australia y el Sureste asiático (Leboeuf and Broughton, 2008; Enemark, 2007; Caballero-Antony, 2008).

introducción, estos estudios comparten el interés por analizar la construcción social de las enfermedades infecciosas para lo que aplican, mayoritariamente, la teoría de la securitización a sus trabajos lo que los diferencia del enfoque positivista que domina en los centros de inteligencia y la academia estadounidense⁶.

Los ECSS han contribuido de dos maneras al desarrollo de un pensamiento crítico sobre la seguridad dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales. Primero, su aparición dialoga íntimamente con el movimiento que originó los estudios críticos de seguridad, basado en *ampliar y profundizar* el concepto de seguridad. La *ampliación* hace referencia a la construcción de otras amenazas a la seguridad que no quedaban limitadas al uso de la fuerza. Esto supuso que además del sector militar se comenzara a hablar de otros sectores de seguridad como eran, el económico, social, energético y medioambiental (Buzan, 1991). Esta *ampliación* conllevó inevitablemente una *profundización* que hizo que el estado dejara de ser el único objeto referente o privilegiado de la seguridad. Frente a la concepción dominante de la seguridad nacional o estatal se comenzó a incluir otros referentes cuya seguridad podría verse amenazada como son, entre otros, el individuo, la biósfera o grupos humanos específicos (Krause and Williams, 1997, 52). La *ampliación y profundización* supusieron un cuestionamiento epistemológico al positivismo de los estudios tradicionales de seguridad, porque desafió la consideración de que la seguridad fuera una dimensión dada, objetiva e incuestionable. Al contrario, la seguridad era susceptible de múltiples interpretaciones y, por consiguiente los análisis sobre la misma no podían ser neutrales desde el punto de vista político o moral (Perez de Armiño, 2013; 29-30). Los ECSS contribuyen a este primer movimiento de dos maneras específicas. La primera fue presentando la existencia de un nuevo tipo de amenaza, las enfermedades infecciosas, que interpela a diferentes referentes de seguridad entre los que está el estado, el ser humano, las sociedades, el planeta. La segunda fue fortaleciendo el cuestionamiento del positivismo al usar ampliamente la teoría de la securitización en sus investigaciones (Elbe, 2010; 7).

⁶ Estos enfoques están presentes por ejemplo en las obras académicas ya citadas de Richard Price-Smith (2001) y los informes de centros de inteligencia (NIC, 1987; 2002).

De hecho, la segunda contribución de los ECSS al desarrollo de un pensamiento crítico de seguridad lo encontramos justamente en su participación junto a otras investigaciones en la tarea de extender y debatir la aplicación de la teoría de la securitización al análisis de otros tipos de preocupaciones características a la postguerra fría como la migración, el desarrollo, el medio ambiente, la energía o la religión (Huysmans, 2000; Trombetta, 2010; Mulligan, 2010; Vuori, 2010; Abrahamsen, 2005). Los debates académicos sobre las posibilidades y límites, teóricos y prácticos, al uso de la teoría de la securitización ha influido de manera decisiva en la propia evolución de los ECS (McDonald, 2008; Balzacq, 2009). Los ECSS han participado en este segundo movimiento introduciendo, dentro del análisis de los procesos de securitización de la salud, los intereses propios de las tres Escuelas críticas repasadas en la introducción. Esto nos permite ordenar los ECSS en estos tres grupos, los estudios socio-constructivistas que trasladan posiciones muy próximas a la Escuela de Copenhague, los estudios Críticos vinculados al posicionamiento normativo de la Escuela de Gales y los estudios del riesgo sanitario que dialogan con los objetivos de la Escuela de París. Estos tres grupos comparten un interés crítico por comprender la construcción social de las agendas y las políticas de seguridad sanitaria, pero divergen en la relación normativa que cada enfoque establece con el concepto de seguridad. A continuación presentamos de manera esquemática las características principales de cada Escuela que abordaremos con más profundidad en el tercer apartado de este capítulo. Los estudios socio-constructivistas analizan la seguridad sanitaria como el resultado de diferentes procesos de securitización de la salud impulsados por distintos actores e intereses. Estos estudios identifican la construcción de diferentes nexos entre la seguridad y la salud que provocan la aparición de diferentes dilemas normativos (McInnes, 2014). Los Estudios Críticos analizan la seguridad sanitaria como el resultado de unos procesos de securitización que son dominados por los intereses de los actores occidentales lo que supone la desatención de otras necesidades sanitarias que sufren las poblaciones del Sur como el incremento de la desigualdad sanitaria internacional (Nunes, 2013). Los Estudios del riesgo sanitario analizan cómo los procesos de securitización de la salud operan calculando el riesgo que supondría un estallido vírico o un accidente biológico lo cual se distancia de una actuación dirigida por una lógica de seguridad tradicional (Elbe and Voelkner, 2014). Finalizada esta presentación, tenemos que aclarar que la mayoría de los investigadores y las investigadoras que trabajan dentro de los ECSS no limitan su trabajo a la aplicación

exclusiva de un tipo de enfoque sino que muchas veces combinan en sus investigaciones aportaciones de las tres Escuelas de seguridad.

Dada la centralidad que ha tenido la aplicación de la teoría de la securitización en el origen y el desarrollo de los ECSS dedicamos el siguiente apartado a profundizar en su propuesta y en los debates metodológicos y normativos que su uso ha provocado.

1.3. La teoría de la Securitización.

En este apartado explicamos la metodología y la naturaleza normativa de la teoría de la securitización para lo que usamos el trabajo de la Escuela de Copenhague, *Security: A New Framework for Analysis*, donde se presentó la teoría (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998). También recuperamos diferentes investigaciones que han profundizado críticamente tanto, en sus posibilidades metodológicas como herramienta de análisis (Balzacq, 2010) como, en las implicaciones normativas que conlleva su uso (Huysmans, 2002).

1.3.1. La propuesta metodológica.

Como ya se ha adelantado en la Introducción, la securitización es una herramienta de análisis que estudia cómo un asunto internacional es construido como un problema de seguridad. Para eso, la herramienta de la securitización presenta una estrategia o metodología de investigación dirigida a estudiar el proceso de comunicación a través del cual una cuestión se securitiza, es decir, se presenta y reconoce como un problema de seguridad o en palabras de los propios teóricos de la Escuela de Copenhague:

“The process of securitization is what in language theory is called as speech act. It is not interesting as a sign referring to something more real; it is the utterance itself that is the act” (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998; 26).

Para Holger Stritzel la influencia de la filosofía del lenguaje de John Langshaw Austin en el trabajo inicial de Ole Waever fue decisiva para que el investigador propusiera considerar la seguridad como un acto *performativo del lenguaje*, es decir el producto de un acto de comunicación entre diferentes actores (*speech act*) (Stritzel, 2007; 361).

La herramienta de la securitización ordena el estudio de este proceso de comunicación a través del análisis de cinco elementos: los referentes de seguridad, los actores

securitizadores, la amenaza existencial, la lógica de la securitización y las condiciones que regulan el proceso de securitización. Los referentes de seguridad son sobre quienes recae una amenaza que compromete su propia supervivencia (Buzan, Wæver y De Wilde, 1997; 36). Los actores securitizadores son quienes securitizan, es decir, quienes declaran la amenaza existencial que se cierne sobre un determinado referente de seguridad y tratan de convencer a una audiencia determinada de la necesidad de comprenderla y gestionarla como un problema de seguridad. La Escuela de Copenhague considera que los actores securitizadores pueden ser tanto expertos estatales como no estatales, pero subraya la actuación de quienes ocupan posiciones privilegiadas como: “líderes políticos, burocracias, gobiernos, lobbies y grupos de presión” (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998; 40). La lógica de la securitización responde a dos movimientos. El primero o “movimiento de securitización” sucede cuando los actores securitizadores reclaman a una audiencia determinada (políticos, expertos, sociedad civil...) considerar la amenaza que se cierne sobre un referente de seguridad. Este sería el paso previo para securitizar un determinado asunto por lo que la sola existencia de esta demanda no es suficiente para asegurar la consecución del objetivo perseguido, es decir su consideración como un problema de seguridad. Por eso un segundo movimiento o “éxito de la securitización” se alcanzaría cuando los actores securitizadores convencen a una audiencia concreta de la amenaza existencial que se cierne sobre un determinado referente de seguridad, lo que supone tanto reconocer la existencia de la amenaza, como aprobar una serie de medidas urgentes y excepcionales que exceden los márgenes políticos habituales (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998:25). Por último, el desarrollo de estos dos movimientos debe ajustarse a una serie de criterios por los cuales los enunciados usados en un proceso de securitización deben ser argumentos y discursos elaborados con coherencia gramatical, emitidos por reconocidos expertos en la materia y adecuados al contexto social y la audiencia a la que se dirige (Buzan Wæver and de Wilde, 1998: 32).

Para Thierry Balzacq el uso de la herramienta de la securitización se puede adecuar a dos modelos de investigación, el “modelo filosófico” y el “modelo sociológico”. El “modelo filosófico” lo relaciona el investigador con la propia posición teórica que mantienen los académicos de la Escuela de Copenhague y los enfoques post-estructuralistas. Para Balzacq este modelo estudia el proceso de securitización a través del análisis textual de la comunicación que emiten los actores securitizadores. Para el

investigador este modelo limitaría la aplicación de la herramienta de la securitización al interés de discernir o resolver el resultado final del proceso de securitización que se analiza, es decir confirmar su éxito o fracaso. De esta manera la metodología de la securitización concedería una atención prioritaria al momento de *alocución* de los actores securitizadores lo que desplaza del análisis el estudio de otras características que participan en el desarrollo del proceso de securitización (Balzacq, 2009; 60-62)⁷.

Balzac propone resolver estas limitaciones a través del “modelo sociológico”, que refuerza la naturaleza constructivista de la herramienta de la securitización al profundizar en el estudio de otros aspectos como son, los intereses que persiguen los actores securitizadores, los argumentos y las posiciones ideológicas que usan en sus discursos, la influencia del contexto donde sucede el proceso de securitización, las réplicas o resistencias que opone la audiencia y los contra-argumentos de los actores securitizadores (Balzacq, 2009; 63). En línea con los intereses perseguidos por este segundo modelo encontramos diversas investigaciones que han analizado la condición social y profesional de los actores securitizadores y el uso que hacen de posiciones ideológicas, creencias, deseos o principios normativos en sus discursos y argumentos para alcanzar consensos o producir determinadas interpretaciones o emociones en la audiencia (McDonald, 2008, Stritzel, 2007, Vuori, 2008). Este interés ha introducido dentro de la metodología de la securitización el análisis de otras formas de representación distintas a las discursivas (Dauber, 2001). Por ejemplo, Michael C. Williams critica la excesiva dependencia que la herramienta de la securitización presta al análisis textual y el poco valor que da al análisis de la comunicación audiovisual que también contribuiría a crear argumentos y razonamientos persuasivos durante el desarrollo de los procesos de securitización. Para Williams, las imágenes del derrumbe del World Trade Center tras los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 fueron centrales en la construcción de la amenaza terrorista que se cernía sobre el país y en la justificación posterior de una guerra global contra el terrorismo (Williams, 2003; 526).

⁷ Balzacq considera que este modelo de investigación supone una apropiación derridiana de la comprensión del acto performativo o “acto de habla” que Wæver tomaba de la filosofía de J. L. Austin porque refuerza el estudio del proceso de securitización como un *acto ilocutivo*; esto es investigar la intencionalidad perseguida al impulsarlo (Balzacq, 2009; 62).

Dentro de este modelo “sociológico o pragmático”, el uso de la metodología de la securitización también profundiza en el análisis del contexto donde sucede la interacción entre actores y audiencia. Balzacq considera que la seguridad es un constructo social que resulta de la interacción entre agentes sociales, actores securitizadores y audiencias, que producen, dentro de contextos específicos, diferentes valores, preferencias, intencionalidades, estrategias, capacidades, miedos y enunciados (Balzacq, 2005; 63). Sin embargo, estos contextos no operarían como una estructura dada o una realidad objetiva sino que la interacción entre los actores y la audiencia reinterpretaría y transformaría el propio contexto⁸.

Los procesos de securitización de la salud también han establecido un diálogo con los contextos internacionales de seguridad lo que ha reforzado o debilitado los primeros además de contribuir a la construcción del propio contexto. Por ejemplo el contexto de seguridad característico a la expansión liberal de la posguerra fría facilitó la securitización del VIH/SIDA como una nueva amenaza (McInnes, 2006). O el envío de cartas con ántrax después de los atentados terroristas del 11-S reforzó la reclamación de Estados Unidos de revisar las regulaciones internacionales en materia de uso de agentes biológicos como agentes bélicos lo que además de multiplicar las iniciativas globales en materia de defensa biológica reforzó la recuperación de un significado tradicional de seguridad (Enemark, 2010).

Por último, para Balzacq el uso de la herramienta de la securitización dentro de un “modelo sociológico” permite estudiar con más profundidad el papel de la audiencia en los procesos de securitización y con ello, el análisis de los contra-argumentos, resistencias y críticas producidas durante los procesos de securitización (Balzacq, 2005; 64). En los procesos de securitización de la salud los argumentos médicos de la OMS o de otros expertos solicitando la securitización de una enfermedad han sido contestados o reprobados desde diferentes audiencias como científicos independientes, estados del Sur u Organizaciones No Gubernamentales (Lo Yuk-ping y Thomas, 2010).

⁸ El juego replica el enfoque clásico constructivista de Alexander Wendt (Wendt, 1992).

1.3.2 El posicionamiento normativo.

Como hemos visto en el apartado anterior, para la Escuela de Copenhague, el éxito de la securitización significa que unos actores securitizadores persuadan a una audiencia determinada de la “amenaza existencial” que se cierne sobre un referente de seguridad, lo que supone la adopción de una serie de medidas extraordinarias que rompen la normalidad política (Buzan, Wæver and De Wilde, 1998; 25). El éxito de un proceso de securitización combina por tanto la construcción discursiva de una amenaza existencial y el despliegue material de unas políticas de emergencia y excepcionalidad lo que recupera una concepción normativa de la seguridad propia al enfoque realista (Buzan, Wæver and de Wilde; 1998:29). El éxito de la securitización refuerza también la autoridad del estado porque legitima suspender temporalmente las reglas democráticas y aprueba una mayor intervención de sus aparatos e instituciones en las relaciones sociales (Buzan, Wæver, de Wilde, 1998: 25). Esta lógica realista que los teóricos de la Escuela de Copenhague recuperan hace que recomienden considerar la seguridad “como algo negativo, como el fallo al tratar las cuestiones desde la normalidad política” por lo que recomiendan expresamente a políticos, académicos y otros actores securitizadores que reflexionen detenidamente antes de comenzar un proceso de securitización (Wæver, 1995). Por eso, los teóricos de la Escuela de Copenhague muestran su conformidad por impulsar procesos de desecuritización que permitan que una cuestión previamente securitizada salga de la lógica de amenaza-peligro para reintroducirse en el ámbito de la deliberación política y el debate público (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998; 29)⁹. Para Williams esta posición refleja tanto el interés de la Escuela de Copenhague por limitar la ampliación de la agenda de seguridad como su posicionamiento liberal al colocar la securitización "más allá de la política normal" (Williams, 2003; 514-515). Siguiendo el razonamiento de Michael C. Williams, la teoría de la securitización trataría de evitar una hipersecuritización en las políticas internacionales, es decir una expansión desmedida de la agenda de seguridad que transforme los problemas internacionales en

⁹ Efectivamente los teóricos de la Escuela de Copenhague consideran que la gestión de un asunto público puede ocupar tres posiciones. Un asunto estaría no politizado cuando no es objeto de la acción del estado, por lo que no está incluido en la esfera pública de debate. Estaría, por el contrario, politizado cuando es gestionado dentro de los estándares del sistema político, es decir, formaría parte de las políticas públicas y su gestión requeriría tomar decisiones políticas y desplegar algún tipo de acción de gobierno. En tercer lugar, estarían los asuntos securitizados que son aquellos cuya gestión requiere desplegar medidas excepcionales que van más allá de los estándares políticos habituales (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998:23).

amenazas a la seguridad, por lo que tanto su metodología como su posicionamiento normativo tenderían a contener la expansión material de las agendas y políticas de seguridad (Williams, 2011). Efectivamente, la Escuela de Copenhague expresó al comienzo de la obra *Framework* su temor a que la ampliación y profundización de la seguridad pudiera volver laxo o carente de significado el concepto de forma que la expansión de los estudios críticos de seguridad contribuyera a diluir la naturaleza política del concepto de seguridad (Buzan Wæver and de Wilde, 1998; 4)¹⁰.

Por todo ello la securitización no puede ser comprendida solo o exclusivamente como una metodología o herramienta de análisis ya que su uso puede reforzar o debilitar el propio proceso de securitización que se analiza, contribuyendo así tanto a su éxito como a su fracaso (Huysmans, 2002). Por ejemplo, el investigador a través de su estudio puede contribuir a que un asunto pase del ámbito público de la normalidad política al ámbito de la seguridad y las políticas de excepcionalidad (la tercera) o también operar en sentido contrario, es decir reforzar la desecuritización y favorecer que un problema securitizado vuelve a ser gestionado desde la normalidad política (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998; 23-24). Además del dilema normativo que supone la pervivencia de unos principios realistas en la teoría de la securitización diversos estudios han cuestionado también su naturaleza eurocéntrica. Por ejemplo, Claire Wilkinson, Lane Hansen y Claudia Aradau consideran que la aplicación de la teoría de la securitización presupone la existencia de una situación ideal propia a la naturaleza teórica del orden político liberal. A continuación repasamos sus argumentaciones.

Claire Wilkinson argumenta que el marco teórico presentado por la Escuela de Copenhague no es adecuado para desarrollar estudios empíricos fuera de los estados occidentales. La investigadora denuncia que la teoría de la securitización replica los conceptos normativos desde los que ha sido diseñada por lo que tienden a presentar como universales concepciones europeas relativas a la sociedad y el estado. Para la autora, la teoría de la securitización estudia el proceso de comunicación desde un posicionamiento ideal, donde da por garantizadas: la libertad de expresión, los derechos

¹⁰ Estos temores cobraron fuerza en las obras realistas de autores como Smith que cuestionaron en esos mismos términos la emergencia de los estudios críticos de seguridad (Smith, 1999). La replica a estos temores señalaba que la obra seminal de Wolfers ya presentaba la seguridad nacional como un concepto en debate (Wolfers, 1945)

individuales y la protección frente a la violencia. Sin embargo, todo ello puede estar ausente cuando los procesos de securitización analizados se desarrollan en estados no occidentales lo que conllevaría también la incapacidad de identificar la existencia de otras visiones de seguridad o discursos alternativos al ideal tipo europeo (Wilkinson, 2007).

Estrechamente relacionado con esta crítica encontramos la aportación de Lane Hansen quien desde los estudios feministas cuestiona la ausencia de un enfoque de género en la teoría de la securitización. A través del estudio de los crímenes de honor que sufren las mujeres en Paquistán, Hansen reivindica la existencia de lo que denomina el “dilema del silencio”. La investigadora explica que en Paquistán si una mujer mantiene relaciones sexuales fuera del matrimonio puede ser condenada a muerte por lapidación. Así, según la autora puede suceder que una mujer denuncie una agresión sexual pero que el tribunal, además de absolver al agresor, la sentencie a muerte por haber tenido relaciones sexuales extramatrimoniales (Hansen, 2000; 291). Ante esta situación las mujeres paquistaníes deben callar las agresiones sexuales que sufren para poder mantenerse vivas. La investigadora critica el ideal comunicativo que sostiene la teoría de la securitización porque la incapacita para identificar el “dilema del silencio” que surge cuando denunciar las inseguridades incrementa la vulnerabilidad de la víctima. (Hansen, 2000; 285)¹¹.

El apoyo de la Escuela de Copenhague al movimiento de desecuritización también ha recibido críticas normativas. Claudia Aradau considera que esta estrategia puede ser peligrosa porque el movimiento de desecuritización no introduce siempre e inevitablemente un asunto internacional dentro del ámbito de las políticas deliberativas y democráticas, sino que lo incorpora o reintroduce a un campo de fuerzas y relaciones de poder donde grupos con intereses particulares pueden controlar su gestión, alejándola del marco ideal que propone la democracia liberal. Por ello, para Aradau, la desecuritización plantea también importantes dilemas normativos que los académicos de la Escuela de Copenhague no habían identificado. Para evitar estos peligros la investigadora considera que es necesario reforzar el estudio de los contextos políticos

¹¹ En este sentido el trabajo de Hansen continúa las críticas feministas hechas al olvido de la cuestión del género en la disciplina de Relaciones Internacionales y los estudios de seguridad que comenzaran obras como la de Cynthia Enloe (1989) y los trabajos de Christine Sylvester (2009; 2010).

donde suceden los procesos de securitización y desecuritización, algo que considera que los teóricos de la Escuela de Copenhague no promueven (Aradau, 2004).

Por último es importante recuperar la crítica de Bill McSweeney a la teoría de la securitización. En este caso el investigador cuestiona su aplicación a la hora de estudiar las amenazas a la identidad. En este caso, McSweeney señala que a menudo la securitización de la migración presenta a las personas que piden residencia como una amenaza para los valores que construyen la identidad europea (McSweeney, 1996). Los teóricos de la Escuela de Copenhague contestaron que los procesos de securitización tenían la propiedad de consolidar un significado determinado de la identidad porque el discurso de seguridad fortalecía su fijación (Buzan and Wæver, 1997). Para David Campbell interpretar que los procesos de securitización fijan identidades previas aleja a los teóricos de la Escuela de Copenhague de los enfoques post-estructuralistas y los acerca a los del constructivismo convencional interesado por comprender los procesos discursivos y políticos que hacen de la identidad una construcción continua e inestable cuyas consecuencias políticas hay que evaluar (Campbell, 1998; 222–223).

El repaso metodológico y normativo a la securitización que hemos realizado en este apartado nos permite profundizar a continuación en la producción académica de los tres grupos que constituyen los ECSS que son, los estudios sociológicos, los estudios Críticos, y los estudios de riesgo sanitario. A través de este repaso explicamos sus principales aportaciones al estudio de los procesos de securitización de la salud y recuperamos aquellos elementos que consideramos de interés para nuestra investigación. A lo largo del apartado incidiremos en los trabajos desarrollados en torno al proceso de securitización del VIH/SIDA y la 24º EVE pero también recogeremos estudios de procesos de securitización de otras enfermedades.

1.4. Estudios sociológicos de Seguridad Sanitaria.

Estos estudios comparten un interés cercano al modelo sociológico propuesto por Balzacq, por lo que profundizan en las características que encierran los procesos de securitización de la salud como son, la evaluación final de su éxito o fracaso, la existencia de múltiples actores con agendas e intereses diversos y los debates y dilemas normativos que surgen al securitizar una enfermedad. A continuación repasamos estos trabajos para recuperar los intereses que suponen para nuestro estudio.

1.4.1 Características de los procesos de securitización de la salud.

La primera aportación de los estudios sociológicos o socio-constructivista es mostrarnos la existencia de diferentes procesos de securitización de la salud que han sucedido a lo largo de las tres últimas décadas, y que han tenido como principal amenaza la circulación de enfermedades infecciosas como por ejemplo, el VIH/SIDA, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), las gripes aviarias y la 24ª Enfermedad Vírica del Ébola. Algunos trabajos han demostrado que los procesos de securitización de la salud pueden alcanzar el éxito, fracaso o ser revertidos a través de posteriores procesos de desecuritización (Ingram, 2012). Adam Kamradt-Scott y Colin McInnes han señalado que una capacidad propia y específica a los procesos de securitización de las enfermedades infecciosas es su agregación preformativa. Esta capacidad supone que el éxito de un proceso de securitización influye positivamente en el interés posterior de impulsar nuevos procesos (Kamradt-Scott and McInnes, 2012). Otros estudios han cuestionado el significado final dado al éxito o al fracaso del proceso. Por ejemplo estudios sobre la securitización del VIH/SIDA han mostrado que las respuestas de los estados se sitúan dentro de un gradiente que oscila entre el éxito y el fracaso (McInnes and Rushton, 2014).

La segunda aportación de estos estudios es demostrar que en los procesos de securitización de la salud aparecen diferentes actores y referentes de seguridad. La construcción de las enfermedades infecciosas como amenaza han creado distintos tipos de nexos entre la seguridad y la salud, lo cual supone que la naturaleza de la seguridad sanitaria no tenga un significado único sino que se presente como un concepto en debate (Aldis, 2008). Para Colin McInnes, a través de los procesos de securitización de la salud los actores securitizadores tratan de proteger diferentes referentes de seguridad. De esta forma se estarían produciendo cuatro tipos de nexos entre la seguridad y la salud que son; la seguridad humana donde el referente de seguridad es el individuo; la seguridad nacional e internacional donde el referente de seguridad es el estado y la estabilidad regional; la seguridad sanitaria global donde el referente de seguridad es la salud pública de toda la población y la bioseguridad entendida como el riesgo encerrado en el desarrollo de nuevos microorganismos en los laboratorios científicos (McInnes, 2015). Elbe sostiene la emergencia de un nuevo proceso de securitización que construye ciertos estilos de vida vinculados a la dieta, la ingesta de alcohol o el tabaco como amenazas existenciales para la salud pública (Elbe, 2010; 11).

La tercera aportación de este grupo de estudios permite analizar los debates que suceden dentro de los procesos de securitización de la salud para identificar cuáles son los discursos, agendas y argumentos que los actores securitizadores usan para reclamar la construcción de un determinado nexo de seguridad. El estudio de estos procesos de securitización revela la aparición de múltiples actores, nacionales e internacionales, estatales y no estatales que estarían usando el lenguaje de seguridad en respuesta a diferentes agendas e intereses que van desde la defensa nacional frente a una amenaza sanitaria (McInnes, 2015; 8) a reforzar los recursos humanos y financieros destinados a una determinada enfermedad (McInnes, 2015; 11). Estos estudios demuestran que los actores securitizadores actúan, cooperan o pugnan desde diferentes niveles políticos, sociales, nacionales e internacionales, es decir de manera multi-nivel, lo que supone en muchos casos una cooperación efectiva entre sus distintos intereses y agendas políticas. Por ejemplo, Roxanne Sjørdert demuestra que la securitización internacional del VIH/SIDA sucedió después de que la administración Clinton decidiera declarar la epidemia como una amenaza para su seguridad nacional en respuesta tanto a los informes estratégicos de sus agencias de seguridad como a las presiones de colectivos sociales que reivindicaron a la Casa Blanca un mayor compromiso internacional en la lucha contra la epidemia y un aumento de los recursos financieros y humanos destinados a la enfermedad (Sjöstedt, 2011). En el proceso de securitización de la 24^o EVE observamos también cómo las demandas de Médicos Sin Fronteras dialogaron con las de los Estados Unidos y el propio Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas para securitizar la epidemia y lograr así una respuesta de emergencia humanitaria internacional (Burci, 2014). Todo ello ha supuesto que los procesos de securitización de la salud estén reforzando la autoridad de las instituciones y los especialistas médicos porque los expertos de seguridad demandan sus conocimientos (Davies, 2008). Pero la securitización de la salud también ha abierto un nuevo espacio de competencia entre expertos médicos y también ha supuesto que actores tradicionalmente ajenos a la medicina y los problemas de salud pública cada vez tengan más capacidad e influencia sobre estos procesos de securitización, como por ejemplo, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSN), los centros de inteligencia, los operativos

militares como el AFRICOM en la 24^o EVE además de los medios de comunicación de masas¹².

El interés de los estudios socio-constructivistas no se ha limitado por tanto solo a la aplicación de la metodología de la securitización al caso de la salud sino que también han explorado el surgimiento de diferentes dilemas normativos asociados a estos procesos. A continuación los repasamos.

1.4.2. Los dilemas normativos

La segunda aportación gira en torno a los dilemas normativos de securitizar (o dessecuritizar) la salud. Como ya vimos los teóricos de la Escuela de Copenhague advertían a los actores securitizadores que antes de comenzar un proceso de securitización reflexionaran sobre su idoneidad y riesgos. Desde una postura liberal temían que los procesos de securitización reforzaran la autoridad del estado al justificar la puesta en marcha de políticas excepcionales (Buzan, Wæver and de Wilde, 1998, 29). Sin embargo, los procesos de securitización de la salud difieren un tanto de esta preocupación porque en estos casos los temores no se limitan solo o exclusivamente a la situaciones de excepcionalidad y refuerzo de la autoridad de los expertos médicos debida a una respuesta médica militarizada o a intervenciones de emergencia como son los cordones sanitarios, las cuarentenas o la vacunación obligatoria que pueden suspender temporalmente derechos civiles. En los procesos de securitización de la salud la aparición de un dilema normativo responde también a otras causas que a continuación repasamos

Como diferentes estudios han señalado el principal dilema normativo surge porque los actores securitizadores usan el lenguaje de seguridad como una estrategia válida para politizar o reforzar el interés de un asunto sanitario que no recibe la suficiente atención

¹² Por ejemplo, durante la declaración de la amenaza epidémica internacional de la 24^o EVE las autoridades comprendieron su amenaza de diferente forma e incluso la midieron con datos estadísticos distintos según fueran realizados por el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) o la OMS. El CSN la interpretó como una amenaza para el estado y el equilibrio regional, la ONGs y organizaciones humanitarias como una problema de salud pública, desarrollo y derechos humanos (MSF), la OMS como un problema para la salud pública global en cuanto que la epidemia podía alcanzar geografías distantes a los focos originarios (OMS) e incluso los propios expertos de la OMS comprendieron el EVE como enfermedad olvidada y otros como una amenaza internacional colocando la epidemia en dos marcos de actuación diferentes (Kamradt-Scott, 2016).

internacional. Por ejemplo, la securitización internacional del VIH/SIDA que supuso la aprobación de la Resolución 1308 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas enfrentó a defensores y críticos. Los primeros apoyaban la securitización de la enfermedad porque consideraban que los gobiernos que negaban la presencia del VIH en su población, o infravaloraban sus efectos, cambiarían de actitud al comprender que la enfermedad suponía también una amenaza para su seguridad nacional. Este reconocimiento reforzaría la actuación gubernamental contra la epidemia e incrementaría los recursos nacionales e internacionales, tanto humanos como financieros, dirigidos a luchar contra el VIH/SIDA (McInnes and Rushton, 2013; Peterson, 2002; Altman, 2004). De esta forma la securitización del VIH/SIDA se presentó como una estrategia de salud pública que contribuía a derribar el “muro de silencio” que muchos gobiernos habían levantado en torno a la enfermedad (Annan, 2001). Los defensores de la securitización del VIH/SIDA sostuvieron así que su éxito reforzó la respuesta internacional a la epidemia al multiplicar las iniciativas globales dirigidas a mejorar el acceso a los medicamentos, especialmente entre la población africana,¹³ y favorecer la aplicación del artículo 73 (b) de los ADPIC¹⁴ que permitía excepciones a las disposiciones del acuerdo en caso de que:

“impida a un Miembro la adopción de las medidas que estime necesarias para la protección de los intereses esenciales de su seguridad” (Organización Mundial del Comercio, 1994)

Sin embargo, otros estudios criticaron las implicaciones normativas que tenía la securitización del VIH/SIDA al considerar que no era una respuesta sostenible porque el aumento de la respuesta sería temporal y cesaría en cuanto los gobiernos rebajaran su percepción de amenaza (Paterson, 2002). Así se cuestionó que muchos gobiernos africanos al interpretar que el VIH/SIDA suponía una amenaza para su seguridad nacional priorizaron el acceso al diagnóstico y tratamiento de sus militares y funcionarios en detrimento del resto de la población (Elbe, 2006; 129-130). Igualmente

¹³ Algunas de estas iniciativas globales han sido el Fondo Global de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (desde ahora Fondo Global en 2002) y nacionales como el PEPFAR (2003) que ha sido el programa bilateral que más recursos ha destinado a luchar contra la epidemia.

¹⁴ Los acuerdos ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual) relacionados con el Comercio, firmados en 1994 sobre patentes de investigación y comercialización de la industria farmacéutica regula el acceso internacional a los medicamentos,

se ha cuestionado que en situaciones de conflicto y post-conflicto la securitización internacional del VIH/SIDA ha privilegiado la atención por los cascos azules¹⁵ considerados como un grupo de riesgo en la transmisión del virus por encima de la atención dada a las mujeres que durante los conflictos bélicos y las operaciones de paz eran el grupo de población que más casos de infección sufrían y por tanto más atención requerirían (Seckinelgin, Bigirumwami and Morris, 2010: 515). También durante la respuesta de emergencia a la 24° EVE se criticó la falta de una mirada de género cuando la tarea del cuidado de los enfermos recayó especialmente en las mujeres (Wolfe, 2014). Estos estudios han demostrado la agencia de las mujeres como recurso fundamental para la respuesta comunitaria a la enfermedad vía los cuidados y la organización de colectivos o grupos de apoyo y atención sanitaria (Harman, 2016).

Otros estudios consideraron, que la securitización internacional del VIH/SIDA podía tener un efecto contrario al pretendido inicialmente, porque podía aumentar la estigmatización de la población enferma, al considerarla ahora como una amenaza para la seguridad nacional (Coker, 2004). Igualmente durante la 24° EVE personas de nacionalidad guineana y liberiana fueron consideradas portadoras de la enfermedad y países como Australia impusieron prohibiciones de vuelo y visado a los ciudadanos de estos países (Bangura, 2014). Sendos casos ejemplifican que los procesos de securitización de la salud pueden producir formas específicas del “dilema del silencio” que repasamos líneas atrás, ante la necesidad de que las personas enfermas tengan que silenciar su estado de salud por temor a un mayor oprobio.

Un dilema específico a los procesos de securitización de la salud ha sido analizado por una serie de investigaciones que estudian diferentes procesos de securitización de la salud sucedidos en los estados del sureste asiático. Estos trabajos critican que la metodología de la securitización no identifica las resistencias que los gobiernos asiáticos opusieron a los procesos de securitización de enfermedades como el VIH/SIDA, el SRAS o las gripes aviarias (Lo Yuk-ping and Thomas, 2010). Esta colección de trabajos dialoga con las críticas que las investigadoras Claire Willkinson, Lena Hansen y Claudia Aradau hacían al eurocentrismo latente en la teoría de la securitización. Como muestran los trabajos coordinados de Lo Yuk-ping y Nicholas

¹⁵ Diversos estudios de ONUSIDA y otras agencias de seguridad sirvieron para propagar este relato

Thomas el uso de la herramienta de la securitización estaría reforzando el conocimiento científico de los expertos sanitarios al considerarlos respectivamente como los principales argumentos y actores securitizadores. Los autores cuestionan así, que la metodología de la securitización concede una superioridad a los argumentos y cálculos científicos, al presentarlos como racionalidades objetivas y neutrales que tienden fácilmente a universalizarse; lo que termina infravalorando o presentando como irracionales cualquier resistencia a las mismas. Frente a ello, los estudios recuperan casos en los que diferentes autoridades nacionales y regionales asiáticas reconociendo los argumentos científicos que reclamaban la securitización de enfermedades como el VIH/SIDA, el SRAS o las gripes aviarias decidieron, no declararlas como un problema de seguridad, ni tomar ninguna medida excepcional porque diferentes razonamientos políticos los alertaban de las desventajas y los conflictos sociales, culturales, económicos o religiosos que podrían surgir en caso de securitizar esas enfermedades y desplegar medidas excepcionales. Los estudios concluían que la metodología de la securitización reforzaba el valor de las autoridades científicas y del lenguaje médico en detrimento de considerar otros cálculos políticos surgidos en el mismo proceso de securitización analizado y que podían impulsar concepciones de seguridad distintas a las tradicionales (Lo Yuk-ping y Thomas, 2010). Estos trabajos comparten el interés de McSweeney quien, como vimos, criticaba la relación entre la securitización y la identidad. Los trabajos reunidos por Lo Yuk-ping y Nicholas Thomas cuestionan igualmente que la metodología de la securitización refuerza el significado universal y neutral del conocimiento médico, al presentarlo como un conocimiento técnico y objetivo, que refuerza una pretendida superioridad de la lógica científica, estrechamente ligada al desarrollo de la cultura occidental, y desplaza la existencia de otras racionalidades políticas.

Una vez presentado la aportación del enfoque socio-constructivista a continuación profundizamos en los estudios críticos y su estudio de las relaciones de poder y de resistencia que suceden al interior de los procesos de securitización de la salud.

1.5. Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria.

En este apartado abordamos los trabajos críticos que analizan los procesos de securitización de la salud desde visiones cercanas a la Escuela de Gales. En función de su relación con la teoría de la securitización ordenamos estos trabajos en tres grupos. El

primero corresponde al trabajo publicado por João Nunes que cuestiona la aplicación de la teoría de la securitización al caso de la salud y propone construir un concepto de seguridad sanitaria adecuado a las vulnerabilidades sanitarias que cotidianamente sufren la población del Sur (Nunes, 2014). El segundo grupo reúne los trabajos que usan la herramienta de la securitización para denunciar cómo los procesos de securitización de la salud aumentan la desigualdad sanitaria internacional al desplazar la atención a las necesidades sanitarias que tiene las poblaciones del Sur y producir otro tipo de inseguridades en sus sociedades (Rushton, 2011). El tercer grupo engloba los estudios que analizan las resistencias que oponen los estados del Sur y otros actores globales a los procesos de securitización de la salud. A continuación profundizamos en cada uno de ellos para señalar las aportaciones que ofrecen para nuestra investigación.

1.5.1 Emancipación sanitaria.

El primer grupo de trabajos está estrechamente vinculado a las investigaciones de João Nunes quien trata de responder a las preguntas de orden normativo que caracterizaban las preocupaciones de la Escuela de Gales como son por ejemplo: “¿Debería ser la salud una cuestión de seguridad? ¿Cuáles son los beneficios de comprender la salud como un problema de seguridad? ¿Qué impactos tienen las políticas de seguridad sanitaria en la poblaciones del Sur?” (Nunes, 2014; 940). Para responder a estas preguntas, Nunes comienza reconociendo las posibilidades y límites que tiene la aplicación de la teoría de la securitización al caso concreto de la salud. Así el investigador reconoce, que la metodología de la securitización permite analizar los intereses que impulsan las reclamaciones securitarias de los actores occidentales. Sin embargo, cuestiona que la centralidad dada al estudio del proceso de comunicación desplaza la existencia de otras amenazas sanitarias, que quedan invisibilizadas al no participar en esos procesos de securitización. Nunes considera que estas vulnerabilidades son experiencias vitales, y por tanto realidades materiales, cuya naturaleza no puede limitarse a una representación lingüístico-comunicativa (Nunes, 2014; 944). Para resolver esta situación el investigador propone construir un modelo teórico, que partiendo del concepto de la emancipación, identifique estas amenazas sanitarias para poder combatir las y superarlas. El modelo teórico que propone Nunes para alcanzar estos objetivos aplica un análisis de abajo a arriba (*bottom-up*) que recoge las experiencias personales y los contextos específicos donde aparece la enfermedad

(virus) o donde se dan las condiciones materiales (pobreza) que provocarían las amenazas sanitarias a la población. Para el investigador estas condiciones materiales existen dentro de una estructura de dominación internacional que articula tres tipos de poderes; un poder de coacción por el que las actuaciones sanitarias de los gobiernos del Sur quedarían sometidas a los intereses de los estados del Norte; un poder de exclusión que desplaza la atención de aspectos centrales para mejorar los niveles de salud de las poblaciones del Sur como son, un mejor acceso al agua potable o a los medicamentos; un poder de subjetivación resultado de las limitaciones a las capacidades y las posibilidades de desarrollo personal que conlleva la aparición de la enfermedad y la inseguridad sanitaria (Nunes, 2014; 946).

Compartimos el interés de Nunes porque los estudios críticos de seguridad contribuyan a aliviar las condiciones sanitarias de las poblaciones del Sur y reducir las desigualdades sanitarias internacionales. Sin embargo, nuestro interés no es construir un nuevo concepto de seguridad sanitaria sino comprender el funcionamiento y significado del que ya hay. Esto significa que tampoco prioricemos el estudio de las políticas de seguridad sanitaria desde otras bases normativas como podrían ser los Derechos Humanos, la justicia o la cooperación internacional. Nuestra posición normativa dialoga más con el estudio de las posibilidades políticas y normativas que habilita el análisis histórico del poder médico en las relaciones internacionales. En este sentido nuestra tesis analiza los procesos de securitización de la salud como parte del proceso de medicalización de las relaciones internacionales controlado históricamente por los estados occidentales.

1.5.2 Producción de inseguridades sanitarias.

Este segundo grupo reproduce las críticas normativas de la Escuela de Gales cuando denuncian que los procesos de securitización de la salud responden a los intereses de diferentes actores securitizadores occidentales como son, los estados, las farmacéuticas, los medios de comunicación en vez de a las verdaderas amenazas sanitarias que sufre la población del Sur. En este caso a diferencia del trabajo de Nunes estos estudios se centran en explicar cómo los procesos de securitización de la salud producen un aumento en la desigualdad sanitaria internacional.

Por ejemplo, para Collin McInnes y Kelley Lee los principales actores securitizadores de la salud han sido los estados occidentales quienes, desde la década de 1990,

comenzaron a percibir las enfermedades infecciosas como un nuevo tipo de amenaza internacional. Su trabajo critica que estos miedos, entre los que señala el probable uso de agentes víricos por redes terroristas, desplazaron la atención sobre otras inseguridades sanitarias que sufrían las sociedades del Sur como eran el tabaquismo, la falta de suministro de agua potable o las enfermedades infecciosas más comunes entre su población (McInnes and Lee, 2006). Sara Davies plantea un interesante diálogo con el trabajo anterior al proponer que los reclamos de seguridad provenientes de los estados occidentales fueron recogidos por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tratar así de reforzar su autoridad internacional aunque con ello, según Davis, perdieron la confianza de muchos gobiernos del Sur (Davies, 2008; Aldis, 2008, Calain, 2007). Un elemento central en la posibilidad de ordenar los procesos de securitización de la salud en respuesta a los miedos y ansiedades de las sociedades occidentales ha sido el papel de los medios de comunicación. Así, Priscilla Wald ha criticado la función que han jugado como actores securitizadores al impulsar unas políticas del pánico. Para la investigadora los medios construyen un relato global que presenta el “estallido vírico” como un suceso exótico propio a territorios no occidentales pero que podría alcanzar rápidamente sus estados gracias a los actuales medios de transporte. Este relato fortalece la percepción de amenaza y la ansiedad sanitaria de las sociedades occidentales que demandan contener la enfermedad en su territorio de origen en vez de operar sobre los determinantes y factores estructurales e internacionales que condicionan la aparición de la enfermedad y que responden a diferentes causas, ecológicas, sociales, internacionales, modelos productivos ganaderos o el crecimiento y hacinamiento urbano (Wald, 2007). Por ejemplo durante la 24^o EVE las noticias de los medios de comunicación occidentales ofrecieron mayoritariamente un relato catastrófico de la epidemia y solo informaron sobre ella mientras su circulación supuso una amenaza para las sociedades occidentales (Sendín y Nieto, 221). Igualmente otros medios culturales como películas o libros han ido formando en la audiencia occidental una idea de la amenaza y las terribles consecuencias que supondría la llegada de un virus letal africano¹⁶.

¹⁶ A este respecto destacan como veremos en el último capítulo los dos estudios periodísticos de divulgación científica aparecidos simultáneamente en 1994 de Laurie Garrett, “The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance” y de Richard Preston “The Hot Zone”.

Para Simon Rushton los beneficios de la seguridad sanitaria que disfrutaban las sociedades occidentales supone, que sus costes y cargas sean asumidas por los estados y las sociedades del Sur Global (Rushton, 2010). La carga de la que habla Rushton ha sido retratada por otros estudios que han cuestionado que los procesos de securitización de la salud debilitan los sistemas nacionales de salud de los países del Sur Global porque la implementación de las políticas de alerta y respuesta epidemiológica de la OMS han creado problemas de coordinación y funcionamiento (Calain, 2007). En este sentido, quizás sea el acceso a los fármacos la problemática que mejor representa esta carga y con ello la desigualdad sanitaria que producen los procesos de securitización de la salud. Diferentes investigaciones han denunciado que la OMS cedió a las presiones del lobby farmacéutico cuando declaró por ejemplo que las gripes aviar H1N1 de 2009 eran una amenaza epidémica internacional (Cohen and Carter, 2010). En esta línea otros trabajos han probado que muchos miembros de la comisión de expertos de la OMS que tenían que evaluar y confirmar esta declaración mantenían relaciones profesionales con la industria farmacéutica, para quien securitizar una enfermedad supone ventas masivas de vacunas y fármacos (Cohen and Carter, 2010; Elbe, Roemer-Mahler and Long, 2014). En todo caso ante una declaración de alerta epidémica internacional son solo los gobiernos occidentales, quienes tienen los recursos financieros necesarios para realizar compras masivas de vacunas y fármacos. Por ejemplo, durante la epidemia de H1N1 de 2009 los gobiernos Occidentales compraron la mayoría de antigripales disponibles en el comercio global lo que redujo a mínimos sus reservas internacionales. Con un mercado desabastecido y unos altos precios, los estados del Sur no pudieron acceder a estos medicamentos y quedaron a merced de las donaciones internacionales (Ijamakinwa and Stephenson, 2012). En todo caso los efectos negativos que producen los procesos de securitización no se limitan exclusivamente al ámbito sanitario. Por ejemplo, la securitización de las gripes aviares aumentó la pobreza cuando extendió el sacrificio de cerdos y aves criados en pequeñas granjas familiares al considerarlos principales agentes transmisores de la enfermedad. En Egipto, durante la amenaza de gripe aviar H5N1 de 2006, estos sacrificios profundizaron la tensión social entre una población cristiana, que criaba los cerdos, y que se sintió agraviada ante unas decisiones políticas tomadas por las autoridades musulmanas (Bingham and Hinchliffe, 2008). En Vietnam ocurrió también algo semejante cuando las medidas sanitarias internacionales obligaron a suspender sus exportaciones avícolas causando importantes daños económicos en las clases populares (Herington, 2010).

Debemos también mencionar otra crítica que Simon Rushton dirige, en este caso, a los propios estudios de seguridad a los que califica como “industria académica” y que según el investigador estarían contribuyendo a construir una percepción exagerada de las posibilidades que ofrece el uso del lenguaje de seguridad para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones del Sur. Rushton cuestiona el papel activo que ha tenido la academia al ligar el éxito de la securitización del VIH/SIDA con el aumento directo de la respuesta internacional. Para el investigador esta afirmación es errada, porque olvida el papel que jugaron otros actores y lenguajes en el aumento de la respuesta internacional a la epidemia. Por ejemplo, la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Consejo Económico y Social, ONUSIDA, Organizaciones No Gubernamentales o fundaciones privadas como la Fundación Bill & Melinda Gates relacionaron el VIH con otras agendas diferentes a la seguridad como fueron la de los derechos humanos, el desarrollo, la justicia internacional o la atención médica. Para Rushton la academia refuerza una apreciación positiva de las posibilidades que abre el lenguaje de seguridad mientras desplaza las posibilidades que tienen otras agendas o lenguajes internacionales en el incremento de la respuesta (Rushton, 2010).

Por último, los estudios críticos han profundizado no solo en las inseguridades causadas por los procesos de securitización de la salud sino también en las originadas por la desecuritización del VIH/SIDA. En este sentido se ha cuestionado que actores globales como, fondos, ONGs y fundaciones trataron de mantener los recursos financieros cuando la enfermedad comenzó a dejar de ser percibida como una amenaza para la seguridad. Según Alan Ingram, a finales de la primera década del siglo XXI, la percepción del VIH/SIDA como una amenaza internacional se rebajó debido a diferentes causas, como fueron, la reducción de la incidencia del VIH/SIDA, el cuestionamiento de las estadísticas usadas para argumentar que su expansión suponía una amenaza real para la seguridad de los estados africanos, la aparición de otras amenazas sanitarias como el SRAS o las gripes aviarias, que tendieron a desplazar la que representaba el VIH/SIDA, y la vuelta a un contexto de seguridad tradicional caracterizado por la Guerra Global contra el Terrorismo. En este contexto Alan Ingram considera que la crisis financiera de 2008 aceleró el proceso de desecuritización, ya iniciado, reduciendo las aportaciones a los fondos globales destinados a comprar y suministrar antiretrovirales, especialmente a la población africana (Ingram, 2013, 444). Para el autor la necesidad de mantener estos dispositivos globales y asegurar el acceso a

los medicamentos supuso crear incentivos económicos que estimularan las donaciones y que estaban más próximos a la lógica de mercado que a los lenguajes de salud pública o derechos humanos (Ingram, 2013; 447). Otro ejemplo de un proceso de desecuritización lo presenta la 24ª epidemia de EVE. Después de lograr cortar la cadena de transmisión del virus y mantener a cero la aparición de nuevos casos se dio por finalizada la intervención de emergencia internacional (mayo 2015). La posterior fase de post-emergencia supuso de facto el comienzo de un proceso de desecuritización de la enfermedad caracterizado por la pérdida de interés mostrada por los medios de comunicación y el alivio de los estados occidentales que veían alejarse el temor al contagio (Stawicki, Sharpe and Galwankar, 2017). Sin embargo, los estados africanos más afectados por la epidemia continuaron necesitando durante la fase de post-emergencia ingentes recursos para enfrentar una situación calamitosa donde tenían que, responder a las necesidades sanitarias de los supervivientes, atender a los desplazados, dar tratamiento a los convalecientes y comenzar la reconstrucción de los principales sectores afectados por la epidemia (sanitario, educativo, agricultura) (Leach, 2015).

1.5.3. Resistencias.

Los estudios críticos que estamos repasando también se han interesado por analizar las resistencias que los estados del Sur y otros actores internacionales oponen a los procesos de securitización de la salud. Estos trabajos demuestran que las sociedades y los estados del Sur no son sujetos pasivos que sufren los efectos de los procesos de securitización de la salud impulsados por los actores occidentales, sino que son actores dinámicos que también resisten, contestan o aceptan racionalmente las medidas o mandatos propuestos sin tener que ser obligados o coaccionados. A continuación repasamos los que consideramos más significativos.

Los estados del Sur han enfrentado las medidas y regulaciones normativas surgidas de los procesos de securitización alegando, el principio de soberanía sobre su territorio y las consecuencias negativas que las medidas excepcionales tendrían en su economía. Por ejemplo, el gobierno chino impidió durante la epidemia del SRAS la entrada en su estado de equipos de expertos de la OMS y tampoco cooperaron con los mecanismos de vigilancia de la OMS, al negarse a compartir la información que disponía sobre la evolución del brote (Fidler, 2003). En otros casos las razones políticas para bloquear los procesos de securitización respondieron a otros intereses. Este fue el caso de la negativa

de Rusia y China a securitizar el VIH/SIDA y oponerse por tanto a la Resolución del CSN 1308 que había declarado la enfermedad como una amenaza para la paz y la seguridad internacional (Rushton, 2010). Estas resistencias se deben comprender en tensión con los procesos políticos que atravesaron sendos estados en el contexto de las profundas transformaciones sufridas desde el final de la Guerra Fría. Las autoridades chinas, en un momento de importantes ajustes en la estructura económica y política del país, se opusieron a securitizar el VIH/SIDA porque el reconocimiento del alcance de la epidemia suponía admitir que entre sus principales causas se encontraban: la existencia de un mercado negro de transfusiones de sangre, la extensión de la prostitución debida al empobrecimiento de la población y la homofobia latente del régimen. Finalmente, cuando las autoridades chinas declararon oficialmente en 2004 que el VIH/SIDA era una amenaza para su seguridad nacional tomaron medidas excepcionales que aumentaron el presupuesto y los recursos destinados a luchar contra la epidemia (programas de acceso a los antirretrovirales y test voluntarios de la enfermedad) (Yuk-ping, 2012). En Rusia, Roxanna Sjöstedte considera que su gobierno resistió las presiones internacionales que le reclamaban securitizar el VIH/SIDA porque las comprendió como injerencias occidentales. No fue hasta 2006, que Vladimir Putin reconoció el impacto y la gravedad de la epidemia de VIH/SIDA en el país y aprobó medidas excepcionales que multiplicaron por veinte el presupuesto federal destinado a la enfermedad (Sjöstedt, 2008).

Las actuaciones de los gobiernos africanos durante la 24^o EVE también resistieron las presiones de ONGs y expertos médicos internacionales que solicitaban declarar la epidemia como una amenaza pública (MSF, 2015). El miedo de sus gobiernos a los impactos comerciales y turísticos bloqueó cualquier información sobre la epidemia. De igual manera actuaron en el caso de la securitización de las gripes aviarias los gobiernos regionales de algunos departamentos de Vietnam y Tailandia por temor a las repercusiones sociales y económicas que provocarían las medidas desplegadas al securitizar estas enfermedades (Herington, 2010). También se han identificado las resistencias de los expertos de las oficinas regionales de la OMS-Afro, opuestos a los protocolos de seguridad aprobados desde la oficina central en Ginebra (Ijamakinwa and Stephenson, 2012; 117). Igualmente, durante la epidemia de gripe aviar H5N1 en 2006, el gobierno de Tailandia suspendió los protocolos internacionales de cooperación vírica con la OMS denunciando que las cepas que enviaba al organismo internacional estaban

siendo usadas por laboratorios privados con el fin de investigar y comercializar una vacuna contra la epidemia. Diversos gobiernos del Sur defendieron la postura del gobierno de Indonesia, mientras que otros estados occidentales liderados por Estados Unidos, reclamaban el cumplimiento de los acuerdos internacionales suscritos con la OMS (Irwin, 2010). Wiliam Aldis, recogió las denuncias de los estados de Sur y otros organismos internacionales a la definición de seguridad sanitaria global que proporcionó la OMS al considerarla como "el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales" (OMS, 2007; IX). Aldis recuperó propuestas alternativas a esta definición vinculadas a una mayor redistribución internacional de los recursos sanitarios o a enfoques vinculados con la agenda de desarrollo humano (Aldis, 2008).

Una vez presentado la aportación de los estudios Críticos a continuación presentamos las aportaciones de los estudios de riesgo sanitario y sus propuestas para nuestra investigación

1.6. Estudios de Riesgo Sanitario.

Los Estudios del riesgo sanitario reúne un conjunto de trabajos iniciados por Stefan Elbe y continuados por otras investigaciones procedentes especialmente del Centro de Salud Global de la Universidad de Sussex y de otras disciplinas sociales distintas a las Relaciones Internacionales como la Antropología de la contemporaneidad de Paul Rabinow, Andrew Lakoff y Paul Collier y la Sociología de la Salud Pública de Larner Weir y Eric Myhalowski. El interés de Elbe es analizar cómo los procesos de securitización de la salud estarían influyendo en la transformación de la seguridad internacional (Elbe, 2010). Su interés por tanto difiere de los perseguidos por los estudios socio-constructivistas y los estudios críticos repasados en los anteriores apartados. Elbe, a diferencia del interés perseguido por la Escuela de Copenhague, no pretende profundizar en los dilemas y las características intersubjetivas que envuelven los procesos de securitización de la salud y la construcción de la enfermedad como amenaza. De hecho, el investigador recupera una visión muy limitada de la metodología

de la securitización, que se aleja de los intereses que perseguía el enfoque sociológico de Balzacq¹⁷. Elbe tampoco trata de responder a la base normativa que identificaba la preocupación de la Escuela de Gales. De forma que su trabajo toma distancia de la crítica hecha a los procesos de securitización de la salud por responder a los intereses de los actores occidentales, ni trata de construir un nuevo concepto de seguridad sanitaria, más adecuado a las necesidades sanitarias de la población del Sur. El interés de Elbe es explorar cómo los procesos de securitización de la salud estarían contribuyendo a transformar la naturaleza de la seguridad internacional para lo cual considera insuficientes, tanto la teoría comunicativa de la securitización como la teoría crítica normativa (Elbe, 2010; 14). Elbe señala dos transformaciones principales a través de las cuales los procesos de securitización de la salud estarían transformando la naturaleza de la seguridad internacional.

1.6.1 La noción del riesgo sanitario.

El riesgo sería un tipo concreto de cálculo o racionalidad de gobierno desarrollada al interior de los procesos de securitización de la salud. El conocimiento médico de las autoridades y los expertos sanitarios estaría construyendo diferentes circulaciones, eventos o accidentes como (in)seguridades sanitarias que requieren concretas tecnologías biomédicas para detenerlas, gestionarlas, controlarlas o administrarlas (Elbe, 2008). El interés por los estudios de riesgo surge en la disciplina de Relaciones Internacionales estrechamente vinculados al propio desarrollo de los estudios críticos de seguridad. Las investigaciones de Claudia Aradau y Rens Van Munster, trasladaron la concepción de Michel Foucault del riesgo como tecnología política que sus continuadores profundizaron (Francois Ewald, 1991 desde la idea de aseguración, y Robert Castel, 1991 que parte de una concepción más cercana al peligro). Comprender este concepto del riesgo supone distanciarse tanto de la interpretación propuesta por el sociólogo alemán Ulrich Beck, como ya explicamos en la introducción, como de la

¹⁷ Elbe resume la metodología de la securitización en un proceso de comunicación caracterizado por cuatro pasos que deben suceder para hablar de éxito o fracaso de la securitización; 1) los actores securitizadores (líderes políticos, expertos de seguridad...) deben declarar (2) que la existencia de un referente de seguridad (el estado, la sociedad o la población) está amenazada de forma que solicitan la adopción de (3) medidas de emergencia para responder a esa amenaza (tales como declarar una guerra, toque de queda), y (4) la audiencia debe aceptar este argumento de forma tal que se puedan llevar a cabo una serie de medidas políticas que en condiciones normales no serían posibles adoptar, como suspender los derechos civiles (Elbe, 2010; 4)

naturaleza de la seguridad propuesta por la Escuela de Copenhague y la Escuela de Gales. A través de la noción del riesgo como tecnología política, Aradau y Van Munster consideran que las actuales políticas internacionales de seguridad responden a una racionalidad política específica caracterizada, por una forma de cálculo que decide intervenir en sucesos del presente para controlar o minimizar futuribles efectos nocivos. El riesgo sería así un tipo de tecnología política a partir de la cual el futuro incierto se convierte en conocible y manejable. Las tecnologías del riesgo toman distancia también de la lógica tradicional de la seguridad en cuanto que hablan de estados o poblaciones “en riesgo” y no de enemigos, como lo harían los estudios tradicionales, ni de dominación y emancipación, como la Escuela de Gales, ni de la dicotomía entre normalidad/excepción como la Escuela de Copenhague (Aradau, Lobo-Guerrero and Van Munster, 2008; 151).

Ciertamente nos resulta interesante y adecuada la idea del riesgo sanitario porque las circulaciones infecciosas que han interesado a los estudios críticos de seguridad sanitaria como el VIH/SIDA , las gripes aviarias, la 24° EVE, el uso de agentes víricos con fines terroristas (bioterrorismo), e incluso las enfermedades relacionadas con los estilos de vida son calculados, no tanto como una amenaza existencial o un problema de seguridad inminente (ya presente), sino más bien y principalmente como un riesgo de seguridad subyacente y a largo plazo. Por ejemplo, los expertos de la OMS requieren seguir paso a paso los cálculos y algoritmos preestablecidos para determinar en qué momento un estallido vírico, como las gripes aviarias, el SRAS, la 24° EVE, deben ser declarados como una amenaza sanitaria internacional (Honigsbaum, 2017). Esta actuación la podemos ver también en otras enfermedades no asociadas exclusivamente con estallidos víricos. Por ejemplo, mucho de los argumentos usados en la securitización del VIH/SIDA sostenían la necesidad de actuar y reforzar la respuesta a la enfermedad porque su extensión podía comprometer la estabilidad de los estados africanos y las operaciones que los cascos azules desarrollaban en África. Así, la Resolución 1308 aprobada por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas presentaba la amenaza del VIH /SIDA en términos de riesgo sanitario al afirmar que "sino se controla, puede suponer un riesgo para la estabilidad y la seguridad" (e igual lo podemos ver con la Resolución 2177 que declaró la 24° EVE como una amenaza sanitaria internacional). También, desde los lenguajes de desarrollo la enfermedad ha sido interpretada como una trampa de la pobreza y un riesgo para el desarrollo En este

caso el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria se han calculado como riesgos para la incorporación de África a la economía global por lo que se han dirigido iniciativas de salud global específicas para luchar contra ellas (Sachs, 2002). En estos casos la necesidad de actuar y adoptar las medidas oportunas responde al intento de impedir escenarios futuros donde los agentes víricos se extiendan por diferentes sociedades causando problemas de estabilidad política, económicos, sociales, sanitarios alejados de una gramática de seguridad que construya al otro como enemigo.

Concordamos también con estos estudios en considerar que en el ámbito de la seguridad sanitaria, el trabajo de los expertos no se debe comprender como algo excepcional sino como parte de la rutina y el normal funcionamiento. Para Didier Bigo y Jeff Huysmans el trabajo de los expertos de seguridad se debe comprender no tanto en relación a las actuaciones excepcionales sino en relación al trabajo cotidiano y normalizado que supone controlar las fronteras o vigilar el espacio público (Bigo, 2002; 73; Jeff Huysmans, 2006; 15). De igual manera, instituciones médicas (OMS, CDC, Ministerios de Salud), organizaciones no gubernamentales, colectivos sanitarios tienen entre sus funciones diarias tareas vinculadas a la vigilancia epidemiológica internacional o la recopilación y elaboración constante de estadísticas e informes globales en materia de seguridad sanitaria.

Ciertamente, como venimos ya señalando definir ciertos problemas internacionales como inseguridades ha contribuido a ampliar la noción de amenaza y vulnerabilidad en las relaciones internacionales. Los razonamientos científicos y los cálculos médicos que presentan las enfermedades como (in)seguridades internacionales amplían el significado de las amenazas más allá de las capacidades militares o a las intenciones hostiles de otros estados (Elbe, 2010; 27). También la defensa de las amenazas o inseguridades sanitarias despliega un conjunto de tecnologías médicas que amplían el arsenal de las políticas de seguridad. Son las denominadas “contramedidas terapéuticas” que reúnen una serie de intervenciones médicas a nivel de la población y el individuo como por ejemplo, el desarrollo, abastecimiento y almacenaje de nuevos tratamientos farmacológico, los programas de acceso a medicamentos, la adecuación de los servicios sanitarios a los nuevos sistemas de alerta epidemiológica, el despliegue de un sistema de vigilancia epidemiológico global (Weir, 2015). Para Elbe estas tecnologías de seguridad sanitaria estarían transformando las tradicionales tecnologías de seguridad internacional centradas en el sector militar y el uso de la fuerza (Elbe, 2010; 28).

Los estudios de los procesos de securitización de la salud han permitido así un diálogo y convergencia entre los lenguajes de riesgo y seguridad. Para Buzan y Hansen la importancia dada al riesgo por encima de la seguridad supondría la salida de estas investigaciones de los Estudios internacionales de Seguridad (Buzan y Hansen, 2009; 217). Mientras, los estudios de riesgo han dialogado con enfoques post-estructuralistas ligados a los trabajos de Michel Foucault, Pierre Bourdieu y los Estudios de Gubernamentalidad Global desarrollados a partir de la aplicación de los trabajos de gubernamentalidad de Foucault al estudio de las relaciones internacionales.

1.7 La formación de un Sector de Seguridad Sanitario Global.

El repaso realizado a las tres Escuelas que conforman los ECSS nos permite comprender cómo los procesos de securitización engloban una serie diversa de elementos y características como son: la presencia de diferentes actores cuyas actuaciones producen diferentes dilemas normativos, las relaciones de poder y resistencia que participan en la reproducción de la desigualdad sanitaria internacional, y la creación de un tipo de racionalidad política ligada al cálculo del riesgo sanitario más que a concepciones más tradicionales de seguridad. De tal modo que el estudio de la seguridad sanitaria reivindicaría analizar la creación y funcionamiento de un sector de seguridad sanitario global que los teóricos de la Escuela de Copenhague no analizaron porque incorporaron la amenaza de las enfermedades infecciosas dentro del sector de seguridad medioambiental (Buzan, Wæver and de Wilde, 1997; 75). La creación y el funcionamiento de un Sector de Seguridad Sanitario Global recogería las diversas características y aportaciones realizadas por los ECSS como: actores, procesos, agendas, intereses, procesos de securitización y desecuritización de la salud, dilemas, poblaciones, territorios, conocimientos...

La idea de sector de seguridad apareció inicialmente en el trabajo de Barry Buzan "*People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War*". En este estudio Buzan defendió que además del sector militar existían otros cuatro sectores de seguridad diferentes que requerían ser estudiados y que eran: el medio ambiental, el económico, el social y el político (Buzan, 1987; 8). Seis años después de su publicación la Escuela de Copenhague en *Security: A New Framework for Analysis* (1997) profundizaba con mayor detenimiento en los sectores de seguridad señalados por Buzan e identificaban cuáles eran las relaciones específicas que se daban

en cada uno ellos. En el sector militar eran “las relaciones de coerción por la fuerza”; en el sector político “las relaciones establecidas entre la autoridad, los niveles de gobierno y el reconocimiento”; en el sector económico “las relaciones de comercio, producción y finanzas”; en el sector social “las relaciones que establecen una identidad colectiva”; y en el sector medioambiental “las relaciones entre la actividad humana y la biosfera del planeta” (Buzan, Wæver and de Wilde, 1997; 7)¹⁸. El estudio proseguía analizando en profundidad para cada sector: sus actores securitizadores, los diversos referentes de seguridad, las lógicas de las amenazas y vulnerabilidades y las dinámicas globales o regionales que caracterizan el funcionamiento de cada sector. Como hemos dicho fue dentro de este último sector de seguridad donde la Escuela de Copenhague introdujo el problema de las amenazas a la salud y la percepción de las enfermedades infecciosas como problema de seguridad. Los ECSS repasados a lo largo de este capítulo dan claras evidencias de que los procesos de securitización estarían posibilitando la creación y el funcionamiento de un sector de seguridad sanitario, que había sido desatendido inicialmente por la Escuela de Copenhague. Los ECSS demostraría que el funcionamiento de un SSSG produce un tipo de relación diferente a las que suceden en los otros sectores y que responde a la percepción de diferentes amenazas a la salud, la producción de diferentes tipos de nexos seguridad-salud, la aparición de diferentes tipos de dilemas de seguridad y el diálogo establecido entre el conocimiento médico y otras agendas e intereses de los actores.

El repaso de los ECSS muestra también una serie de limitaciones vinculadas a la ausencia de un enfoque histórico en sus análisis. Por ejemplo, las tecnologías médicas en las instituciones, fronteras o aparatos militares ya estaban presentes con anterioridad a los procesos de securitización de la salud (King, 2002; Hoffman, 2010) Los estudios históricos profundizan en cómo con anterioridad a los procesos de securitización de la salud los expertos sanitarios internacionales calculaban y operaban sobre la salud y las enfermedades internacionales. En este sentido, profundizar en la presencia de distintos actores sanitarios cuyas actuaciones producen diferentes dilemas normativos, las relaciones de poder y resistencia que participan en la reproducción de la desigualdad

¹⁸ Posteriormente otras obras de la Escuela de Copenhague como el estudio de Mathias Albert y Barry Buzan han reforzado el interés de estudiar la relación específica que constituye cada sector y que permite diferenciarlos (Albert y Buzan, 2011)

sanitaria internacional, y la creación de un tipo de racionalidad política ligada al cálculo del riesgo sanitario supone analizar su existencia previa en la evolución de las relaciones internacionales. Igualmente, las redes médicas internacionales como específicas comunidades epistémicas¹⁹ existían en la historia de las relaciones internacionales antes de los procesos de securitización (Neill, 2012; Weindling, 1995). En relación con los estudios del riesgo sanitario también hemos cuestionado que con anterioridad a la seguridad sanitaria han existido históricamente otras formas de racionalidad del riesgo sanitario o medicalización de las relaciones internacionales que deberíamos conocer para comprender con más exactitud el significado y la naturaleza de los actuales procesos de securitización de salud. Con anterioridad al interés de los ECSS, y de la disciplina de Relaciones Internacionales, otras ciencias sociales como la Sociología, la Historia o la Antropología han analizando los conocimientos médicos y las políticas de salud producidas por burocracias y expertos de salud internacionales²⁰. Así, los estudios históricos nos permiten mejorar la comprensión de los procesos de securitización de la salud.

1.8. Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos repasado la construcción de los ECSS. Para ello primero nos hemos detenido en presentar la teoría de la securitización donde hemos

¹⁹ Las comunidades epistémicas son: “redes de profesionales con reconocida experiencia y competencia en áreas concretas y autoridad para demandar la relevancia política de sus conocimientos en dichas áreas”. Su función se relaciona con los procesos de aprendizaje que influyen en el comportamiento internacional de los estados al reducir la incertidumbre y facilitar la coordinación en la toma de decisiones en un área determinada. Pero las comunidades epistémicas también socializan al estado en determinadas cuestiones del ámbito internacional, motivan la construcción de nuevos intereses e incorporen nuevos significados a su identidad. De esta manera están relacionadas con la forma en que los estados y las instituciones representan e interpretan los fenómenos, los actores y las estructuras en un área determinada de las relaciones internacionales (Hass, 1992)

²⁰ Los estudios históricos muestran que las relaciones de resistencia u oposición por parte de los estados del Sur no se pueden considerar como originales al funcionamiento del Sector de Seguridad Sanitario Global porque a lo largo de la historia de las relaciones internacionales los procesos de exclusión, dominación y desatención sanitaria han recibido la oposición y la resistencia de los estados del Sur. Por ejemplo, las investigaciones de Fassin y Packard denunciaron que la estigmatización internacional del VIH/SIDA en África recuperaba argumentos racistas y coloniales para responsabilizar de la enfermedad a una pretendida hipersexualidad africana (Fassin, 2007; Packard and Epstein; 1991). El interés por las resistencias de los estados del Sur dialogan con los estudios históricos sobre la creación e internacionalización de la Atención Primaria en Salud que señalan cómo durante la década de 1970 los estados del Sur transformaron las agendas y políticas internacionales de salud (Djukanovic y March, 1976). Los estudios históricos y los estudios críticos culturales demuestran que ya con anterioridad a los procesos de securitización de la salud, las estructuras de opresión por género y estigmatización social habían estado presentes en las políticas internacionales de salud (Vaughan 1991; Lyons, 2002)

explicado el importante papel que tiene su metodología y su posicionamiento normativo. Posteriormente hemos ido presentando los tres grandes grupos que constituyen los estudios críticos de seguridad sanitaria. Como hemos visto los estudios sociológicos mostraban cómo los actores securitizadores relacionaba la amenaza de las enfermedades con diferentes referentes de seguridad, lo que suponía la aparición de diferentes dilemas normativos que no quedan limitados solo o exclusivamente a actuaciones de emergencia como el envío de cuerpos médicos militares o el despliegue de cordones sanitarios. Los estudios críticos de seguridad nos han permitido comprender que los procesos de securitización de la salud son procesos imbuidos en las relaciones de poder que producen un conjunto diverso de inseguridades sanitarias y también de resistencias en los estados y sociedades del Sur Global. Por último, los estudios del riesgo sanitario nos han llevado a interesarnos por el riesgo sanitario como un tipo de cálculo específico que sucede al interior de los procesos de securitización de la salud y que se aleja de una lógica tradicional de seguridad al tratar de prevenir los accidentes futuros a través de una actuación en el presente. Todo ello nos ha llevado a plantear el interés por estudiar, el conocimiento, el poder, la historia, las racionalidades así como cuestionar algunas lagunas y críticas que presentan los ECSS debidas a la ausencia de un enfoque histórico en sus investigaciones. Por todo ello, el funcionamiento del SSSG está caracterizado por producir atenciones y desatenciones sanitarias y desarrollar tanto procesos de securitización como procesos de desecuritización que demuestran la multiplicación de actores, dilemas, enfermedades.

Para responder a estas cuestiones y lagunas históricas en el siguiente capítulo acudimos a los Estudios de Gubernamentalidad Global (EGG) que despliegan una caja de herramientas y un interés por el relato histórico que dialoga con las necesidades identificadas al repasar los tres grupos que conforman los ECSS.

SEGUNDO CAPITULO

2. La gubernamentalidad y los Estudios de Gubernamentalidad Global.

2.1. Introducción.

Al final del capítulo anterior relacionamos, el interés por profundizar en el enfoque histórico y el análisis de las relaciones de poder, que caracterizan la creación y el funcionamiento de un SSSG. En este segundo capítulo, acudimos a la noción de gubernamentalidad, desarrollada por Michel Foucault porque nos ofrece una serie de herramientas y aportaciones, que consideramos útiles para estudiar la *medicalización de las relaciones internacionales* es decir, el proceso histórico singular caracterizado por el surgimiento y despliegue de un tipo de poder médico en las relaciones internacionales. Para ese objetivo dividimos el capítulo en tres partes. En la primera, presentamos el origen y el desarrollo de los Estudios de Gubernamentalidad Global, lo que nos permite localizar nuestra investigación dentro de ellos y poder relacionarla con las principales características del análisis del poder propuesto por Foucault. Por eso, en un segundo apartado, presentamos la idea del dispositivo que ofrece el filósofo francés lo que nos permitirá entender mejor la naturaleza histórica de un poder médico en las relaciones internacionales. El tercer apartado, lo dedicamos a profundizar en el concepto y los Estudios Biopolíticos, que nos permitirá interpretar cómo el despliegue del poder médico en las relaciones internacionales está históricamente asociado con su capacidad para calcular y administrar sanitariamente la población. Finalmente, en un cuarto apartado, explicamos el significado e interés de aplicar el concepto de genealogía de Foucault al estudio de la medicalización de las relaciones internacionales lo que supone analizar el desarrollo y transformación de distintos tipos de gubernamentalidades o racionalidades médicas que a lo largo de la historia han posibilitado desplegar un tipo concreto de poder, que ha permitido calcular y operar las relaciones internacionales desde un conocimiento médico.

2.2. Los Estudios de Gubernamentalidad Global.

William Walters define los Estudios de Gubernamentalidad Global como una constelación de trabajos procedentes de distintas disciplinas de las ciencias sociales que comparten el mismo interés por aplicar los análisis del poder realizados por Michel Foucault al estudio de las políticas globales (Walters, 2012: 84). Estos trabajos han contribuido a explorar las posibilidades y los límites de la aplicación del concepto de gubernamentalidad al estudio de las relaciones internacionales, lo cual ha supuesto avances y críticas que repasamos a lo largo del capítulo.

Una primera aproximación o comprensión válida de la idea de gubernamentalidad señala el estudio de una práctica de gobierno que encierra un análisis del poder. Nicholas Rose y Peter Miller destacan que uno de los rasgos más notables de la aparición del concepto de gubernamentalidad fue situar el estudio del poder fuera del espacio tradicional del estado, para explorar así las tácticas, técnicas y tecnologías que configuraban ámbitos aparentemente “no políticos” como eran por ejemplo, las escuelas o los hospitales (Rose and Miller, 1992). Estos estudios ofrecieron una vía novedosa para investigar las formas que adquirirían el ejercicio del poder y el gobierno en las sociedades modernas pero limitaron su interés a un conjunto de cuestiones (políticas, económicas y sociales) que operaban “al interior” de los estados²¹ (Walters and Larner, 2004: 1). De alguna manera la ausencia de un interés por “el exterior” del estado, es decir por las políticas internacionales, respondió también al tardío interés que la disciplina de Relaciones Internacionales mostró por el concepto. Aunque, el concepto de gubernamentalidad se tradujo en diversas publicaciones, y diferentes elementos de la obra de Foucault habían sido introducidos dentro de la disciplina, como veremos que pasó muy especialmente con la genealogía, no fue hasta la traducción de los cursos dictados en el Collège de France *Seguridad, territorio y población: Curso en el Collège de France, 1977-1978*, y *El Nacimiento de la biopolítica Curso del Collège de France 1978-1979* que comenzó a surgir un interés por aplicar el concepto de gubernamentalidad al estudio de las relaciones internacionales. Fue entonces, cuando según William Walters y Wendy Larner la disciplina de Relaciones Internacionales

²¹ También se debe a la recepción inicial desde disciplinas muy centradas en los límites del estado y no en las relaciones internacionales como la sociología, estudios culturales, derecho, geografía o la criminología (Walters; 2012:4).

apreció las posibilidades que la gubernamentalidad ofrecía para establecer un nuevo dialogo con tres preocupaciones que atravesaban su propia evolución académica. La primera preocupación era el interés de ciertos enfoques post-estructuralistas por estudiar los discursos de los actores internacionales. La idea de gubernamentalidad presentaba afinidades significativas con estos trabajos al ofrecer una visión del poder fragmentado y una insistencia en la naturaleza constitutiva del lenguaje. Sin embargo, a diferencia de muchos trabajos posestructuralistas, la orientación de los estudios de gubernamentalidad se distanciaba de un interés exclusivo por el análisis del discurso, para enfatizar el estudio histórico y empíricamente orientado (Walters, 2012; 4). La segunda preocupación devenía de los enfoques críticos tradicionales, vinculados a los estudios marxistas y la teoría crítica, donde los estudios de gubernamentalidad interesaron al abrir nuevas vías para el estudio crítico y la oposición a las políticas neoliberales, comprendidas como estrategias y formas de gobierno, sin caer por ello en el ideal emancipatorio ni una sobre-determinación de la lógica de la acumulación de capital (Larner and Walters, 2004: 3). Además Walters y Larner señalan que el comienzo de este interés respondió también a la aparición de una serie de cambios en las relaciones internacionales. La noción de gubernamentalidad atrajo el interés de las ciencias sociales al presentarse como un nuevo enfoque para estudiar las configuraciones de poder que caracterizaban las transformaciones que reformularon el estado y las políticas internacionales durante las dos últimas décadas del siglo XX como fue sobre todo la emergencia del término globalización y su relación con un periodo de gobernanza global y políticas post-westfalianas (Larner and Walters, 2004: 4).

El interés de la disciplina de Relaciones Internacionales por los estudios de gubernamentalidad aumentó durante la década posterior a la publicación del estudio de Walters y Larner. Esto supuso la aparición de un conjunto diverso de obras que aplicaban el pensamiento de Foucault al estudio de diferentes ámbitos de las políticas internacionales como, la seguridad, la migración, la integración regional, el desarrollo, los conflictos, la historia, las tecnologías y al estudio teórico y la reflexión crítica sobre conceptos propios de la disciplina como, soberanía, frontera, autoridad, violencia o la existencia de otras racionalidades políticas internacionales distintas al liberalismo o al neoliberalismo (Walters, 2012; 83). La aparición de esta producción académica confirmaba el reconocimiento del valor que la noción de gubernamentalidad ofrecía para el análisis de las políticas internacionales y para el desarrollo de la propia

disciplina lo que alejaba cualquier consideración de que se tratara de una moda pasajera o el intento de crear un subdisciplina alejada de los intereses académicos que atravesaban las Relaciones Internacionales (Walters, 2014; 7). En esta maduración también han participado los debates establecidos entre críticos y defensores de la aplicación de la idea de gubernamentalidad al estudio de las relaciones internacionales. Unas críticas opuestas al pensamiento de Foucault y su análisis del poder han cuestionado la validez e idoneidad de aplicar la idea de gubernamentalidad al estudio de las relaciones internacionales. Otros trabajos que usan la propuesta de investigación de Foucault cuestionan la ausencia en el desarrollo de los EGG de elementos centrales a la investigación sobre gubernamentalidad, que el propio filósofo francés desarrolló, como fueron la genealogía y la biopolítica. A lo largo de esta investigación trataremos de responder y superar estas limitaciones y críticas.

Todo ello sucede dentro de un conjunto de, estudios, manuales y textos dedicados a la idea de gubernamentalidad de Foucault y al análisis de las posibilidades de su aplicación y la revisión crítica del concepto (Dean, 2010; Burchell, Gordon and Miller, 1991; Barry, Osborne and Rose, 1996; Bröckling, Krasmann and Lemke, 2015; Rose, O'Malley and Valverde, 2006). Dentro de ellos localizamos también las críticas a los estudios de gubernamentalidad global, en concreto a la posibilidad de trasladar las investigaciones de Foucault al estudio de las relaciones internacionales y el desinterés que el filósofo francés mostró en sus investigaciones por abordar el colonialismo y las políticas internacionales. A continuación las repasamos más detenidamente.

2.2.1 La microfísica del poder y las relaciones internacionales.

Para Jan Selby el análisis del poder que propone Foucault como algo capilar y relacional alejado de su ejercicio específico por un actor concreto no se puede adecuar al estudio de las relaciones internacionales. Según el investigador, el estudio de la microfísica del poder quedaría limitado al ámbito doméstico porque los principales actores de las relaciones internacionales como son los estados, las agencias internacionales o las grandes multinacionales actúan a través de una *macrofísica* del

poder, es decir por medio de un poder más concentrado y central (Selby, 2007)²². Sin embargo, la microfísica del poder no supone tanto prescindir del estudio de estos actores sino más bien comprender cómo el poder en las grandes corporaciones, estados u organismos internacionales no respondería tanto o exclusivamente a una idea de poder como una propiedad exclusiva de estos actores que acumulan en su interior y extienden de manera directa en respuesta a sus intereses. Los trabajos de *global network* que estudian las relaciones internacionales a través de la construcción histórica de redes transnacionales dialoga con la propuesta que encierra la microfísica del poder por analizar las contingencias, desestabilizaciones y contestaciones que deben enfrentar esos actores para mantener su autoridad, y las estrategias que despliegan para desplazar las resistencias (Callaghy, Kassimir and Latham, 2001). Este enfoque nos permite comprender de una manera original el poder que ha caracterizado históricamente un organismo internacional como la OMS que agruparía un poder jurídico emanado de su constitución, un poder funcional identificado con su estructura, órganos de gobierno, secretario general, comisiones y asamblea, y un poder político resultado de sus prácticas de cooperación y asesoramiento. Más que asumir la existencia dada y fija de estas funciones la microfísica del poder analizaría históricamente cómo estas capacidades han podido crearse y mantenerse a través de las pugnas, cooperaciones, alianzas, desestabilizaciones, refuerzos y alianzas que han mantenido una red de actores. (Walters, 2012; 93). Siguiendo con nuestro ejemplo, esto no supone negar las consideraciones jurídicas, materiales y políticas de la OMS sino afirmar que su construcción ha sido en si misma una continua acción de gobierno. La microfísica del poder plantea así una visión alejada de un ejercicio del poder presente en ocasiones y momentos particulares para comprenderlo como un quehacer diario que relaciona ideas, tecnologías, valores éticos, visiones, posiciones ideológicas de actores, internacionales,

²² Las investigaciones de Foucault sobre la microfísica se presentan como una guía metodológica para desarrollar un proyecto de investigación y análisis del poder y no como una depurada y sistematizada teoría del poder. Una crítica a la microfísica del poder de los estudios marxistas incidía en que la microfísica al subrayar la naturaleza capilar y dispersa del poder limitaba sus posibilidades para estudiar mayores configuraciones de poder u ofrecer una consideración apropiada de la naturaleza y la organización del estado (Poulantzas 1987:44 citado por Golder 2007; 171-172). La emergencia del “Biopoder” y la “biopolítica” en la *Voluntad del Saber* y en *Hay que defender al sociedad* supone en parte una respuesta a esas críticas al profundizar en su propuesta inicial para analizar el poder (Gordon; 1991; 4-5).

nacionales, locales (Merlinger, 2003). Así podemos afirmar que la microfísica no hace referencia solo a la construcción de los espacios de poder que localizamos más allá de la centralidad del estado, sino a las relaciones que establecen los elementos que integran una red internacional (Walters, 2012; 14). En todo caso es necesario aclarar como Walters señala que la microfísica no rechaza la existencia de amplios diseños de orden político que pueden operar a nivel de las relaciones internacionales pero insiste en comprender que cualquier orden macro está en continuo cambio. El análisis de la microfísica del poder subraya una hipercodificación de múltiples líneas, confrontaciones y encuentros (Walters, 2012; 15). Cualquier sistema superior está en un estado de constante mutación. Como señaló el propio Foucault “las grandes dominaciones son los efectos hegemónicos sostenidos continuamente por la intensidad de todos esos enfrentamientos” (Foucault, 2009; 56).

2.2.2 El desinterés por las políticas coloniales.

Para Giorgio Shani la historia de la gubernamentalidad que presenta Foucault en sus Cursos del Collège de France se contextualiza histórica y geográficamente dentro de los estados modernos europeos donde el filósofo francés prestó gran atención al estudio de sus procesos internos y, en mucha menor medida analizó las relaciones entre los mismos (Shani, 2010; 212). Shani reconoce que el conocimiento de estas experiencias ofrece una lectura original de la construcción histórica de los estados europeos y de la evolución de sus racionalidades de gobierno. Sin embargo, el investigador cuestiona que este relato no dice nada sobre cómo la experiencia colonial europea participó de la propia construcción de sus sociedades, sus estados y su pensamiento político (Shani, 2010). Siguiendo este argumento se consideraría que Foucault planteó una historia de la gubernamentalidad eurocéntrica que los Estudios de Gubernamentalidad Global estarían extendiendo. Esta denuncia es más grave a la luz de la crítica de Stephen Legg, que reprocha a Foucault que muchos de los intereses que caracterizan la obra de Foucault fueron áreas fuertemente desarrolladas durante los gobiernos coloniales como por ejemplo, la locura, la criminalidad, la sexualidad o la disciplina (Legg, 2007; 266-267). En la contrariedad de Legg resuena la crítica realizada por Tymoth Mitchell unos años antes cuando afirmó que:

“el panóptico (...) la vigilancia escolar, el gobierno de la población y su análisis cultural, la imaginación del liberalismo británico, los currículos de literatura

inglesa y la medicina colonial tuvieron sus orígenes en las colonias” (Mitchell, 2000; 3).

Para Legg y Shani el filósofo francés consideró que las políticas coloniales eran un tipo de “práctica constitutiva del afuera” lo que supuso que desatendiera el papel fundamental que jugaron en la construcción del estado y las sociedades europeas (Legg, 2007; 266; Shani, 2010; 211). Efectivamente, tenemos que aceptar que las lecturas de Foucault sobre la gubernamentalidad se adecúan a este patrón “endógeno” porque salvo ciertas excepciones notables el filósofo francés presentó las disciplinas y tecnologías de gobierno como un conjunto de eventos contingentes cuyas historias, trayectorias y despliegues suceden desde y al interior de los estados europeos. Estas excepciones fueron: las exploraciones sobre el poder pastoral cuya aparición situó el filósofo francés al este del Mediterráneo entre los pueblos que vivían en los territorios de Egipto, Asiria y Mesopotamia, y por encima de todos, entre los hebreos (Foucault, 1990); el estudio de algunas racionalidades de gobierno desarrolladas entre los estados europeos durante el siglo XVIII-XIX como la balanza del poder que analiza el equilibrio entre la diplomacia (mecanismo externo) y la policía (mecanismo interno) (Foucault, 2008, 344-346); el estudio del neoliberalismo desarrollado por la Escuela de Chicago a mediados del siglo XX en Estados Unidos (Foucault, 2009). Sin embargo, estas tres excepciones subrayan todavía más la ausencia total en los estudios de gubernamentalidad desarrollados por Foucault de una preocupación por el estudio del hecho colonial o las relaciones establecidas entre las metrópolis y los territorios sometidos al gobierno imperial.

Según Walters, Foucault fue consciente de este hecho pero no mostró un especial interés por resolverlo (Walters, 2012; 70)²³. Sin embargo, esto no ha impedido que investigaciones posteriores a la muerte del filósofo francés hayan recuperado sus trabajos sobre la gubernamentalidad para profundizar en el contexto de las relaciones de jerarquía y dominación que caracterizaron el gobierno colonial europeo. Estos trabajos han demostrado que las prácticas políticas desarrolladas en los territorios coloniales fueron fundamentales para producir determinadas estrategias de gobierno y tecnologías de poder en las metrópolis. Por ejemplo, Thomas Osborne (1994) muestra cómo durante el siglo XIX los británicos hicieron del servicio civil de la India un tipo de laboratorio

²³ Foucault tuvo interés por las cuestiones internacionales como fueron la revolución iraní, la disidencia y los presos políticos en la Unión Soviética, y el terrorismo alemán de extrema izquierda (Walters, 2012;71)

social desde el que impulsaron el desarrollo de unas ciencias de la administración y una ética personal del servidor público que trasladaron a la propia organización de la burocracia y el funcionariado del estado británico (Osborne, 1994). Federick Cooper y Ann Laura Stoler usan elementos centrales a los estudios de gubernamentalidad de Foucault como la microfísica del poder para analizar el gobierno colonial como un proyecto histórico siempre en construcción. Para estos autores la idea de Imperio respondió a un ensamblaje o una red de relaciones entre oficiales y expertos de diferentes áreas que a través de sus conocimientos y tecnologías participaron en la ordenación del territorio rompiendo así una idea de estado-colonial más estructurado y cerrado (Cooper and Stoler, 1994). Igualmente los trabajos sobre el surgimiento de las estadísticas y los censos coloniales de Ulrich Kalpagam además de iluminar la importancia que tuvieron estas tecnologías en el gobierno colonial, subrayan cómo su desarrollo también impulsó la evolución de las estadísticas como herramienta de gobierno nacional (Kalpagam, 2000). Y anticipándonos a la idea de gubernamentalidad como biopolítica, que repasamos más adelante, presentamos un último ejemplo en base al trabajo de Laura Stoler quien utiliza las aportaciones de Foucault sobre la sexualidad para situarlas dentro de la autoconstrucción imperial de la identidad de la burguesía europea (Stoler, 1997). A través del estudio del colonialismo holandés en Java, Stoler señala que los valores de higiene y decencia sexual propios a la sociedad burguesa europea del siglo XIX provenían de sus territorios coloniales desde donde viajaban a sus metrópolis. Creemos que estos ejemplos sirven para demostrar que la desatención de Foucault por las políticas coloniales no invalida la posibilidad de usar sus aportaciones para analizar diferentes aspectos del gobierno colonial. Por eso a continuación profundizamos en la propuesta para investigar el origen y el desarrollo histórico de un poder médico en las relaciones internacionales conectando tres nociones de gubernamentalidad que responden al propio desarrollo del análisis del poder que Foucault desarrolló a lo largo de su obra y que son; la microfísica del poder donde presentamos la idea del dispositivo médico de las relaciones internacionales (gubernamentalidad como proyecto de análisis del poder), el encuentro entre la gubernamentalidad y la biopolítica que recupera un interés desplazado por los EGG (gubernamentalidad como una forma específica de poder productivo que permite el cálculo y gobierno la población) y la genealogía como estudio de las diferentes racionalidades políticas que han ido conformando las estrategias a través de las que se despliega este poder médico (gubernamentalidad como proyecto histórico que recupera

el arte de gobierno, es decir el conjunto de cálculos, estrategias y racionalidades que producen y despliegan este tipo de poder médico).

2.3. El poder médico en las relaciones internacionales.

Para explicar la naturaleza y el funcionamiento del poder médico de las relaciones internacionales tomamos de la caja de herramientas que es la gubernamentalidad la idea del dispositivo cuyo uso dialoga íntimamente, es inseparable, de las dos herramientas que repasaremos posteriormente, la biopolítica y la genealogía. El dispositivo nos permite observar el campo que históricamente se ha ido creando y que ha constituido las variables y sedimentaciones del despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales, es decir nos permite establecer un relato histórico de su organización, despliegue y transformación.

Para presentar y adecuar la idea de dispositivo al estudio del poder médico de las relaciones internacionales usamos la entrevista realizada a Foucault y publicada en la revista *Ornicar* en julio 1977, donde explica su comprensión de esta herramienta y los aportes posteriores realizados por Gilles Deleuze sobre la misma. Con ayuda de estas aportaciones explicamos la naturaleza del poder-dispositivo médico de las relaciones internacionales como el resultado de la triangulación de tres características, su formación y función, su continuo reajuste estratégico y su genealogía. El dispositivo nos permitirá limitar el campo de observación donde suceden las configuraciones y transformaciones de la red de poder médico de las relaciones internacionales y con ello las estructuraciones históricas, y por tanto contingentes, que ha ido asumiendo el poder médico de las relaciones internacionales.

2.3.1. Primera aproximación. El dispositivo médico de las relaciones internacionales.

La primera aproximación a la naturaleza del poder médico de las relaciones internacionales la compone la red de elementos que Foucault sitúa bajo la idea del Dispositivo, que es:

“un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas,

morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos” (Foucault, 1991; 128)²⁴

Entre los elementos que forman la red de medicalización de las relaciones internacionales encontramos: las autoridades médicas, las agendas e intereses sanitarios de los actores globales, las atenciones, resistencias y exclusiones sanitarias de los estados y las poblaciones del Sur, las ciencias de la salud, los conocimientos médicos, los procesos de investigación y sus consecuencias científicas, las política sanitarias internacionales, la regulación de los sistemas de salud, los protocolo de comercialización y dispensación de los fármaco, las enfermedades atendidas y olvidadas.... ¿Estamos así ante un problema inconmensurable de relaciones? Evidentemente no buscamos hacer una exposición completa de todos estos elementos sino más bien aplicar esta primera aproximación para autolimitar el campo de relaciones a observar. Volvemos a Foucault, para buscar pistas que nos permitan identificar qué elementos que constituyen las relaciones internacionales participan en la construcción de esta red. Como aclara el filósofo francés lo que requerimos necesariamente situar en el dispositivo:

“es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos” (Foucault, 1991; 128)²⁵

El trabajo de Gilles Deleuze *¿Qué es un dispositivo?* (Deleuze, 1999) nos va a permitir ordenar las relaciones del Dispositivo en dos líneas específicas: una línea de “visibilidad y enunciación” y otra línea de “fuerza y subjetividad”. A continuación adecuamos la explicación de cada una de ellas para explicar cómo el tipo genuino de vínculo que caracteriza la microfísica del poder médico en las relaciones internacionales produce lo que denominamos en esta tesis, la *excelecnia médica*. Este vínculo es el resultado de la interacción de dos líneas de fuerza señaladas anteriormente por Deleuze.

²⁴ Conversación con Jacques-Alain Miller y miembros del Département de Psychanalyse de la Universidad de Vincennes que apareció en castellano en *Revista Ornicar*, N° 10, Julio de 1977, pp. 62-93.

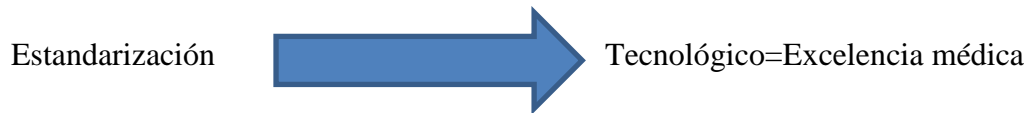
²⁵ La microfísica no hace referencia solo a la construcción de o espacios de poder que localizamos más allá de la centralidad del estado sino a las relaciones que establecen los elementos que integran la red (Walters).

Las relaciones propias a la *estandarización de un conocimiento* médico se establecen dentro de la línea de “visibilidad y enunciación”. El análisis de estas relaciones nos permite observar la elaboración de la *excelencia médica* como resultado de los debates sucedidos en torno a la producción, normalización e internacionalización del conocimiento médico. A lo largo de esta línea se hacen perceptibles los conflictos y las pugnas que han condicionado la elaboración y evolución histórica de una *excelencia médica* íntimamente ligada al conocimiento producido por las ciencias de la salud. Sin embargo, el análisis de esta primera línea de “visibilidad y enunciación” permite advertir cómo la producción de una *excelencia médica* no ha respondido exclusivamente a la pericia técnica que requiere el trabajo aséptico dentro del laboratorio, sino a la batalla que diferentes actores, agendas e intereses han desarrollado y que apela a intereses políticos, económicos, sociales, profesionales o ideológicos. África aparece en el interior de esta línea de “visibilidad y enunciación” como un nodo específico en los procesos de elaboración e internacionalización (estandarización) del conocimiento médico internacional.

Las relaciones características al despliegue de una *tecnología médica* suceden dentro de una segunda línea de relaciones que Deleuze identifica como las de “fuerza y subjetivación”. El análisis de estas relaciones permite observar cómo la *excelencia médica* responde también al despliegue en las relaciones internacionales de un conjunto diferente de tecnologías biomédicas que operan sobre las relaciones inter-estatales, el territorio (geopolíticas) o la población (biopolíticas), las instituciones supraestatales. A lo largo de la historia, las diferentes disposiciones que adopta la red de medicalización de las relaciones internacionales ha permitido que esta *excelencia médica* haya operado sobre el territorio a través del despliegue de topologías médicas y de sistemas de vigilancia epidemiológico; sobre el individuo produciendo intervenciones médicas y promoviendo normalizaciones o conductas higiénicas individuales; sobre la población desplegando ensayos médicos, ordenaciones por perfiles epidemiológicos, atenciones y exclusiones sanitarias y sobre el estado creando diferentes tipos de condicionalidades médicas internacionales. El despliegue y evaluación de estas tecnologías conforman también la naturaleza del vínculo que caracteriza la red que constituye el poder médico en las relaciones internacionales. La *excelencia médica* tiene de tal forma una naturaleza doble resultado de la actuación de las dos líneas de fuerza repasadas. Esto conlleva que

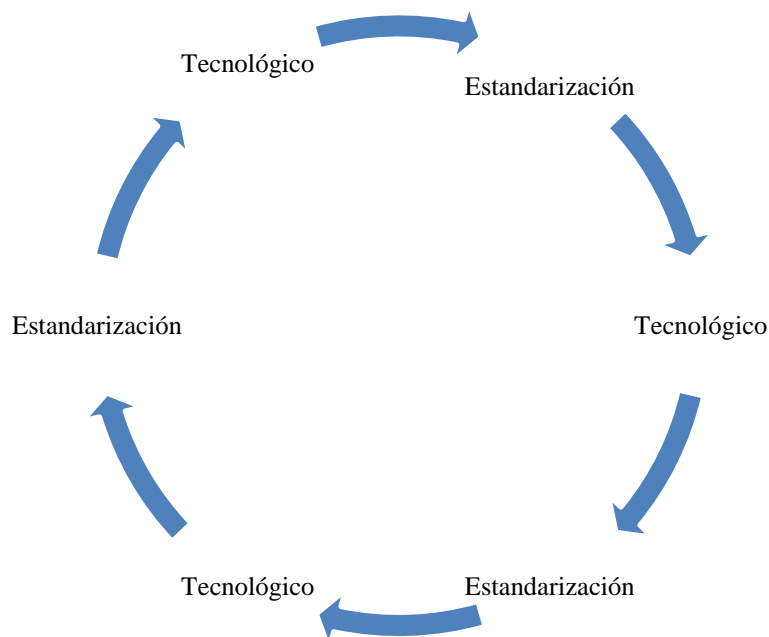
la conformación historia de un poder médico en las relaciones internacionales sea resultado tanto de una estandarización del conocimiento médico como de su aplicación.

De esta forma escapamos de una comprensión lineal del poder médico de las relaciones internacionales que respondería a este simple esquema (sucesión lineal).



Fuente: Elaboración propia

A lo largo de los capítulos veremos cómo eso se complica y se atraviesa a través de múltiples relaciones o de una relación cíclica o sucesión continua.



Fuente: Elaboración propia

Así, la historia de la medicalización de las relaciones internacionales responde al despliegue de un poder médico cuya red ha ido produciendo diferentes formas de *excelencia médica*. El relato de las relaciones históricas que establecen estas dos líneas, estandarización y tecnologías médicas, da cuenta de la producción de diferentes tipos de urdimbres o mallas de red responsables de la creación y transformación de la *excelecnia médica*.

2.3.2. Segunda aproximación. La función histórica.

Para continuar profundizando en la naturaleza del vínculo, la *excelencia médica*, establecido en la medicalización en las relaciones internacionales acudimos de nuevo a la explicación de Foucault de la naturaleza contingente del Dispositivo Médico. En este sentido Foucault aclara:

“por dispositivo entiendo una especie -digamos- de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante”.
(Foucault, 1991; 129)

De tal forma que la naturaleza del poder médico de las relaciones internacionales es algo indisociable de la función histórica por la que se constituyó. Como explicaremos en los capítulos históricos, la creación y por tanto el primer despliegue o formación que adquirió el poder médico en las relaciones internacionales respondió a las necesidades que encontró el imperialismo europeo, a mediados del siglo XIX, de enfrentar la enfermedad del cólera, que alcanzaba sus fronteras por las rutas marítimas imperiales y las enfermedades que encontraba en los territorios tropicales que en gran medida dificultaban su expansión. Esto supone que el origen de la *excelencia médica* esté ligado a la emergencia o aparición de dos tipos de poderes productivos, un poder geopolítico y un poder biopolítico.

Esto supone que para continuar aproximándonos a la comprensión del poder médico en las relaciones internacionales relacionemos su emergencia con un suceso singular en la *biohistoria*, entendida como:

“el efecto, a nivel biológico, de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII.” (Foucault, 1977: 3)²⁶.

²⁶ En la Conferencias que dedicó a la historia de la medicalización en la Universidad de Rio de Janeiro en 1977, Foucault mostró su interés por localizar su estudio de la medicalización dentro del estudio más amplio de la *biohistoria*. Foucault explicó su interés argumentando que “la historia de la especie humana no permaneció indiferente a la medicalización”. Para el filósofo francés éste era un campo de estudio que aún no estaba bien analizado pero ya circunscrito por los trabajos de los historiadores de la Escuela de los Annales Le Roy Ladurie y Jean Pierre Pete. Un año después de la conferencia impartida en Rio de

La singularidad que proporciona la aparición de un poder médico en las relaciones internacionales supuso el encuentro entre un proceso de unificación del globo por la enfermedad y un proceso de unificación del globo contra la enfermedad. A continuación explicamos las características de este encuentro a través de las investigaciones históricas de Le Roy Ladurie y Valeska Huber.

Los trabajos históricos señalan que el desarrollo del comercio, los flujos migratorios, las guerras y la colonización, donde destacó la del continente americano, posibilitaron un intercambio microbiano global entre zonas del planeta geográficamente distantes. El concepto de “uniformidad microbiana del mundo”, propuesto por primera vez en el trabajo de Le Roy Ladurie, hace referencia así al proceso histórico por el cual las enfermedades propias de ciertos territorios se universalizan (Le Roy Ladurie, 1989, 33-34). El motor de la “unificación microbiana del mundo” fue la expansión europea lo que Le Roy Ladurie expresa a través de sus propias palabras cuando afirma que: “la circulación de los microbios siguió la de los barcos, los flujos de cambio y la colonización que pusieron en contacto los diferentes continentes” llegando a considerar que la expansión europea durante los siglos XIV-XVI supuso “el más formidable traumatismo que hayan experimentado hasta hoy las masas humanas en América y en Eurasia” (Le Roy Ladurie, 1989, 33). Sin embargo, como advertía el historiador: “el proceso de unificación (no) se termina hacia 1600 o aún en 1700: la difusión del cólera en el siglo XIX bastaría para refutar este absurdo” (Le Roy Ladurie, 1989, 34)²⁷.

Las epidemias de cólera que azotaron Europa, que señala Le Roy Ladurie, supondrían un paso más en el proceso de uniformidad del globo por la enfermedad pero también como la historiadora Valeska Hurber ha señalado, la respuesta que los estados europeos dieron a las epidemias de cólera, a través de la organización de las primeras conferencias sanitarias internacionales, supusieron el inicio en 1851 de un proceso caracterizado por “la *unificación del globo contra la enfermedad*” (Huber, 2006; 454).

Janeiro, Le Roy Ladurie publicaba el importante artículo histórico, *Un concepto: 'la' unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII)*, donde apoyado en diferentes estudios demográficos analizaba las relaciones establecidas entre la enfermedad, las transformaciones de los regímenes económicos y las variaciones somáticas. Fidler sugiere el término *microbialpolitik* como un ámbito de estudio donde interactúan dos dinámica interrelacionadas; el impacto de las enfermedades infecciosas sobre las relaciones internacionales y el impacto de las políticas internacionales sobre las enfermedades infecciosas (Fidler, 1999; 302)

²⁷ La idea de David Fidler de *microbialpolitik* subraya las relaciones concomitantes que establecen los microorganismos y las relaciones internaciones (Fidler, 1998).

Según la historiadora fue en ese año cuando la organización de la primera conferencia sanitaria internacional, que se fueron repitiendo con gran periodicidad hasta 1937, “marcan el primer intento de abordar el problema de la propagación de la enfermedad a través de la cooperación internacional y la estandarización de procedimientos” en lo que influyó decisivamente los “nuevos descubrimientos sobre la causalidad del cólera (y) los intentos de fomentar la cooperación internacional en otros dominios (como la estandarización peso y medidas o las relaciones postales)” (Huber, 2006; 455).

Como veremos, en los capítulos históricos, no podemos limitar el origen del proceso de unificación del globo contra la enfermedad a la llegada del cólera a Europa porque eso supondría olvidar otros aspectos fundamentales que marcan la evolución de la biohistoria y que estaban sucediendo por la expansión europea en otros territorios. En África, donde la enfermedad era un problema para la expansión europea, el proceso de uniformidad por la enfermedad se había desarrollado de una manera singular. En el caso de este continente, esta uniformidad se encontró dificultada por la barrera natural del Sahara, que protegía al continente de las epidemias. Según Jhon Iliffe hasta la década de 1740 no hay constancia de una “plaga” que de modo simultáneo afectara los territorios subsaharianos y el norte de África. En todo caso, el desierto del Sahara no logró aislar patológicamente a África de otras enfermedades del eje euro-asiático porque las conexiones comerciales del este del continente con la India y las rutas de peregrinación a la Meca que atravesaban el norte del continente permitieron la llegada de la viruela, por lo menos en ciertas partes del continente, con anterioridad a la expansión europea²⁸ e igual sucedió con la peste bubónica que alcanzó el Congo y partes de Angola a mediados del siglo XVII y las costas de Senegal y Guinea a mediados del siglo XVIII (Iliffe, 1998; 13-14). La trata de esclavos fue la circunstancia histórica que aceleró la incorporación de África al proceso de uniformidad microbiana. El comercio de esclavos permitió el intercambio de otros patógenos entre América del Sur y África como la sífilis venérea que se introdujo en el continente africano y la fiebre amarilla que hizo lo propio en América (Iliffe, 1998; 93).

²⁸ El África occidental tenía una versión relativamente atenuada de la viruela cuando los europeos entre los siglos XVI y XVIII introdujeron sus variantes más virulentas a la vez que los microorganismos propios de la tuberculosis y la neumonía bacilar (Iliffe, 1998; 183).

La naturaleza imperial del vínculo, la *excelencia médica*, emerge por tanto históricamente en relación con un poder médico que produce la unificación del globo contra la enfermedad. A continuación veremos cómo también su aparición histórica es indisociable de un poder productivo sobre la población que tiene sus raíces en la experiencia colonial europea.

2.3.3 Tercera aproximación. La administración de la población.

La aparición del poder médico imperial sobre el territorio supuso inevitablemente la aparición de un poder sobre la población. Su origen está directamente relacionado con la intervención europea en África. Para comprender la naturaleza de este poder recuperamos la noción de biopolítica de Foucault.

La primera aparición del concepto de biopolítica en el pensamiento del filósofo francés se encuentra en el capítulo final de *La Voluntad del Saber*, un estudio cuyo propósito inicial iba a ser la publicación de diferentes volúmenes dedicados al estudio de la sexualidad (Foucault, 2005). Roberto Esposito, preocupado por los dilemas éticos que conllevan las formas de gestión de la vida y la muerte a comienzos del siglo XXI, explica que la aparición del término biopolítica no es algo original al trabajo de Foucault porque ya a lo largo del siglo XIX el término estaba presente en los enfoques científicos, el pensamiento eugenésico y durante el siglo XX en las políticas nacionalsocialistas (Esposito, 2006; 23). Para el filósofo napolitano la importancia de la propuesta biopolítica de Foucault no radica por tanto en ser el padre o creador de una nueva categoría del pensamiento político sino en revelar la auto-construcción histórica del concepto²⁹.

Según Foucault, los conocimientos que visibilizan las constantes, regularidades y variables que conforman la población aparecieron a partir del siglo XVIII en el pensamiento político europeo gracias al desarrollo de las estadísticas. La población

²⁹ En el interés por analizar la autoconstrucción histórica del concepto de biopolítica también hay que comprender la importancia que tuvo la crítica a la microfísica del poder que los estudios marxistas habían realizado. Diversos trabajos cuestionaron la naturaleza capilar y dispersa del poder porque limitaba sus posibilidades para estudiar mayores configuraciones de poder u ofrecer una consideración apropiada de la naturaleza y la organización del estado (Poulantzas 1987; 44 citado por Golder 2007; 171-172). La emergencia del “Biopoder” y la “biopolítica” en la *Voluntad del Saber* y en *Hay que defender al sociedad* supone en parte una respuesta a esas críticas al profundizar en su propuesta inicial para analizar el poder (Gordon; 1991; 4-5).

surge así, no como una masa informe sino como un conjunto de propiedades agregadas o colectivas que, yendo más allá de los accidentes individuales, presentan una serie de regularidades que pueden ser conocidas y por tanto manipuladas. Entre estas propiedades, Foucault se refirió a las estadísticas epidemiológicas, la natalidad, la mortalidad, la esperanza de vida, el conjunto de conocimientos médicos sobre la regularidad de las enfermedades... (Foucault, 2008; 26). Identificar estas propiedades agregadas o comunitarias permitía operar sobre ellas y administrar la vida incentivando por ejemplo la natalidad a través de medidas económicas, o reduciendo la enfermedad por medio de intervenciones salubristas en el medio.

Para Foucault, la aparición de la población supuso el origen de una nueva época en el desarrollo de la racionalidad política europea a la que denominó como gubernamentalidad y que supuso el surgimiento de una nuevo tipo de poder gubernamental a cuyo estudio histórico dedicó Foucault mucha atención, sobre todo, a una de sus racionalidades históricas más específicas como fue la gubernamentalidad liberal. La novedad histórica del poder gubernamental o biopolítico se tiene que comprender en relación al poder soberano que la precedía. El poder soberano operaba sustrayendo o expropiando la vida, mientras que el objetivo del poder biopolítico es su administración. La soberanía como economía de poder se relacionaba con la capacidad del soberano representada por la espada y fijada en la norma del “derecho a matar y dejar vivir” que expresaba su autoridad para excluir, privar de libertad y dar muerte. O en las propias palabras de Foucault:

“El soberano no ejerce su derecho sobre la vida sino poniendo en acción su derecho de matar, o reteniéndolo; no indica su poder sobre la vida sino en virtud de la muerte que puede exigir. El derecho que se formula como "de vida y muerte" es en realidad el derecho de *hacer* morir o de *dejar* vivir. Después de todo, era simbolizado por la espada”. (Foucault, 1991; 81)

En este caso, la población aparecía como una masa informe o amorfa – populacho- con la que el soberano trataba de poblar su territorio para explotarlo económicamente o aumentar la soldadesca de sus tropas para conquistar otros nuevos o afianzar sus posesiones. El aumento de la población suponía la posibilidad de incrementar la fuerza de sus ejércitos, la producción de sus dominios o la recaudación de impuestos. En cambio, el poder biopolítico produce un conjunto de conocimientos y saberes que tendrán la capacidad de promover una serie de regulaciones y normas con las que

administrar distintas variables de la población. Frente a la expresión uniforme de un poder soberano, directo y posicional, el poder poder biopolítico despliega históricamente un tipo de poder disposicional en cuanto que propone una ordenación de las variables de forma conveniente para lograr un fin y una serie de conocimientos para regular diferentes variables de la población reconociendo así su capacidad para administrar la vida y ya no solo de sustraerla.

Este poder biopolítico opera para Foucault a través de dos líneas de fuerza, la disciplina o anatomo-política y la biopolítica propiamente dicha. La disciplina es una economía de poder que se expresaría tradicionalmente en espacios cerrados donde los movimientos y los tiempos del sujeto son sistematizados como por ejemplo, en la vida monacal y en los talleres fabriles (Foucault, 1991; 83). La norma adecúa al individuo a un tipo de comportamiento y lo hace un sujeto más dócil, productivo, u obediente pero también opera sobre el espacio para controlar y vigilar el territorio. La otra línea de fuerza la biopolítica propiamente dicha está relacionada con la producción de una serie de conocimientos que permiten calcular y gobernar los fenómenos de la población como especie biológica (biopolítica).

Un aspecto que consideramos central de la comprensión y el estudio de la biopolítica que presenta Foucault al final de la *Voluntad del Saber* es la emergencia de la paradoja biopolítica. Con la paradoja biopolítica Foucault propone el estudio de las condiciones históricas que permiten la emergencia de un poder soberano dentro de un poder biopolítico. A continuación explicamos el significado que Foucault otorga a la aparición de la “paradoja biopolítica” para luego adecuarlo a nuestra investigación.

La aparición histórica de un biopoder que hace de la población un conjunto de variables, que son a la vez objeto de cálculo y objetivo de la acción política, supuso para Foucault la superación de:

“lo que se podría llamar "umbral de modernidad biológica" de una sociedad (que) se sitúa en el momento en que la especie entra como apuesta del juego en sus propias estrategias políticas” (Foucault, 1991; 85).

Para Foucault atravesar ese umbral no supuso romper históricamente con la modalidad de poder soberano anterior sino la aparición de una contradicción a la que el filósofo francés denominó la “paradoja biopolítica” y cuyo significado expresa sin ambages en uno de sus aforismos más conocidos:

“Durante milenios, el hombre siguió siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y además capaz de una existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente” (Foucault, 1991: 85).

Por tanto, la aparición de la “paradoja biopolítica” refiere a la situación por la cual la multiplicación de técnicas para administrar la vida y regular los procesos biológicos de la población y el individuo se vuelven a la vez la principal amenaza para su supervivencia (Foucault, 1991). La paradoja biopolítica supone reconocer que la emergencia de un poder productivo sobre la vida no significa la superación histórica de un poder soberano sino paradójicamente la posibilidad de su reemergencia. Por tanto más que una ruptura histórica entre una época de soberanía y una época biopolítica lo que Foucault indica es la posibilidad continua de re-emergencia de un poder soberano.

Para Foucault la paradoja biopolítica presenta un problema filosófico, ético e histórico caracterizado por la posibilidad real de una guerra total donde la supervivencia de una población se daría a costa de la aniquilación de otra (Foucault, 1991; 82). La experiencia histórica que supuso el holocausto judío influyó en la aparición de una reflexión crítica sobre cómo los propios avances tecnológicos, burocráticos y estatales de las modernas sociedades europeas que habiendo mejorado el bienestar de su población, también habían posibilitado la capacidad real de exterminar a grandes masas (Bauman, 1997). La conclusión fundamental a la que nos conduce Foucault es comprender que la emergencia de un poder biopolítico no supone la desaparición de un poder soberano sino que es, muy al contrario, la condición o posibilidad histórica para su reaparición.

Nuestro estudio presenta una serie de derivaciones respecto al análisis de Foucault a cerca de la Biopolítica y la paradoja biopolítica que a continuación explicamos en relación a África con el objetivo de profundizar en el significado histórico de la *excelencia médica* como el vínculo característico del poder médico en las relaciones internacionales.

2.4. Estudios Biopolíticos.

Podemos ordenar su producción en dos grandes grupos. Un primer grupo estaría englobado por estudios procedentes de la antropología y la sociología de la medicina donde encontramos diversos autores como Nikolas Rose, Paul Rabinow, Donna

Haraway que comparten el interés por analizar la influencia del conocimiento médico en la reconstrucción continua del significado ontológico del ser humano, no como un objeto externo o previo al conocimiento médico sino como un constructo o producto en cuya elaboración ha participado esa mirada médica (Haraway, 1991). El poder médico aparece así, no como algo individualizador, sino como un tipo de poder productivo que construye el propio cuerpo. Este enfoque lo han recuperado los estudios antropológicos y la sociología de la ciencia que han continuado desarrollando el interés de Foucault sobre la medicina para aplicarlos al análisis de la evolución de diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, cómo producen el cuerpo humano y conducen las conductas personales (Petersen y Bunton, 1997; Jones y Porter, 1994). Un segundo grupo de estudios serían aquellos procedentes de la filosofía política donde destacan, entre otros, los trabajos de Giorgio Agamben y Michael Hardt y Antonio Negri o Roberto Esposito. Nuestro estudio recupera y dialoga con los trabajos pertenecientes a este segundo grupo donde destacan dos obras, *Imperio* de Hardt y Negri y *Homo Sacer* de Agamben que repasamos a continuación para señalar los diferentes horizontes o proyectos biopolíticos que proponen y cuyas posibilidades y límites ponemos en dialogo con los intereses de nuestra investigación.

2.4.1. Biopolítica Liberal.

En su libro *Virus Alert* Stefan Elbe considera que la securitización del VIH/SIDA incorporó las políticas de seguridad a la “era de la gubernamentalidad”, que el autor identifica con las características con las que Foucault explicó el surgimiento de la biopolítica liberal. El surgimiento de la gubernamentalidad liberal fue una de las líneas de investigación a las que el filósofo francés dedicó más atención en sus cursos del Collège de France. Podemos señalar que sus principales características eran, el surgimiento de una economía política en el siglo XVIII cuyas principales características eran: el surgimiento de una economía política o conjunto de conocimientos, cuyo objetivo es liberar las circulaciones negativas para promover el bienestar de la población y la circulación de los bienes; la triangulación de tres economías de poder con el objetivo de mejorar el bienestar de la población (soberanía, anatomo-política y gubernamentalidad); el gobierno indirecto de la población a través de la administración de sus variables lo que supone la aparición de una economía política que conoce las diversas variables que constituyen la población como un objeto de cálculo e

intervención y las regula con el objetivo de impedir que las circulaciones nocivas limiten su bienestar (Elbe, 2010, 59-60). A continuación presentamos las razones por las cuales consideramos que el origen y desarrollo histórico de un poder médico en las relaciones internacionales se distancia de la interpretación que hace Elbe del trabajo de Foucault.

En primer lugar creemos que la naturaleza histórica de un poder médico en las relaciones internacionales no se ha limitado a promover el bienestar y el cuidado de la viuda. Es decir, su despliegue no ha quedado limitado históricamente a los principios de la biopolítica liberal que Stefan Elbe propone. En el desarrollo histórico del poder médico de las relaciones internacionales hay ejemplos de exclusión o normalización que no busca la promoción de la salud; por ejemplo las políticas coloniales de salud en África (Vaughan, 1997) o las reformas neoliberales introducidas desde la década de 1980 en los sistemas de salud africanos (Cheru, 2004). Por eso creemos que la interpretación liberal que promueve Elbe podría estar desplazando el interés por analizar la persistencia de otras formas de gobierno más coercitivas (Selby, 2007). En este sentido son acertadas las críticas de Jonathan Joseph quien recuerda que el hábitat original de la gubernamentalidad fueron las sociedades y los modernos estados occidentales por lo que cuestiona la aplicación del concepto “fuera de su contexto liberal (es decir, a las partes no-liberales del mundo)” (Joseph, 2010: 232-233). Más adelante Jonathan Joseph (2010; 224) y Jan Selby (2007; 325) critican que la aplicación del concepto de gubernamentalidad estaría contribuyendo a la expansión internacional del liberalismo y desplazando el interés por analizar la existencia de otras formas de coerción o normalización internacional. Sin embargo, consideramos que el problema no responde tanto a la obra de Foucault, sino a la recepción y uso que Elbe hace de ella. El investigador realiza una transposición directa del estudio histórico de la gubernamentalidad (liberal) que Foucault desarrolló en sus cursos del Collège de France. De esta forma Elbe, descontextualiza el estudio histórico de Foucault sobre la aparición de una forma concreta de gubernamentalidad en los estados europeos de finales del siglo XVIII para hacer de ella una teoría extrapolable a otros contextos políticos e históricos; es decir internacionaliza una experiencia política europea más allá

de sus fronteras y su tiempo histórico³⁰. Además el filósofo francés no se interesó solo por el liberalismo sino que también analizó su evolución hacia otras gubernamentalidades neoliberales que se adecuarían más al contexto político-histórico que estudia Elbe. Por ejemplo, Foucault estudió en *El Nacimiento de la Biopolítica* la evolución histórica de esa gubernamentalidad liberal a través del trabajo desarrollado por dos Escuelas; el ordoliberalismo alemán y el neoliberalismo estadounidense (Foucault; 2009). El liberalismo avanzado ha sido un ámbito de investigación estrechamente vinculado a las problemáticas políticas del ascenso de los gobiernos de Thatcher y Reagan y desarrollado por un conjunto de investigadores británicos después de la muerte de Foucault³¹. A estas diferencias debemos agregar que el estudio del liberalismo desde las lentes de la gubernamentalidad se aleja de considerar a este como una teoría o una doctrina para analizarlo como una actividad de gobierno (Dean, 2010; 133).

Aunque como hemos indicado no podemos considerar que el proyecto histórico del poder médico en las relaciones internacionales haya respondido exclusivamente a reforzar el bienestar de la población tenemos que señalar la existencia de diferentes excepciones o gubernamentalidades que sí lo han perseguido. Por ejemplo las redes de medicina social de entreguerras reforzaron la salud de la población en base a una economía política de la salud que intervino sobre diversos aspectos, sociales, económicos, medio ambientales (Weindling, 1995) o los modelos revolucionarios de la Atención Primaria en Salud en Tanzania fueron un ejemplo de biopolítica reguladora no liberal que, sin estar exenta de ejercicios de violencia y coerción, dirigió sus actividades

³⁰ Elbe se aleja así del interés expresado continuamente por el filósofo francés en sus Cursos del Collège de France de realizar un análisis histórico del poder que escapara de cualquier intento de crear una teoría sobre él. Por ello, las herramientas que usó para su análisis siempre estuvieron dispuestas para profundizar en la naturaleza mutable y productiva del poder lo que difícilmente casa con el interés por construir una teoría trasladable a otros espacios y épocas. La medicalización internacional no es un proyecto definido y externo a la contingencia histórica.

³¹ También diferentes investigaciones han continuado el estudio de la racionalidad neoliberal donde destacan las obras de Colin Gordon y Nickolas Rose que supusieron el surgimiento a finales de la década de 1970 del desarrollo de los Estudios de Gubernamentalidad que reunió trabajos de Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda. La idea común de estas publicaciones fue dar una respuesta académica crítica a las reformas emprendidas por las administraciones de Margaret Thatcher y Ronald Reagan sin caer en los enfoques de orientación marxistas que sigue apostando por comprender los matices y agendas plurales del neoliberalismo (Barry, Osborne, and Rose, 1996; Burchen, Gordon and Miller, 1991). La aplicación actual de diversos conocimientos, aparatos, benchmarking y actividades alejan comprender el gobierno liberal como un valor ideal, normativo, teórico o encerrado en los intereses de cierta clase para comprenderlo como una “acción de gobernar” o un gobierno en acción

tanto a conocer las necesidades sanitarias de la población como a intervenir para mejorar su salud y bienestar (Djuklanovic y Mach, 1976; 65-70). La biopolítica liberal entendida como una acción de gobierno supone no solo el despliegue de tecnologías específicas para reforzar el bienestar de la población sino que requiere producir formas de cálculo y conocimientos que hagan identificables y operables las regularidades que constituyen la población, para alcanzar diferentes objetivos históricos que no han sido exclusivamente su bienestar sanitario. En ese sentido el poder médico de las relaciones internacionales ha dado históricamente una localización especial a África como espacio de producción del conocimiento médico. El continente fue atravesado por ensayos, comisiones, viajes de investigación y redes transnacionales de Medicina Tropical desde finales del siglo XIX que hicieron de África un laboratorio natural para el desarrollo de las ciencias de la salud, parasitología, entomología, medioambiente, Medicina Tropical (Tilley, 2011). Y así continuó siéndolo durante la Guerra Fría (Packard, 1997; Corbellini, 1998). Más cerca de nuestro presente, como veremos en los últimos capítulos en un contexto neoliberal, la participación de la población africana como conejillos de indias en los ensayos clínicos y las investigaciones farmacéuticas fue el único recurso disponible para acceder a cierta asistencia sanitaria (Nguyen, 2010). Nuestra investigación refuerza la idea de la población que presenta la biopolítica en su dimensión de “producción y reproducción de la vida” como objeto de investigación. La población africana ha sido gobernada en muchos casos como veremos a través de los propios procesos de investigación desarrollados en su territorio en donde en muchos casos ha estado ausente enfoques de salud preventiva, criterios éticos y esquemas de salud pública violándose protocolos de investigación (Graboyes, 2014). Los ejemplos coloniales de la malaria, la tripanosomiasis y los conocimientos requeridos para desarrollar programas internacionales de alcance global como la erradicación de la malaria y la de la viruela exigieron antes de su despliegue grandes esfuerzos para producir los conocimientos requeridos para el diseño y desarrollo de sus estrategias de actuación. (Ogden, 1987; White, 2005). África ha jugado un papel central en la producción de esos conocimientos

A continuación repasamos otros trabajos que han usado la biopolítica para profundizar en otros proyectos de investigación de la gubernamentalidad demostrando así que su uso no conlleva inevitablemente la extensión de una visión liberal y poco crítica al poder médico de las relaciones internacionales y sí la producción de otras formas de economía política de la salud.

2.4.2. Biopolítica y capitalismo.

Imperio de Michael Hardt y Antonio Negri desarrolla el concepto de biopolítica de Foucault criticando que el filósofo francés no analizara el origen y la expansión de la biopolítica como el resultado del propio desarrollo histórico del capitalismo (Hardt y Negri, 200; 28). Para Hardt y Negri el desarrollo del capitalismo en los siglos pasados fue posible gracias al ejercicio de una biopolítica normalizadora que disciplinaba a la población. Sin embargo, para los autores en la actualidad sería el propio proceso biopolítico de regulación de la población lo que permitiría la acumulación de capital. Como en *Imperio* se señala:

“el poder se vuelve enteramente biopolítico, todo el cuerpo social queda comprendido en la máquina del poder...La sociedad, subsumida dentro de un poder que llega hasta los núcleos de la estructura social y sus procesos de desarrollo, reacciona como un único cuerpo. El poder es entonces expresado como un control que se extiende por las profundidades de las conciencias y cuerpos de la población -y al mismo tiempo a través de la totalidad de las relaciones sociales” (Hardt y Negri, 200; 26).

De esta forma el poder productivo colonizaría todas las formas de vida sin que hubiera un campo exterior al mismo. Sin embargo, en esta situación, la vida en sus diferentes formas de emergencia constituirían desde el interior de ese ejercicio de poder y de manera constante formas de contestación y resistencia (Hardt and Negri, 2000; 39).

En las relaciones internacionales hay políticas que expresan el horizonte biopolítico que proponen Hardt y Negri. Por ejemplo, ciertas políticas neoliberales que regulan la vida de la población africana son a la vez la principal causa de la producción de mala salud. Como veremos en los últimos capítulos, desde finales del siglo XX diferentes estrategias o “economías políticas de la salud” propias al lenguaje de mercado y la austeridad fiscal han reformado los sistemas de salud de los estados africanos regulando en base a criterios económicos el acceso de la población a sus servicios y causando perjudiciales efectos sobre su salud (Millen, Irwin, Gershman y Kim, 2000). Por ejemplo, la reducción en las capacidades y prestaciones de los servicios públicos de salud que impusieron las políticas de ajuste estructural participaron activamente en la extensión del VIH/sida en África (Poku, 2002; Cheru, 2002). En esas circunstancias, como veremos en los últimos capítulos, fueron apareciendo en las sociedades africanas

una forma de cuidado médico desarrollada por la comunidad y basada en la formación de colectivos de apoyo y acompañamiento a enfermos de VIH/SIDA (Robins, 2006). Estos colectivos fueron la punta de lanza para luchar contra el oprobio y la estigmatización que sufrían los enfermos de VIH. Desde sus estructuras y asambleas se desplegaron estrategias locales para comprar y distribuir los medicamentos antiretrovirales y denunciar las leyes comerciales que impedían el acceso a los medicamentos antiretrovirales. La actuación en red de diferentes grupos de apoyo localizados en diferentes continentes (ACT-up, Life Positive, TASSO...) junto a la actuación de estados como Suráfrica, Brasil o India y otras organizaciones sociales demandaron un acceso real a los antiretrovirales para la población africana (Schneider, and Fassin, 2006). Todo ello reflejaría una de las tesis de *Imperio* porque el poder neoliberal que produce y reproduce la vida, y regula la falta de acceso a la atención sanitaria de la población africana, estaría siendo contestada desde su interior, a través de la organización de formas de resistencia basadas en la comunidad y el cuidado médico (Altman, 2004, Nguyen, 2010).

Pero también en el despliegue a comienzos del siglo XXI de un poder médico en las relaciones internacionales se produjeron otras formas de resistencias más cercanas a la lectura que Aihwa Ong hace de *Imperio*. La investigadora ofrece una visión alternativa del neoliberalismo comúnmente visto como una doctrina económica que busca limitar el alcance del gobierno y una forma de capitalismo depredador con efectos adversos en el Sur Global. Ong analiza el neoliberalismo como una tecnología de gobierno extraordinariamente maleable que al ser adoptada de diferentes regímenes políticos en Asia (autoritarios, democráticos o comunistas) produce diferentes formas de ciudadanía (Ong, 2006). De igual manera algunas de las estrategias para hacer accesible los medicamentos antiretrovirales no se basaron tanto en impugnar las tecnologías neoliberalismo, que excluían a grandes masas de la población africana del acceso a los medicamentos, sino en usar las propias estrategias y racionalidades neoliberales. Así, los activistas incentivaron la competencia entre los ART genéricos y los de marca publicando listas de precios y su evolución anual lo que influían directamente en los pedidos de compra y abastecimiento de estos fármacos obligando a las grandes cooperaciones farmacéuticas a explicar la causas de la fijación de precios (Smith and

Siplon, 2006)³². Otro uso de las lógicas neoliberales para aumentar el acceso a los medicamentos ART fue comprender que el VIH/SIDA era una de las principales barreras para que los estados y las sociedades africanas pudieran incorporarse a la economía global. El acceso a los medicamentos salvaría a las poblaciones pero también capacitaría a los estados para unirse al paradigma neoliberal del crecimiento. (Sparke, 2009).

Sin embargo, a diferencia del proyecto biopolítico que propone Hardt y Negri, nuestra investigación considera que el despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales no ha supuesto una clara transición histórica entre un poder disciplinario a un poder biopolítico. A lo largo de la historia de las relaciones internacionales se han combinado tecnologías médicas de normalización y regulación. Hardt y Negri recuperan la lectura de *Post-scriptum* de Gilles Deleuze que sostiene el paso de una sociedad disciplinaria a una sociedad reguladora (Deleuze, 1995)³³. Aihwa Ong critica esta transición al considerar que en la actualidad conviven elementos característicos a una sociedad de control como por ejemplo el trabajo disciplinario que se desarrolla en las maquilas o la normalización del individuo como empresario de si mismo con redes transnacionales más flexibles, que regulan el mercado laboral en base a diferentes índices, criterios y tendencias de consumo (Ong, 2006; 21). En el despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales y por ello en la reproducción histórica de la excelencia médica tampoco observamos esa ruptura; es decir no se pasa de un poder médico normalizador a un poder médico regulador. Por ejemplo, durante las dos primeras décadas del siglo XXI podemos observar, como veremos en el último capítulo, el despliegue de tecnologías de gobierno de la población propias a un poder soberano de exclusión como sería los cordones sanitarios o las vacunaciones obligatorias, junto a políticas normalizadoras que adecúan la conducta sexual de la persona a un conjunto de

³² El VIH/sida se volvió la enfermedad o el principal problemas de salud por el que los estados y las poblaciones no podían incorporarse a la economía global. De tal forma, una ayuda limitada y excepcional estaba justificada para salvar a las poblaciones y capacitar a los estados para integrarse dentro de la economía globalizada (Sparke, 2009).

³³ Aunque la interpretación de Deleuze es más profunda e interesante siendo una de las lecturas fundamentales para la comprensión filosófica de Foucault y en el terreno personal forjó una amistad cuya ruptura significó la exploración de Foucault del Nacimiento de la Biopolítica. Sin embargo en los estudios de los Cursos del Collège de France *El Nacimiento de la Biopolítica y Seguridad, Población y Territorio Foucault* analizó el surgimiento y la evolución de la gubernamentalidad dentro de un análisis histórico del desarrollo de la emergencia y transformación de diferentes racionalidades de gobierno como eran: el pastoralismo, el cameralismo, el mercantilismo (Foucault, 2008; 2009)

prácticas consideradas como seguras y a un poder biopolítico que identifica qué grupos de riesgo o perfiles epidemiológicos requieren una intervención médica. A lo largo de la historia de la medicalización de las relaciones internacionales estos tres poderes, soberanía, disciplina, gubernamentalidad, en vez de superarse crearon diferentes diálogos.

Aunque la lectura de Hardt y Negri sea más extensa *Imperio* propone un diálogo con ciertas posiciones tradicionales de la izquierda marxista y la teoría crítica con el objetivo de reconfigurar el mapa de la izquierda (Rabinow and Rose, 2006; 199). Sin embargo, nuestro proyecto histórico de estudio de la medicalización de las relaciones internacionales no responde a esta revisión de la izquierda ni considera tampoco que el despliegue histórico de un poder médico en las relaciones internacionales haya respondido en exclusividad a las fuerzas de explotación capitalistas. Es decir nos alejamos de considerar que las fuerzas que impulsan la producción y reproducción de un poder médico en las relaciones internacionales respondan principalmente al incremento de la producción y el capital. Desde tiempos coloniales han existido otras fuerzas que han impulsado el despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales. Estas han estado vinculadas a las formas o representaciones culturales y heteronormativas que han ido forjando un imaginario de superioridad desde el que se ha inferiorizado a las poblaciones africanas (especialmente a las mujeres) y se han presentado sus sociedades como culturas carentes de higiene e hipersexuales (Gilman, 1985). Las fuerzas históricas que han impulsado la medicalización de las relaciones internacionales no han respondido solo a la instrumentalización capitalista de un conocimiento médico ni a la superioridad de la fuerza productiva sobre otras fuerzas históricas. Además, el poder médico en las relaciones internacionales ha sido mucho más quebradizo e inestable requiriendo mutar más que de adoptar formas estructurales cerradas y firmes que respondieran a una sola lógica o interés como sería la acumulación de capital.

2.4.3. Tanatopolítica.

Giorgio Agamben (1998) ha elaborado una de las revisiones más importantes del concepto de biopolítica conocido como tanatopolítica. En sus tres volúmenes dedicados al *Homo Sacer* el filósofo italiano critica que Foucault no considerara la sobre determinación histórica del poder soberano de exclusión sobre el poder biopolítico-productivo. De acuerdo con Agamben, la política no descansaría tanto en la diferencia

tradicional entre amigo y enemigo (que veíamos en el anterior capítulo relacionada con la obra de Carl Schmitt) sino en considerar que desde la antigüedad todas las políticas de Occidente deberían ser comprendidas como biopolíticas que diferencian lo que denomina el *zoé* que serían los seres humanos condenados a ser solo “pura vida” (*zoé*), donde destaca la figura del *homo sacer* – aquel cuyo cuerpo no sirve ni para ser sacrificado y el *bios* que sería los seres humanos con “existencia política y legal” (*bios*) (Agamben, 1998; 9). Agamben considera que la inclusión dentro de una comunidad política (*bios*) es posible por la simultánea exclusión de unos seres humanos a los que no se les permite su consideración de ser totalmente sujetos legales (*zoé*). De acuerdo con Agamben, “el comienzo de la relación jurídico-política es la prohibición” (1998; 189) que actuaría como una línea de frontera o separación que inaugura un espacio privado de cualquier tipo de protección legal (*zoé*). Para el filósofo italiano nuestro presente es el catastrófico punto final de esta tradición política cuyo origen está en la antigua Roma y que llega hasta los campos de concentración. La hipótesis del campo de concentración es el horizonte político que abre la modernidad y el “paradigma biopolítico de Occidente” (1998; 181) en cuanto que representa la desaparición de la diferencia entre el gobierno y la excepción porque en ellos la ley y la excepción se entrelazan de manera indistinguible. En estos espacios no hay sujetos legales sino “zoe” y administración de la muerte. Estos espacios de excepción estarían para Agamben reproduciéndose en el presente en figuras como los refugiados y pacientes paliativos (exclusión de tratamientos, estigmatización) (Lemke, 2005; 167)³⁴. Por ello, para Agamben, la biopolítica es por encima de todo “tanatopolítica” (1998; 122;). Mbembe usa la idea de necropoder y necropolítica para describir los mecanismos por los que se establece y mantiene un control sobre quién puede vivir y quién debe morir lo que analiza con extensión a través del estudio de la ocupación colonial, específicamente en la evolución del colonialismo tardío (ejemplificado con Sudáfrica) al de la actualidad (ejemplificado con Palestina) (Mbembe, 2011). Para Mark Duffield, las agendas y las políticas internacionales de desarrollo no tratan tanto de mejorar la vida de las personas, ni reforzar su libertad, sino de gobernarlas comprendiéndolas como un tipo de población

³⁴ El estudio de la biopolítica racista lo desarrolló Foucault en el curso del Collège de France *Hay que Defender a la Sociedad* vinculada a las implicaciones de una “guerra total” donde la supervivencia de un grupo social pasaría por el exterminio de su contrario (Foucault; 2000).

sobrante que al amenazar la forma de vida de Occidente hace que sea imperativo reducir la pobreza y desarrollar las regiones inestables del mundo (Duffield, 2007).

Sin embargo, también encontramos diversos ejemplos cercanos al horizonte tanatopolítico en la historia del poder médico de las relaciones internacionales. En la construcción de los estados nacionales modernos participó activamente el ejercicio de un poder médico. El caso más conocido es el de las políticas eugenésicas. Por ejemplo Allison Bashford analiza el papel de la medicina estatal en la construcción de una “Australia blanca-Australia civilizada” que según la autora requería construir las estructuras territoriales y administrativas necesarias para proteger a sus ciudadanos de los riesgos biológicos provenientes de otros territorios y poblaciones cercanas. De tal forma que las fronteras sanitarias combinaban el lenguaje de la medicina y la epidemiología (epidemia, contagio, inmunidad) con el vocabulario de la defensa nacional (protección, invasión, seguridad). Las cuarentenas jugaron así una importante influencia en la imaginación de una Australia como una isla-nación amenazada por la invasión de enfermedades infecciosas (Bashford, 2004; 116). Según la autora desde mediados del siglo XIX las cuarentenas y los cordones sanitarios aplicados en Australia trataban de defender la isla-continente y su población de los riesgos biológicos de las epidemias foráneas pero sobre todo perseguían impedir la entrada y el asentamiento de la población asiática. Las cuarentenas trataban de asegurar que la identidad de Australia fuera blanca-europea (Bashford, 2000). Otras gubernamentalidades biopolíticas que encierran un importante conocimiento médico fueron las políticas eugenésicas desarrollada en muchos estados europeos desde mediados del siglo XIX y donde el conocimiento médico trató de seleccionar qué tipo de población iba a participar de la construcción nacional dotándola por ello de las condiciones de ciudadanía, mientras excluía a otras grandes masas de la población como enfermos y migrantes de esta titularidad³⁵. Por ejemplo, en el surgimiento histórico de las intervenciones de salud pública de Estados Unidos tuvieron una gran importancia las medidas de control sanitario migratorio que trataban de prevenir la entrada de enfermedades infecciosas por sus puertos.

³⁵ Alison Bashford y Philippa Levine recopila diferentes ejemplos históricos de políticas eugenésicas durante el siglo XIX y XX desarrolladas en estados europeos, americanos y asiáticos (Bashford, 2010)

Las autoridades de Estados Unidos, como las europeas, emplearon las cuarentenas y el aislamiento en respuesta a intereses no exclusivamente sanitarios. En el caso de Estados Unidos como una forma de “justificación médica para aislar y estigmatizar a grupos sociales denostados por otros motivos” particularmente inmigrantes y minorías raciales que amenazaban el orden social (Markel, 1997; 4). La creación de la estación cuarentenaria de Ellis Hospital, en Long Island para evitar que los migrantes europeos introdujeran el cólera en Estados Unidos realizaba pruebas médicas que excluían a la población considerada enferma o inválida para la construcción de la nación estadounidense (Maddern, 2008; 359)³⁶. En 1900, las autoridades sanitarias de San Francisco ante el temor a una epidemia de peste bubónica acordonaron el distrito conocido como Chinatown donde residía la población china considerada popularmente como un foco natural de la enfermedad. Otro caso conocido fue el de la irlandesa Mary Mallon, popularmente conocida como 'Typhoid Mary', quien fue encarcelada durante 25 años en una pequeña isla cercana a la ciudad de New York acusada de transmitir la fiebre tifoidea en los platos que cocinaba (Kraut; 1994: 78-104). La construcción de ciudadanía no es por tanto exclusivamente un proyecto normativo asociado a una serie de normas y dispositivos legales sino que también fue un proyecto biopolítico que requirió de actuaciones médicas (Markel, 1999). El ejemplo más característico de esta sobre determinación del poder soberano son las políticas coloniales de salud. El estudio de Megan Vaughan sobre las políticas de salud durante el gobierno colonial británico en África propone un poder soberano basado en las políticas racistas de exclusión y dominación que se impusieron a un poder biopolítico (Vaughan, 1991). Pero las resistencias que la población africana opuso a las políticas sanitarias lo que obligó que las autoridades coloniales tuvieran que modificarlas continuamente. Por ejemplo, en algunos periodos del gobierno indirecto británico se dejó en manos de las autoridades

³⁶ En el origen de la medicalización de las relaciones internacionales EEUU jugó un interesante doble papel. Por un lado las enfermedades provenientes de Europa y Asia influyeron decisivamente en los comienzos de la organización de su salud pública pero también la creación de cuerpos y fundaciones específicas para vigilar y luchar contra la enfermedad más allá de sus fronteras fueron incorporándose a su política exterior. Respecto a lo primero es interesante repasar cómo los comienzos de las políticas de salud pública en EEUU estuvieron influidos por la amenaza que suponía la población y migrante en la propia construcción sanitaria de la nación. Para Dorothy Porter, las intervenciones en salud pública en Estados Unidos durante el siglo XIX fueron conducidas, diseñadas y dominadas por iniciativas locales y voluntarias. Al contrario que en Inglaterra donde las intervenciones en salud pública fueron impulsadas por el gobierno central y ejecutado por los gobiernos locales o las medicalizaciones de Francia (ciudad) y las de Alemania (policía sanitaria) (Porter, 1999; 111).

nativas el control de la tripanosomiasis. Así las autoridades coloniales adoptaron los conocimientos ecológicos que las sociedades africanas practicaban históricamente para prevenir la enfermedad (Hoppe, 1997). Además durante el colonialismo las políticas médicas también desplegaron otros tipos de poderes diferentes al soberano, como un poder normalizador sobre la conducta sexual, o el cuidado materno infantil que buscaba transformar la población nativa y producir un tipo de sujeto colonial (Stoler, 2010).

Como los estudios anteriores muestran en momentos históricos o situaciones concretas del presente, la medicalización de las relaciones internacionales ha dialogado con el interés expuesto por Agamben. Sin embargo creemos que existen cinco argumentos para considerar que la historia del poder médico en las relaciones internacionales no se ha limitado a la sobre determinación de un poder soberano sobre un poder biopolítico. En primer lugar la historia demuestra la existencia de políticas internacionales de salud pública dirigidas a mejorar el bienestar de la población y planificar la atención sanitaria lo que reflejaría la existencia de un poder biopolítico dedicado a la administración que cuestionaría la exclusividad del proyecto tanatopolítico (Djukanovic y March, 1976). La segunda, como Thomas Lemke, critica la tanatopolítica está más interesada en la amenaza continua de la muerte y la creación constante de una frontera de exclusión que en el estudio de la existencia de otros rasgos fundamentales de la biopolítica como son la disciplina, la normalización o la resistencia (Lemke, 2005; 169). La tercera razón es que Foucault demostró cómo el ejercicio de un poder soberano está relacionado no solo con la ejecución y el derecho de muerte, que se acerca más a la idea de tanatopolítica, sino también con otro tipo de actuaciones como son las celebraciones, ceremonias, desfiles, coronaciones, aniversarios que son actos cargados de simbolismo que difieren de las ejecuciones y la exclusión, pero que también fortalecen la autoridad del soberano. En el caso de la medicalización de las relaciones internacionales –el poder médico internacional- se expresa continuamente por ejemplo a través del uso de las tecnologías médicas para “ganar mentes y corazones” lo que refuerzan la autoridad médica (McInnes and Rushton, 2014). La cuarta es que en la medicalización de las relaciones internacionales un poder soberano no ha supuesto o se ha limitado al continuo y exclusivo ejercicio de un derecho a la muerte, la dominación o la explotación. Los gobiernos de los estados africanos usaron las políticas de salud para descolonizarse, construir históricamente sus principios de estatalidad y su autoridad soberana sobre el territorio y la población (White, 2005; Illiffe, 1998). Por último el quinto argumento

recupere de nuevo el trabajo de Lemke que cuestione en este caso la propuesta de Agamben porque universaliza un pensamiento propio a la tradición política europea lo que supondría excluir la existencia de otras constelaciones políticas alejadas de las figuras del derecho romano, la modernidad occidental y la tradición política europea (Lemke, 2005; 170).

Como hemos visto a lo largo del apartado los Estudios Biopolíticos ofrecen interesantes aportaciones para comprender el despliegue histórico de un poder médico en las relaciones internacionales. Sin embargo como ya hemos señalado e iremos viendo en los capítulos históricos, el origen y la evolución de un poder médico en las relaciones internacionales no queda limitado a la reproducción de los tres proyectos u horizontes biopolíticos repasados. Esto se debe a que el despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales ha requerido como señala Foucault en su estudio sobre el Dispositivo:

“una revisión, un reajuste de los elementos heterogéneos que surgen aquí y allá. Proceso, por otra parte, de perpetuo relleno estratégico” (Foucault, 1991; 129)...

Esto supone que comprendamos que la red que constituye el poder médico en las relaciones internacionales y las relaciones conocimiento-poder que suceden en su interior es históricamente inestable. O dicho de otra manera porque su naturaleza es siempre mutable y maleable este tipo de poder no puede quedar fijado a un solo proyecto biopolítico. Este dinamismo es sinónimo de fortaleza y no de debilidad porque ha permitido que la red adopte diferentes posiciones desde las que responder a las eventualidades³⁷, necesidades o accidentes históricos que ha ido encontrando a lo largo de su funcionamiento. Por ello uno de los pugnados y objetivos en la historia de las relaciones internacionales ha sido la lucha por controlar su despliegue y por ello regular las propias transformaciones de la red que constituye el poder médico de las relaciones internacionales (qué actores pueden incluirse, tecnologías, aprendizajes...). Como veremos en los capítulos históricos los estados occidentales han logrado mantener el control de la red y adecuar el funcionamiento del poder médico imperial o biopolítico a

³⁷ Desde entonces, el poder médico, *excelencia médica*, de las relaciones internacionales como poder biopolítico se ha dirigido a responder a diferentes necesidades históricas para lo que ha ido racionalizando y produciendo diferentes formas de gobierno de la población africana

sus intereses y estrategias. En este sentido como veremos en los capítulos históricos, salvo una pequeña pero muy importante interrupción en la década de 1970 donde las sociedades y estados post-coloniales África jugaron un importante papel, las autoridades occidentales han sido históricamente quienes han mantenido el control de la red de medicalización de las relaciones internacionales de forma que han podido producir, dirigir y transformar un poder médico a la consecución de sus propios intereses. Para ello el funcionamiento histórico de un poder médico en las relaciones internacionales se ha adecuado a la creación, estructuración y transformación de tres formaciones o tipos de Dispositivos Médicos que son, el Imperial, el Internacional y el Global.

Para estudiar este despliegue recuperamos a continuación una tercera acepción de gubernamentalidad entendida como racionalidad de gobierno o como conjunto de cálculos, tácticas y estrategias que hacen pensable al estado en Europa y cuyo estudio para el filósofo francés está inevitablemente ligada al análisis histórico- genealógico. La genealogía nos permitirá analizar la creación, evolución y transformación histórica de diferentes formas de medicalización de las relaciones internacionales entendidas como las estrategias y cálculos que han hecho posible construir y desplegar históricamente un poder médico en las relaciones internacionales sin quedar sujeto, como venimos señalando, a la persecución de un solo horizonte biopolítico.

2.5. Genealogía y poder médico de las relaciones internacionales³⁸. Medicalizaciones.

La genealogía se sitúa en relación a una crítica ética, una perspectiva política y un estilo particular de trabajo académico para desarrollar una “historia del presente” (Dean, 2010; 53). Para comprender el valor de la genealogía es interesante considerar primero los diferentes estilos de escribir la historia y los análisis político-históricos. Para Colin Gordon durante el siglo XX convivieron dos estilos genealógicos usados en los estudios históricos. Un primer tipo de genealogía a la que denomina como “semiología de la catástrofe” fue desarrollada en los escritos de los intelectuales austriacos y alemanes que emigraron de sus países durante la década de 1930 con la llegada del régimen nacional

³⁸ Hay una interpretación compartida por la academia de la importancia central que dio Foucault al análisis histórico para estudiar la evolución de las racionalidades políticas, estrategias y tecnologías de poder a lo largo de la historia de los estados europeos desde el siglo XVIII (Rabinow y Rose, 204; 2006)³⁸.

socialista. Dentro de este grupo encontramos autores liberales y de izquierdas como Karl Polanyi, Ernst Cassirer, Alexander von Rüstow y Friederich von Hayek. En sus escritos el uso de la genealogía trata de descifrar las señales de una catástrofe impedida o consumada, que aparecía en el pasado pero se revela en el presente. Gordon diferencia esta genealogía de un segundo estilo de que define como una “pragmática permanente de supervivencia” donde la genealogía revelaría los límites de lo esperable y que encuentra en autores como Max Weber o Joseph Schumpeter (Gordon, 1986; 77-80).

La recuperación de la genealogía en los trabajos de Foucault durante la década de 1970, se aleja de este primer estilo porque no surge de las posiciones del exilio para comentar el presente en relación a una catástrofe que porta o que realiza. La genealogía que desarrolla Foucault y sus compañeros se aproxima al presente como un conjunto de límites y posibilidades. El uso de la genealogía de Foucault comparte con los filósofos de la Escuela de Frankfurt el distanciamiento de la filosofía de la historia que emana de la Ilustración y sus reivindicaciones de progreso (Gordon, 1986:77). Sin embargo, la Escuela de Frankfurt introduce una posición dialéctica que transforma este reclamo del progreso en su opuesto de forma que dirige su interés a investigar cómo la razón se transforma en dominación. El estilo genealógico que propone Foucault esquiva este ataque frontal y se opone a la crítica cultural anti-ilustración que comprende el presente como un momento de desesperación apenas soportable y por momentos nihilista. El estilo genealógico que aplica Foucault rehusa el chantaje de la Ilustración, de estar a favor o en contra (Foucault, 1986b; 42-43), para realizar análisis más circunscritos donde la genealogía estudiaría las formas y las consecuencias de universales que operan dentro de situaciones históricas y prácticas particulares que aparecen en el curso de concretas luchas sociales y políticas. (Dean, 2010; 55) Para la genealogía al contrario sería necesario enfocar el presente

“con la condición de que no nos permitamos la declaración fácil y teatral de que este momento en el que existimos es de perdición total, en el abismo de la oscuridad, o de un amanecer triunfante, etc. Es un momento como cualquier otro, o más bien, un tiempo que nunca es como cualquier otro” (Foucault. 1994; 126)

En la afirmación hay una distancia clara respecto a la meta-narrativa de progreso y una negación al nihilismo contemporáneo de forma que el estilo genealógico de Foucault no

elabora una semiología de la catástrofe ni una dialéctica de la salvación. Además, rechaza el tono profético y apocalíptico de cierta teoría social y política contemporánea tanto como rechaza un reclamo triunfalista. Se niega así a proponer un análisis convencido de sus propias certezas sobre el presente. La orientación ético-política de este tipo de genealogía presenta dos orientaciones de interés. La primera puede ser definida como *diagnóstico*. Esta es una orientación del presente como una caja abierta de posibilidades casi más que como el presagio de una catástrofe, la contemplación de la decadencia o la certeza de una promesa cumplida. Este tipo de genealogía propone según Mitchell Dean una moderación académica alejada de las grandes narraciones y los compromisos éticos o políticos para abrazar cierta precaución, desde donde problematizar el presente para localizar líneas de fractura, transformación o consolidación de ciertos regímenes o formas de gobierno. Este modo de diagnóstico sería menos un refugio ante el desastre que una prudente condición inicial para renovar la tarea por la invención y la imaginación política (Dean, 2010; 56). Junto a esta orientación de *diagnóstico*, en relación con el presente, la genealogía tiene también una orientación *anti-anacrónica* en relación con el pasado donde las pasadas formaciones históricas no son leídas, ni como antecedentes o etapas necesarias hacia el presente, ni se propone la posibilidad de resituar la historia en sus propios términos. Esto supone considerar el pasado con extrañeza, alejado de universales y de una forma contingente y singular lo que tiende a cuestionar nuestra experiencia o “sentido histórico”. La segunda posibilidad es usar el análisis del pasado para hacer familiar ciertos aspectos del presente. En este sentido la preocupación por la crisis de la auto-identidad como algo que caracteriza a los tiempos postmodernos (Giddens, 1991). El trabajo de los historiadores de la cultura y las ideas mostraría que las cuestiones de la auto-identidad son parte de una trayectoria más larga y compleja de construcción de la identidad a través de despliegues y formaciones concretas o “tecnologías del yo” (Dean, 2010; 57).

El estilo de genealogía que nos propone Foucault no es por tanto una “semiología de la catástrofe” y comparte con otras orientaciones críticas una posición escéptica en relación a los reclamos emancipatorios de una razón universal, ni celebra la muerte de los valores universales del post-modernismos. Casi más la genealogía trabaja de forma paciente y laboriosa por elaborar un relato histórico detallado y empírico para cuestionar y reformular las presuntas continuidades y discontinuidades de la historia para ofrecer diagnósticos de las posibilidades y límites del presente. Para Walters y Dean la

genealogía permitió a Foucault evitar la propuesta de confundir la idea de poder con la dominación y encerrar el estudio del poder dentro de los límites de la batalla y la visión represiva mantenida en *Defender la Sociedad* (Foucault, 2000). Desde esta consideración nuestra investigación acude al trabajo que el filósofo francés dedicó al concepto de genealogía en su estudio *Nietzsche, la Genealogía y la Historia* donde Foucault profundizó en el significado de dos conceptos *Entstehung* “formación” y *Herkunft* “origen”. Foucault consideró que sendos términos enmarcaban “el objeto propio de la genealogía” por lo que encontró necesario “intentar restituirles su utilización apropiada” (Foucault, 1998). Comprender el acercamiento que Foucault estableció con sendos conceptos permite a nuestra investigación ofrecer una comprensión adecuada de la genealogía interesada con recuperar la idea de la batalla más que con alcanzar una definición concreta de su significado. A continuación repasamos estas características.

Foucault comprende que *Herkunft*:

“es la fuente, la procedencia; la procedencia permite también encontrar bajo el aspecto único de un carácter, o de un concepto, la proliferación de sucesos a través de los cuales (gracias a los que, contra los que) se han formado” (Foucault, 1988; 8)

Como hemos señalado, la fuente de procedencia es la autoridad europea que dio origen al proceso de medicalización de las relaciones internacionales estableció un encuentro entre dos procesos geopolíticos como fueron, la unificación del del globo *por* la enfermedad y la unificación del globo *contra* la enfermedad. La genealogía nos permite narrar la historia de la medicalización de las relaciones internacionales no tanto como un proceso de rupturas y continuidades sino como la continua creación y reproducción de un poder médico en las relaciones internacionales. Esta posibilidad responde a la construcción de diferentes tipos de medicalizaciones o racionalidades políticas que han permitido la emergencia de diferentes formas de autoridad o eurocentrismo médico. Así, la mirada genealógica basada en el concepto de *herkunft* nos permite realizar un “relato en descenso” donde los procesos de securitización de la salud serían el presente de la historia de la medicalización de las relaciones internacionales. A través de este tipo de mirada genealógica vemos que el despliegue de un poder médico en las relaciones

internacionales no ha respondido tanto a un acto de dominación continuo por parte de los estados occidentales, sino que al contrario, la extensión de este tipo de poder ha sido una capacidad históricamente más contingente, flexible y abierta que ha supuesto la posibilidad de construir diferentes tipos de racionalidades médicas.

La segunda acepción que rescata Foucault de la genealogía es el concepto de *Entstehung* que para el filósofo francés:

“designa más bien la emergencia, el punto de surgimiento. Es el principio y la ley singular de una aparición (...) sería un error dar cuenta de la emergencia por el término final (...) La emergencia se produce siempre en un determinado estado de fuerzas” (Foucault, 1988; 10).

La genealogía comprendida como *Entstehung*, invita a desarrollar un ejercicio de contra-memoria que recupera las luchas libradas por la construcción de la *excelencia médica*, que han posibilitado históricamente la creación de diferentes medicalizaciones internacionales. Esta mirada genealógica atiende a observar que en la formación de esas racionalidades, la producción e internacionalización de la *excelencia médica* responde al continuo combate y lucha en la red. Esto nos aleja de considerar que la *excelencia médica* responde a un conocimiento médico emanado de la pericia técnica, la neutralidad del cálculo objetivo, la abnegación científica por el método o la pulsión filantrópica por los nuevos descubrimientos para proponer estudiar la excelencia científica como el resultado de un combate constante por el poder médico en las relaciones internacionales. En este caso, la genealogía opera como un ejercicio de contra-memoria, porque la narración de estas pugnas internacionales da cuenta no solo de los triunfos sino de las derrotas; es decir, de los conocimientos científicos e investigaciones, prácticas médicas o incluso prácticas políticas desplazadas, excluidas o subordinadas, de su participación en la elaboración de la *excelencia médica*. La genealogía nos permite así hacer un relato que de cuenta de las condiciones históricas y tensiones sociales que han permitido que la creación y evolución de una *excelencia médica* no haya respondido exclusivamente a un criterio científico. Esta pugna muestra que el poder médico internacional, no es solo el resultado del avance de unas ciencias de la salud sino que es el resultado de diversas batallas políticas y sociales sucedidas a lo largo de la historia de las relaciones internacionales. De forma que la mirada genealógica propone inevitablemente una hibridación del conocimiento médico con

otros lenguajes dejando así de comprenderse la *excelencia médica* como algo exclusivamente técnico o el producto exclusivo de una pericia científica. La mirada desde esta genealogía vislumbra cómo el conjunto de saberes, conocimientos y prácticas médicas no son el resultado de una verdad científica superior e incuestionable sino más bien cómo esa verdad científica se ha construido en base a luchas y relaciones entre el lenguaje médico y otros lenguajes sociales. Este relato de los combates, desplazamientos y olvido recupera el papel central que África, naturaleza y territorio, población, sociedad y estados han tenido como laboratorio natural en la construcción de una *excelencia médica*. (Tilley, 2011). El conjunto de redes de investigación, debates, conferencias e informes médicos elaborados en África han influido en la evolución de las ciencias de la salud pero también en muchos casos han desplazado e infravalorado los propios saberes terapéuticos locales, farmacopea, prácticas curativas, estrategias medioambientales y de salud pública para luchar contra la enfermedad. De hecho, las grandes narraciones filantrópicas olvidan que en muchos casos la evolución de un conocimiento médico ha podido suceder gracias a las investigaciones y experimentaciones realizadas en el medio y la población africana. El papel del territorio, las sociedades y los estados post-coloniales africanos muestra que la producción e internacionalización histórica de un conocimiento médico no ha seguido inevitablemente el trayecto que va desde la metrópoli a las colonias o territorios post-coloniales (Arnold, 1993; Vaughan, 1991, Tilley, 2011)

Esta mirada genealógica que relaciona los conceptos de *Herkunft* y *Entstehung* tiene la capacidad de desestabilizar la superioridad incuestionable de la excelencia médica que aparece en relatos oficiales como en los estudios de los procesos de securitización de la salud³⁹. La seguridad sanitaria y el funcionamiento del Sector de Seguridad Sanitario Global permitiendo reconocer en ella la creación de una nueva *medicalización* de las relaciones internacionales, es decir una nueva conformación del poder médico de las

³⁹ La medicalización no es por tanto un proceso de continuidades y rupturas, sino una constante re-emergencia del poder médico internacional.

relaciones internacionales. Este interés se relaciona con el uso de la genealogía que han hecho anteriores estudios de las Relaciones Internacionales⁴⁰.

2.6. Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos localizado el estudio de la medicalización de las relaciones internacionales dentro del desarrollo de los estudios de gubernamentalidad global. Para ello primero hemos repasado la emergencia de estos tipos de trabajos y las aportaciones que han hecho al estudio de las relaciones internacionales. Pero también nos hemos detenido a repasar las limitaciones que encuentran ciertos estudios a la aplicación de la idea de gubernamentalidad de Foucault al estudio de las políticas internacionales. Para responder a estas críticas hemos repasado diferentes trabajos, procedentes de otras disciplinas que han usado la idea de gubernamentalidad para estudiar el colonialismo y las políticas internacionales.

Posteriormente hemos acudido a la propia obra de Foucault para presentar tres herramientas propias a su propuesta de análisis del poder como han sido; el dispositivo con el que hemos presentado la forma de análisis de estudiar un poder médico de las relaciones internacionales; la biopolítica como la emergencia histórica de un poder médico que despliega distintas estrategias para administrar la población; y la genealogía

⁴⁰ Dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales y con anterioridad a la aparición de los Estudios de Gubernamentalidad Global diversos trabajos aplicaron la genealogía para cuestionar los principales paradigmas políticos y morales que sostenían los grandes relatos académicos de la disciplina. La genealogía aparecía así como un enfoque histórico para atacar principios normativos, conceptos teóricos y prácticas políticas que asentados fuertemente en las Relaciones Internacionales parecían eternos e incuestionables (Referencia). Este uso reforzó que Foucault fuera presentado en nuestra disciplina como una especie de *enfant terrible* cuyas obras servían para “cortar la cabeza del soberano” es decir, arremeter contra las grandes narraciones que habían asentado la autoridad de la disciplina alrededor de una serie de conceptos centrales como eran, la soberanía, la diplomacia, la seguridad nacional o el uso de las armas nucleares (Devetak, 2009). A continuación presentamos algunos ejemplos de las investigaciones que aplicaron el enfoque genealógico de Foucault al estudio de las relaciones internacionales. Richard Price usó la genealogía para profundizar en las bases normativas y legales que asentaron la prohibición moral del uso internacional de las armas químicas. Su estudio genealógico demostró la contingencia histórica de un tabú establecido en base a unos principios éticos que lejos de ser inmutables los estados occidentales habían resignificado a lo largo de la historia con el objetivo de impedir su uso por naciones no occidentales (Richard, 1995). Por otra parte, Jens Baterson aplicó la genealogía para cuestionar el significado tradicional del concepto estatal de soberanía y presentarlo no como una categoría fija y estable a lo largo del tiempo sino como un concepto político históricamente contingente (Baterson, 1995). Un tercer ejemplo; David Campbell aplicó el enfoque genealógico para estudiar cómo las políticas exteriores de EEUU durante la Guerra Fría construyeron un concepto de seguridad nacional basado en la continua reconstrucción del otro como enemigo (Campbell, 1992). Por último; James Der Derian usó la genealogía para oponerse al significado tradicional que la ciencia política había dado a la diplomacia y proponer que la naturaleza o principio de su práctica política respondía al valor del “extrañamiento” cuyo significado variaba de manera constante a lo largo de la historia (Der Derian, 1989; 258).

como la estrategia histórica para analizar los cálculos, estrategias y racionalidades que han permitido el despliegue de un poder médico de las relaciones internacionales. En definitiva hemos ido construyendo a lo largo del capítulo la gubernamentalidad como una “caja de herramientas” donde hemos introducido diversos instrumentos del quehacer investigador de Foucault como los proyectos de estudio de la racionalidad del gobierno, la biopolítica, la genealogía y la microfísica del poder. A través de todo ello hemos trasladado las posibilidades críticas que supone aplicar los estudios de Foucault al análisis de la medicalización de las relaciones internacionales con el objetivo de estudiar el despliegue histórico de un poder médico en las relaciones internacionales alejado del propósito de definirlo de una forma teórica, fija o ahistórica. Por eso, en los siguientes capítulos profundizamos en el análisis histórico del origen, despliegue y estructuración de un poder médico internacional.

PARTE II

TERCER CAPÍTULO

3. Imperialismo y surgimiento de un poder médico geopolítico.

3.1. Introducción.

El origen del poder médico en las relaciones internacionales se sitúa cuando los estados europeos problematizaron las estrategias y los conocimientos médicos que habían usado históricamente para defenderse de las enfermedades pestilentes. Estas estrategias, como las cuarentenas y los cordones sanitarios, operaban principalmente sobre el territorio para tratar de impedir el avance de la enfermedad. Desde el primer tercio del siglo XIX, las epidemias de cólera procedentes del subcontinente indio alcanzaron el continente causando también graves problemas al transporte marítimo. Los estados europeos comenzaron a organizar las primeras conferencias sanitarias internacionales para buscar un conocimiento científico con el que defender mejor la salud de su población y facilitar el comercio naval. Este capítulo está dedicado al estudio de los antecedentes, el desarrollo y los resultados de estas conferencias sanitarias internacionales, que participaron de la construcción de una *excelencia médica* caracterizada por la superación de las tesis miasmáticas, las tensiones nacionales entre las potencias imperiales europeas y la creación del primer organismo sanitario internacional. La creación de esta *excelencia médica* estuvo ligada a la necesidad que las potencias europeas tuvieron de vigilar y controlar el territorio imperial lo que reforzó su autoridad en detrimento de las demandas de otros países como Estados Unidos.

3.2. La frontera sanitaria.

Como George Rosen explica, el aislamiento o la exclusión era una estrategia aplicada desde tiempos ancestrales para enfrentar la enfermedad e impedir su extensión. (Rose, 1958, 38-41). Estos aislamientos o exclusiones, cuyo ejemplo más conocido lo representan las leproserías, operaban de una manera diferente a como lo hicieron, a partir de la época medieval, los sistemas de vigilancia del territorio frente a la peste⁴¹.

⁴¹ La peste jugó un importante papel histórico en la transformación de las sociedades europeas y el desarrollo del pensamiento médico europeo (Porter, 1999; 30).

Como señala Dorothy Porter históricamente en torno al origen y la transmisión de la enfermedad se enfrentaron dos teorías. La primera era la teoría miasmática que relacionada con un pensamiento hipocrático responsabilizaba a los miasmas y los efluvios de ser los causantes de la enfermedad. Esta comprensión proponía aplicar una serie de medidas de higiene, limpieza y desinfección, de personas y espacios, para eliminar las fuentes miasmáticas y afirmaba que existían regiones y territorios pestilentes donde la presencia de la enfermedad era natural y se extendía a otros lugares. La segunda teoría era la contagionista que Girolamo Fracastoro (1478-1553) desarrolló en su tratado *De contagione et contagiosis morbis* (1546) donde explicaba que la enfermedad consistía en minúsculas semillas que pasarían de persona a persona presentando así una primera idea de contagio y la posibilidad de interponer medidas físicas, como las cuarentenas y los cordones sanitarios, para frenar la extensión de la enfermedad (Porter, 1999; 79-80).

Siguiendo el trabajo de Porter advertimos que en la práctica no fueron teorías excluyentes, cuyo enfrentamiento histórico dejara un claro vencedor, ni prácticas claramente separadas por razones intelectuales o políticas sino que se atravesaron mutuamente (Porter 1999; 83). Sin embargo, la teoría contagionista prevaleció entre los estados europeos como la principal estrategia para prevenir la llegada de las enfermedades pestilentes. Así, desde el siglo XIV las cuarentenas (lazaretos) y los cordones sanitarios se comenzaron a desplegar en los puertos marítimos y otras vías de entrada a las ciudades⁴². Las cuarentenas que aplicaban los estados europeos no eran uniformes, incluso en muchas ocasiones las ciudades de un mismo país diferían tanto en los tipos de reclusión como en las medidas de vigilancia adoptada (Baldwin, 1999)⁴³. En todo caso, los estados europeos constituyeron las cuarentenas y los cordones sanitarios como una modalidad de *frontera sanitaria* destinada a vigilar y tratar de impedir la entrada de la enfermedad en su territorio. Estas medidas se mantuvieron a lo largo de la

⁴² Después de experiencias similares en las ciudades italianas, principal Venecia y Milán, el decreto de 1377 del rector del puerto de Ragusa (actualmente Dubrovnik) estableció oficialmente un periodo de 30 días de aislamiento ('trentina', palabra italiana derivada de 'trenta', el número 30) a los buques y veleros que procedían de territorios pestilentes antes de poder atracar en el puerto. Para los viajeros terrestres este período de tiempo se extendió a 40 días y recibió el nombre de cuarentena (del número cuarenta italiano 'Quaranta') (Porter, 1999; 43).

⁴³ El estudio de Peter Baldwin *Contagion and the state in Europe 1830-1930* recoge ejemplos de estas diferencias, entre estados y a su interior, durante las epidemias de cólera que afectaron durante esos años a Suecia, Francia, Gran Bretaña y Alemania.

historia no tanto porque se consideraran eficaces para frenar la enfermedad, sino por el importante papel que desempeñaban como instrumento político, comercial y militar (Evans, 1999; 167-168). Así, durante los siglos XVII y XVIII las cuarentenas marítimas reforzaron el proteccionismo comercial y los cordones sanitarios facilitaron la militarización de las fronteras terrestres (Harrison, 2006; 201). La *frontera sanitaria* combinaba las labores de vigilancia y normalización del territorio con las labores de información, que espías y diplomáticos desarrollaban en los estados vecinos para anunciar, confirmar o descartar los rumores sobre la aparición de una epidemia (Bonastra, 1999; 155). Estas labores de vigilancia cobraron gran relevancia en las fronteras que los estados europeos compartían con los territorios del Imperio Otomano, que consideraban como “territorios pestilentes o infestados” donde la presencia de la enfermedad era natural y constante (Bonastra, 2006; 116). La *frontera sanitaria* con el Imperio Otomano comenzó a constituirse en el siglo XVIII estableciendo una modalidad terrestre donde destacó el Cordón Austriaco, que relacionó la vigilancia militar y la sanitaria, y una modalidad marítima caracterizada por la creación de los Consejos Sanitarios del Mediterráneo, que pusieron en común la vigilancia sanitaria con los intereses comerciales europeos. A continuación repasamos sendas modalidades

3.2.1. El Cordón Austriaco.

Desde 1710 a 1871 las autoridades del Imperio Austriaco extendieron el primer cordón sanitario permanente en Europa a lo largo de la frontera militar conocida como *Militärgrenze* y que atravesaba los territorios de lo que hoy es Hungría, Bulgaria y Chequia. Su objetivo era reforzar la vigilancia sanitaria de su frontera continental con el Imperio Otomano lo que suponía una distancia de más de 1.000 kilómetros. El *Militärgrenze* era vigilado por un cuerpo militar específico bajo mando de la más alta instancia militar del Imperio. Las funciones del *Militärgrenze* agrupaban así las funciones de vigilar el territorio con las de impedir la entrada de aquellas personas enfermas o sospechosas y regular el tránsito fronterizo de bienes y personas⁴⁴. La frontera del *Militärgrenze* tenía autoridad para prohibir la entrada, requisar pertenencias, establecer cuarentenas donde recluir y aislar a los viajeros, realizar procedimientos

⁴⁴ Los movimientos de los vagabundos, gitanos y judíos eran habitualmente asociados con la enfermedad (Baldwin, 2004; 44)

específicos de desinfección, fumigación e incineración de bienes e incluso obligar a dormir sobre sacas sospechosas a sirvientes para comprobar si a la mañana siguiente su cuerpo presentaba signos de enfermedad (Rothenberg, 1973; 19). En 1771, la orden *Pest Contumaz Patent* modificada posteriormente en 1785 y 1827, agregó a esas capacidades el mandato de disparar a toda persona que tratara de superar la frontera sin permiso por lo que se construyó a lo largo de toda la frontera con el Imperio Otomano una línea de puntos de vigía (Rothenberg, 1973; 18).

La vigilancia del tránsito fronterizo de bienes y personas se realizaba a través de dos tipos de entradas. Las *Rastelle* que eran las entradas más pequeñas donde solo podían intercambiarse bienes, dinero y cartas. Y las *Kontumazen* que eran entradas más amplias que clasificaban las personas y las mercancías en función de su peligrosidad. Por ejemplo, los productos considerados menos contagiosos eran desinfectados por lavado, colgados al aire o fumigados con sulfuro, las cartas eran atravesadas por jeringuillas y fumigadas, el dinero era bañado en vinagre, y los productos considerados más contagiosos como el algodón y las lanas eran incinerados (Rothenberg, 1973; 19). Las labores de vigilancia variaban en función de la información sobre la existencia de alguna pestilencia, brote o estallido en territorio otomano. En situaciones normales o sin pestilencia el contingente militar desplegado era de 4.000 hombres y el aislamiento podía durar 21 días. Ante la sospecha de la llegada de una pestilencia el contingente ascendía a 7.000 hombres y el aislamiento a 28 días. Cuando ésta se confirmaba el contingente llegaba a los 11.000 hombres y el aislamiento a los 48 días⁴⁵ (Rothenberg, 1973; 19).

3.2.2. Los Consejos Sanitarios del Mediterráneo.

Las cuarentenas marítimas habían sido ampliamente desarrolladas en los puertos europeos del Mediterráneo y en ellas operaban también un sistema de patentes navales que informaba al puerto de llegada si el buque estaba limpio, llevaba personas enfermas o había pasado por algún puerto sospechoso. El objetivo de este sistema de patentes era autorizar o denegar el permiso para que un buque atracara en un puerto. Sin embargo,

⁴⁵ Cuando el cordón sanitario austriaco se disolvió en 1871 se eliminó un importante obstáculo comercial entre el Imperio Otomano y los estados europeos. Las presiones de los nacionalistas húngaros que recelaban de una medida de control impuesta por las autoridades austríacas y los adelantos médicos acabaron con su funcionalidad (Rothenberg, 1973; 23).

los estados europeos no compartían un mismo y único código, sino que desplegaban diferentes sistemas que constituyen un rudimentario sistema de información para prevenir y mantener la enfermedad fuera de los puertos y las rutas comerciales europeas (Bonastra, 2006; 138).

Para reforzar la vigilancia sobre las enfermedades pestilentes en el Mediterráneo se crearon tres Consejos Sanitarios Marítimos que fueron, el Consejo Internacional de Tánger (1792), el Consejo Sanitario Internacional de Constantinopla (Estambul, 1839) y el Consejo Sanitario de Egipto (1843) Estos Consejos, formados por delegados europeos en esos territorios, funcionaron como pequeñas balanzas de poder donde la competencia y la rivalidad entre las potencias europeas influía en la declaración o disolución de las cuarentenas (Schepin and Yermakov, 1991)⁴⁶. Los Consejos intervenían decisivamente en el transporte marítimo por el Mediterráneo pudiendo llegar a prohibir a los buques procedentes de territorios pestilentes atracar en los puertos de Alejandría y Túnez.

Los Consejos de Tánger y Egipto estuvieron regulados mayoritariamente por autoridades francesas que reforzaron de este modo el papel de Francia como potencia en el Norte de África. Elizabeth Gallagher (1993) y Kuhnke La Verne (1990) relatan cómo la diplomacia francesa usó el conocimiento médico para desplazar la autoridad de los médicos y funcionarios musulmanes y dictar así medidas favorables a sus intereses comerciales. En 1830 el control de las cuarentenas, que desde el siglo XVIII había recaído en la autoridad de los *beys*⁴⁷, pasó a manos francesas que recriminaron los graves daños que la negligencia, la pasividad y el fatalismo de la religión y la cultura musulmana habían causado al comercio y la salud de la población (Gallagher, 1993; 41). Sin embargo, las autoridades otomanas habían respondido a las epidemias de manera diversa, muchas veces habían fallado pero otras habían logrado controlarlas,

⁴⁶ Bonastra aclara la importancia geográfica de estos Consejos. “un consejo de sanidad en Tanger (1792), lugar sospechoso por el importante tráfico de peregrinos que anualmente se dirigían a La Meca. ... Constantinopla (1839), puesto que era la intersección más importante de las rutas marítimas entre el mar Negro y el Mediterráneo y uno de los lugares potencialmente peligrosos para el avance del cólera y la peste...el Consejo Sanitario de Egipto, ya que este país era otro emplazamiento importante del comercio con Oriente Próximo y se le consideraba también como foco de la peste... en 1867, se creó el Consejo Sanitario Internacional en Teheran, enclave cardinal por su valor estratégico sobre el golfo Pérsico y el mar Caspio” (Bonastra, 2006; 118)

⁴⁷ Autoridades otomanas en esos territorios y representantes del Sultán

aplicando medidas más laxas o más severas que en muchas ocasiones habían servido también para promover mejoras de salud pública (Gallagher, 1993; 90).

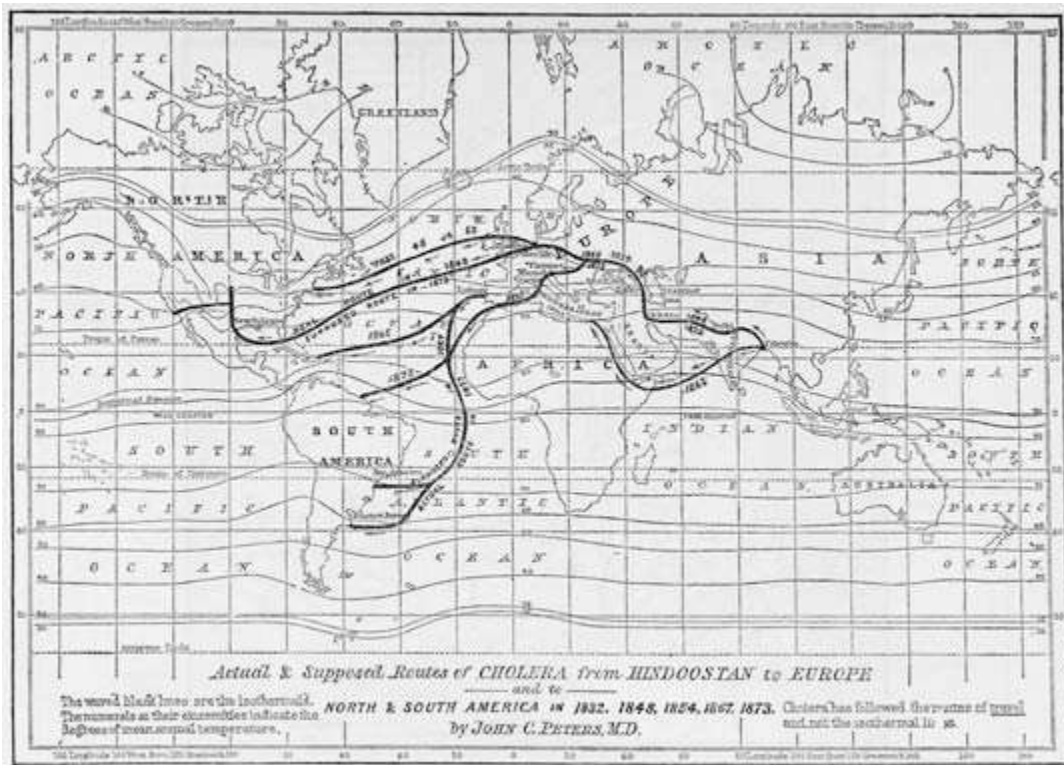
Con independencia de las situaciones epidémicas en el Mediterráneo, desde finales del siglo XVIII comienza a jugar un importante papel en la *frontera sanitaria*, tanto terrestre como marítima, la misión civilizadora por la que los europeos requirieron a las autoridades otomanas una serie de adecuaciones a los cánones europeos en sus estaciones cuarentenarias y en la formación y organización médica de su Imperio (Chahrour, 2007). Sin embargo, las autoridades políticas y médicas otomanas, habían mostrado, antes incluso de recibir estas presiones, un claro interés por el conocimiento médico europeo de tal forma que su práctica médica combinaba conocimientos y técnicas procedentes de diferentes tradiciones terapéuticas (Chahrour, 2008; Gallager, 1993)⁴⁸. Como veremos en los siguientes apartados, la situación de las cuarentenas y los lazaretos otomanos continuó siendo una preocupación constante durante el desarrollo de las conferencias sanitarias internacionales. (Howard-Jones, 1975).

3.3. La problematización de la *frontera sanitaria*.

Las tres oleadas de cólera asiático que atravesaron Europa en 1817, 1826-37, 1841-59 mostraron una vez más las limitaciones de la “frontera sanitaria”. El cólera llegó sucesivamente por diferentes rutas. La primera entró a Europa por la ciudad de Oremburgo en el extremo sureste del Imperio Ruso donde la enfermedad llegó procedente de la India atravesando para ello las estepas asiáticas. Las otras dos oleadas alcanzaron Europa por la vía marítima del Mediterráneo desde donde alcanzaron las ciudades del continente americano a través de los buques que zarpaban de sus puertos (Howard Jones, 1975; 10). De esta forma, el cólera se extendió por distintas geografías tal como muestra el siguiente mapa.

⁴⁸ A mediados del siglo XIX las autoridades francesas sustituyeron a las austriacas y continuaron esta misión médica civilizadora (Chahrour, 2008; 702)

Mapa 3.1 Difusión internacional de las epidemias de cólera asiático



Fuente: Edmund Charles Wendt, *A treatise on Asiatic cholera*, New York, 1885; p. 68 (citado en Huber, 2006; 456)

Las epidemias de cólera demostraron de nuevo que la *frontera sanitaria* organizada en torno de las cuarentenas, los cordones sanitarios, los sistemas de patentes y la presión a las autoridades otomanas no aislaba a Europa de la enfermedad pero causaba importantes obstáculos económicos en el pujante comercio imperial⁴⁹. Ante esta situación las autoridades francesas convocaron en 1851 la primera conferencia sanitaria internacional con el propósito de debatir, a la luz de los nuevos avances médicos, la mejor estrategia para defenderse del cólera y tomar una posición determinada respecto al tipo de medidas cuarentenarias que debían aplicarse (Howard Jones, 1975; 12). Desde 1851 a 1938 se sucedieron con gran regularidad un total de catorce Conferencias Sanitarias Internacionales.

⁴⁹ El cólera era una enfermedad desconocida por la sociedad europea de la primera mitad del siglo XIX. Su elevada mortalidad y los terribles síntomas que llevaban a los enfermos a morir en días incrementó el pánico social. Ver (Evans, 1975).

Tabla 3.I. Las catorce primeras Conferencias Sanitarias Internacionales

Orden	Celebración	Sede	Estados	Medidas
1º	1851-1852	París	12	
2º	1859	París	11	
3º	1866	Constantinopla	17	
4º	1874	Viena	21	
5º	1881	Washington	26	
6º	1885	Roma	28	
7º	1892	Venecia	14	Primera Convención Sanitaria Internacional
8º	1893	Dresde	19	
9º	1894	París	16	
10º	1897	Venecia	20	
11º	1903	París	24	Mandato para crear la OIHP
12º	1911-1912	París	41	
13º	1926	París	50	
14º	1938	París	49	

Fuente: Autor

Los estados europeos mandaron a las Conferencias Sanitarias Internacionales una delegación formada por un médico higienista-salubrista y un diplomático. Esta diplomacia sanitaria comenzó a discutir internacionalmente durante meses, y en base a razonamientos científicos, las medidas cuarentenarias que debían aplicarse. Como muestra el estudio pionero de Howard-Jones sobre las Conferencias Sanitarias Internacionales científicos de talla internacional participaron en ellas como parte de las delegaciones de sus países. Por ejemplo algunos de estos expertos fueron: Robert Koch, Louis Pasteur, Max von Pettenkofer, Adrien Proust, Carlos Fanley, Joseph Fayrer y William Gorgas. Además muchos otros delegados que acudieron a las conferencias formaban parte de la escuela de Louis Pasteur o de los equipos de investigación formados en torno a Robert Koch (Howard-Jones; 1975)

La creación de una *red de medicalización imperial* sucedió durante la organización de las ocho primeras Conferencias Sanitarias Internacionales y respondió a circunstancias diversas como: las cuestiones de transporte marítimo donde destacó el paso por el Canal de Suez, los debates científicos en torno al origen y transmisión del cólera, las políticas sanitarias que la administración británica aplicaba en los puertos indios, las rutas marítimas que llevaban a los peregrinos musulmanes desde la India a la Meca, los trabajos de investigación de los equipos europeos en Egipto, las experiencias de la enfermedad en las ciudades europeas, donde destacó especialmente la epidemia de cólera de Hamburgo y los adelantos técnicos en otras ciencias.

Los debates que sucedieron durante las ocho primeras conferencias permitieron extender el sistema de vigilancia de la *frontera sanitaria* a otros territorios y rutas alejadas de los límites naturales de los estados europeos. Esta evolución supuso a la vez la propia transformación de una *frontera sanitaria* a una *frontera permeable* lo que no respondió tanto o exclusivamente a la consecución de un conocimiento bacteriológico, objetivo, claro y contundente, sobre la naturaleza y la transmisión del cólera, sino a la rivalidad y las tensiones históricas establecidas entre los estados europeos y el Imperio Británico en relación al transporte marítimo de los peregrinos que iban desde la India a los lugares santos musulmanes y el interés por establecer un control lo más cercano posible al punto de eclosión de la epidemia.

3.4. El debate entre contagionistas y miasmáticos.

El debate, difusión y aceptación de la tesis del contagio en el caso del cólera y de su transmisión a través del agua estuvo estrechamente ligada al incipiente desarrollo de la Bacteriología y al trabajo de científicos como Robert Koch (1843-1910). Estas posturas fueron duramente cuestionadas por Max von Pettenkofer⁵⁰ quien desde un enfoque miasmático, desarrollado en su estudio *Bodentheorie*, cuestionó que el agua fuera la vía de transmisión del cólera lo que suponía negar la tesis del contagio para afirmar que el

⁵⁰ von Pettenkofer (1818-1901) fue uno de los delegados alemanes de la cuarta Conferencia Internacional Sanitaria de Viena en 1874, Robert Koch lo fue en la sexta (1885) y la octava (1893) (Howard-Jones, 1975: 48).

cólera era causado por un factor X, que en combinación con algún elemento del suelo producía la enfermedad (Howard-Jones, 1975; 36)⁵¹.

Las posturas miasmáticas de von Pettenkofer y sus seguidores tuvieron una recepción distinta en el ámbito nacional e internacional. En el contexto de las políticas médicas alemanas, von Pettenkofer fue asociado con las tesis revolucionarias de la medicina social del Doctor Rudolf Virchow quien reclamaba la intervención del estado en la promoción de la educación, la cultura y la economía como vía para luchar contra la enfermedad. Los estudios de Wirchow en la región de Silesia lo llevaron a comprender que la enfermedad era el resultado de la opresión política, las condiciones de explotación laboral, la falta de educación y la apatía social (Porter, 1999; 104). O recuperando sus palabras:

“La respuesta lógica a la pregunta de cómo se pueden prevenir en el futuro las condiciones similares a las que se han desarrollado ante nuestros ojos en la Alta Silesia es, por lo tanto, muy fácil y simple: la educación, con sus hijas, la libertad y la prosperidad” (Porter, 1999; 105)

Max von Pettenkofer reforzó la importancia de las medidas higiénicas en las viviendas, la eliminación sanitaria de los desechos y el suministro de agua siendo así uno de los pioneros en la emergencia de una medicina ambientalista. El relato histórico de Howard-Jones sobre las Conferencias Sanitarias Internacionales presentan a von Pettenkofer como el gran derrotado frente a la victoria de las tesis bacteriológicas. (Howard-Jones, 1975; 36). Sin embargo, como luego veremos con más detalle, las autoridades británicas recuperaron sus conceptos miasmáticos para cuestionar las medidas de control que los estados europeos exigían incorporar en los puertos indios y en las rutas de peregrinación desde la India a la Meca.

⁵¹ von Pettenkofer impugnó la transmisión del cólera por el agua y atacó la investigación epidemiológica de John Snow además de las tesis de Rober Koch (Howard-Jones, 1975; 62). Sin embargo Pettenkofer concordaba con los estudios de Snow en las virtudes del agua pura, libre de contaminación fecal, tanto es así que fue el principal impulsor de la campaña para traer agua limpia de las montañas a la ciudad de Munich reduciendo la mortalidad por fiebre tifoidea. Refiriéndose a los trabajos de Snow, concluía que "nadie en su sano juicio puede negarlos" pero dudaba de su valor para el caso específico del cólera, (Walter, 2003; 84-85).

3.4.1. Las rutas de peregrinación desde la India a la Meca.

Los debates científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales enfrentaron muy específicamente el problema de los peregrinos musulmanes que partían de los puertos de la India con dirección a la Meca y la resistencia de las autoridades británicas a controlar de manera más estricta sus movimientos. La reivindicación de intervenir lo más cerca posible de los focos de origen del cólera para evitar que la enfermedad alcanzara territorio europeo lo expresó claramente el delegado austriaco durante la tercera Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en 1866 en Constantinopla al solicitar al resto de delegados:

“Evitar que ese maldito viajero que vive en la India, como todo el mundo sabe, parta de viaje. Al menos tenemos que detener su avance lo más cerca posible de su punto de partida.” (Hurber, 2006; 464).

La mayoría de los estados europeos, sobre todo Francia, defendían mantener las cuarentenas a los buques procedentes de la India porque consideraban que los peregrinos que zarpaban desde Madras o Calcuta, dirección La Meca u otros lugares santos, sacaban a la enfermedad de su territorio natural permitiendo su extensión por otras geografías. Por su parte, las autoridades británicas sostuvieron que las epidemias de cólera que había sufrido Europa no procedían de la India porque los monzones impedían que la enfermedad saliera de ese territorio y porque ningún caso de cólera había llegado directamente desde la India a un puerto británico. Todo ello reforzaba las tesis miasmáticas de Von Petrekoff que favorecía las intervenciones higiénicas frente a medidas más restrictivas como las cuarentenas y los cordones sanitarios (Harrison, 1992: 130). El interés de los británicos por las medidas higiénicas respondía tanto a la promoción de sus intereses económicos como al mantenimiento del orden público en sus colonias. De hecho, durante la tercera Conferencia Sanitaria Internacional de Constantinopla (1866), la delegación británica compuesta por un representante del *Calcutta Medical College* expuso su temor a las revueltas y motines que podía causar, entre la población musulmana de la India, el anuncio de que los buques de peregrinos podían ser sistemáticamente retenidos en las estaciones cuarentenarias turcas y el aumento de los precios del pasaje como respuesta a las reformas realizadas en los buques para mejorar las condiciones del viaje. La población musulmana de la India temían las cuarentenas turcas, en concreto, las instalaciones de Kamara y El Tor,

construidas tras las presiones de los estados europeos, por el tratamiento despectivo de sus autoridades, sus condiciones de insalubridad y la cantidad de dinero que debían pagar al ingresar en ellas (Harrison, 1992: 118). Durante la misma Conferencia Sanitaria de Constantinopla (1866) la delegación francesa propuso tomar tres medidas contundentes en relación al problema sanitario que suponían los peregrinos a la Meca; la primera, crear un servicio sanitario internacional en Suez con representación de todos los estados y con la tarea de administrar las cuarentenas turcas dispuestas a lo largo de la ruta a la Meca; la segunda, crear una nueva estación cuarentenaria en el Mar Rojo bajo dirección de doctores europeos pero administrada por autoridades turcas; la tercera y más expeditiva, detener en la Meca a los peregrinos que no tuvieran provisiones suficientes para continuar su viaje (Harrison, 1992; 118-119). Los delegados británicos y los representantes de los Imperios Ruso, Otomano y Persa, que contaban con gran población musulmana en sus territorios, se opusieron a estas medidas. Los últimos denunciaron el tratamiento de inferioridad que recibían, por parte de los delegados europeos, y trataron de presentarse como iguales mostrando sus países como ejemplos en las reformas higiénicas y reforzando su papel estratégico como colaboradores en la lucha contra el cólera. Persia, representada por primera vez en la conferencia de 1866, se presentaba como un país moderno y civilizado que contaba con más de veinte embajadas europeos en su territorio, un modelo de educación influido por Europa y una red telegráfica que conectaba su territorio con los europeos (Hurber, 2006; 463)

El problema de los peregrinos indios a la Meca se agravó cuando en 1869 se inauguró el canal de Suez lo que redujo el tiempo de duración de los trayectos entre las ciudades indias y los principales puertos europeos. Por ejemplo, el trayecto de Bombay a Trieste se redujo un 68%, a Marsella un 59%, a Londres un 44% y a Hamburgo un 43%. Todo ello aumentó el número total de peregrinos provenientes del lejano Oriente, la costa este de África, Egipto y el norte de África reduciendo el transporte de peregrinos por las rutas caravaneras de un 77%, del total que llegaban a La Meca en 1869, a un 33% en 1893 (Zylberman, 2007: 25). Las autoridades británicas temieron que las regulaciones sanitarias que los estados europeos iban a solicitar para ordenar el paso de los buques por el Canal dificultaran los movimientos de su armada y sus buques comerciales (Harrison, 1992). Para atenuar estas demandas las autoridades británicas introdujeron algunas medidas sanitarias en los puertos de la India. En contra de la opinión de las autoridades locales el Secretario de Estado para la India, Lord Salisbury, endureció las

normativas sanitarias que regulaban el transporte de peregrinos y aprobó su ingreso en cualquier cuarentena del Mar Rojo (Harrison, 1992; 119). Para dar prueba de su voluntad, los británicos revisaron en 1870 su legislación marítima para ejercer un mayor control sobre el transporte de peregrinos (*Native Passenger Ships Act*) y requerir a todos los buques que zarpaban de un puerto indio introducir una serie de mejoras higiénicas y un certificado sanitario que confirmaba que no llevaban sobrecarga de peregrinos. En esa revisión también influyó el escándalo del velero *Batchman Sirusker*, que en 1869 atracó en el puerto de Madras con la mayoría de los peregrinos muertos o en estado moribundo, y el interés de las autoridades británicas porque la mejora del trayecto reforzara sus lazos con los líderes musulmanes para contrarrestar así la influencia creciente de la clase media hindú (Harrison, 1992; 120). En todo caso, en 1887 se volvió a reformar la *Native Passenger Ships Act* para reforzar todavía más la vigilancia sobre el transporte de peregrino, a través de aumentar el control de las actividades de los *bróker*, es decir los intermediarios que organizaban su transporte hasta la Meca. Para evitar la sobrecarga de pasajeros, el gobierno indio firmó un contrato con la empresa naviera *Thomas Cook & Sons* que se encargarían de regular el transporte de los peregrinos de la India. *Cook's* mantenía relaciones con ferroviarias y navieras lo que facilitaba organizar el viaje de ida y vuelta de los peregrinos a la Meca. La empresa garantizaría seguir las normas y las guías establecidas en el *Native Passenger Ships Act* sobre acomodación, alimentación, condiciones sanitarias, inspección de barcos y pasajeros antes de embarcar, existencia de compartimientos especiales para los enfermos, número adecuado de letrinas y cabinas dedicadas exclusivamente a cocina y obligación de contar con un oficial médico si el barco transportaba más de 100 peregrinos. Estas medidas fueron continuamente incumplidas lo que supuso frecuentes denuncias de las condiciones de transporte, la corrupción en las inspecciones de los buques o la recogida de peregrinos en puertos no autorizados (Harrison, 1992; 133).

3.5. La pugna nacional de la bacteriología europea.

La carrera científica por el descubrimiento del cólera conllevó tanto identificar el microorganismo causante de la enfermedad, el *vibrio cholerae*, como el papel fundamental del agua en su transmisión. La consecución de sendos descubrimientos expresó la competencia científica establecida entre los estados europeos, concretamente entre Francia y Alemania, que se resolvió con el triunfo del protocolo bacteriológico

que Robert Koch aplicó para identificar el *vibrio cholera* y su actuación durante la epidemia de cólera en Hamburgo (1892) que supuso reconocer unánimemente el papel que jugaba el agua como vector de transmisión del cólera y la necesidad de una intervención decidida del estado (Howard-Jones, 1975; 66).

Durante las conferencias, Robert Koch y Louis Pasteur, dos de las figuras más importantes en el origen y el desarrollo de la bacteriología, enfrentaron sus métodos de investigación en el estudio del cólera. Las campañas de investigación que sus equipos desarrollaron en Egipto dieron forma a una competición científica europea fuertemente determinada por sentimientos nacionales (Howard-Jones, 1975; 49). Así, en el verano de 1883 y al calor de los debates de las conferencias sanitarias, el gobierno francés y el alemán mandaron sendas misiones médicas a Egipto con el objetivo de estudiar en terreno el estallido de un brote de cólera. Los dos equipos tenían diferentes protocolos de investigación para identificar el microorganismo causante de la enfermedad. El método Pasteur inoculaba muestras de pacientes enfermos o muertos en animales de experimentación. Pero, los postulados de Koch dictaban que antes de inocular el microorganismo se aislara para tratar de reproducirlo en cultivos puros de laboratorio, donde la muestra se multiplicaba sin impurezas, y luego se usaba para inocular con ella a animales de experimentación. Después de un tiempo se observaba si la enfermedad se reproducía en cuyo caso se aislaba de nuevo el germen de los animales enfermos y se verificaba su identidad en comparación con el germen original. Los postulados de Koch establecieron las condiciones científicas para afirmar que un determinado organismo causaba una específica enfermedad. La validez de este postulado había sido reconocida el 24 de marzo de 1882 cuando el científico alemán presentó su descubrimiento del bacilo de la tuberculosis en Alemania (Castillo, 2007)

El equipo alemán enviado a Egipto siguió este protocolo y regresó a Berlín en 1884 con muestras de *Vibrio comma*. Koch viajó después a la India para comprobar que se trataba del mismo microorganismo encontrado en los pacientes de cólera asiático y obtuvo así la ansiada confirmación adjudicándose legítimamente la autoría del descubrimiento. En Calcuta, Koch realizó diversas investigaciones que recogieron valores y medidas con los que analizar la repetición de los resultados bacteriológicos hallados en Egipto, realizó exámenes microscópicos a cadáveres, cultivó microbios para usarlos en experimentos con animales para ver si la enfermedad se reproducía, realizó ensayos de desinfección, investigó distritos con cólera endémico para conocer las relaciones entre la enfermedad

y la población y por último estudió estallidos específicos en prisiones, ejército y barcos. (Howard-Jones, 1975; 47). El descubrimiento oficial del *Vibrio cólera* en 1884 reafirmó la autoridad científica de los postulados de investigación de Koch (Coleman, 1987).⁵² El equipo de investigación francés fracasó en sus intentos de reproducir la enfermedad en animales de experimentación y perdió por contagio a uno de sus investigadores (Howard-Jones, 1975; 45).

Estos descubrimientos permitieron que durante la séptima conferencia sanitaria celebrada en Venecia (1892) se aprobara la primera regulación sanitaria internacional del paso de los navíos por el Canal de Suez⁵³. El reglamento diferenció tres tipos de navíos: (1) buques no contaminantes (navíos limpios); (2) buques sospechosos; y (3) buques infectados. Como señala Huber, los barcos certificados como “limpios” por una inspección médica antes de entrar en el Canal de Suez circularían sin ningún impedimento. Los barcos “sospechosos” de portar casos de cólera a bordo (pero ningún caso nuevo en los últimos siete días) y los barcos “infectados” (aquellos en donde había aparecido un caso de cólera en los últimos siete días) deberían ser sometidos a cuarentena y desinfección. Los barcos “sospechosos” que habían informado telegráficamente de los puertos que habían atravesado y llevaban a bordo un médico y una máquina de desinfección podrían atravesar el Canal sin ser inspeccionados (Huber, 2006; 466). La convención también estableció tiempos máximos de aislamiento para personas y mercancías en función de las tres enfermedades y creó diferentes tipos de salvoconductos de navegación que informaban a los puertos sobre el estado “limpio”, “sospechoso” o “infectado” del barco que pedía permiso para atracar. En todo caso, los barcos que transportaban peregrinos continuaron siendo “sospechosos” incluso sin que hubiera información concreta de algún caso de cólera a bordo (Huber, 2006; 466). De tal forma que la regulación sanitaria internacional redujo los tiempos de cuarentena, aumentó la velocidad de circulación en las rutas comerciales pero mantuvo el control sobre los peregrinos. Estas regulaciones fueron posibles gracias a invenciones que permitían que un buque pasara de una zona epidémica a una región limpia o sana sin

⁵² Otros importantes adelantos científicos también fueron relegados como los descubrimientos del patólogo italiano Filippo Pacini (1812-1883) que identificó en 1854 por vez primera y a través del microscopio la morfología del *Vibrio cólera*, el agente causante de la enfermedad. Su descubrimiento, anterior al de Robert Koch, solo fue reconocido casi un siglo después (Howard-Jones, 1975:17).

⁵³ Delegaciones procedentes de Austria-Hungría, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Inglaterra, Grecia, Italia, Holanda, Portugal, Rusia, España, Suecia, Noruega y Turquía (Howard-Jones, 1975; 59).

sufrir cuarentenas, los test bacteriológicos y las máquinas de desinfección y el telegrama que fue “una medida profiláctica en el sentido más amplio de la palabra” (Huber, 2006: 467). Como veremos después, las telecomunicaciones seguirán siendo fundamentales en el desarrollo de la vigilancia epidemiológica imperial y en la posibilidad real de controlar el estallido lo más cerca posible de su lugar de eclosión siendo su máxima expresión la creación de la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de Singapur (Bashford, 2006).

3.5.1. La influencia de la epidemia de cólera en Hamburgo (1892).

La firma de la primera regulación sanitaria internacional, para normalizar el paso de los buques por el Canal de Suez, solo fue ratificada unánimemente por los delegados europeos tras la respuesta a la epidemia de cólera de Hamburgo que demostró tanto el papel fundamental que jugaba el agua en la transmisión del cólera como, la importancia de la intervención del estado. Esto sucedió un año después de la Conferencia de Venecia, durante la octava conferencia sanitaria celebrada en Dresde (1893) (Harrison, 1992:134).

El estudio histórico de Richard Evans sobre la epidemia de cólera que alcanzó la ciudad de Hamburgo en 1892 explica el impacto negativo y posterior derrota de las posiciones liberales que comerciantes, políticos y algunos sanitarios proponían en oposición a cualquier medida de control que obstaculizara el comercio y reforzara la autoridad de los oficiales prusianos. Evans demuestra la victoria final de la propuesta de Robert Koch⁵⁴, el delegado sanitario del gobierno prusiano durante la epidemia, quien defendió una intervención decidida del estado en la única ciudad del Imperio Prusiano que hasta entonces había frenado este tipo de intervención. En 1892, las posiciones contrarias a la intervención silenciaron la llegada de la enfermedad, para evitar la alarma social, pero el retraso del anuncio de la epidemia y el posterior rechazo a las medidas intervencionistas del estado porque dificultaban el comercio, permitieron la propagación de la enfermedad. Robert Koch, enviado por el gobierno central de Prusia para estudiar y responder a la epidemia, recomendó la necesidad de desplegar una intervención

⁵⁴ Como señalaremos más adelante el papel fundamental del agua en la transmisión del cólera había sido señalado ya en 1854 por el Doctor británico Jhon Snow.

decidida por parte del estado en el suministro de las aguas, la gestión de los mercados y la regulación de los circuitos comerciales (Evans, 1987).

La epidemia de Hamburgo demostró nuevamente la incapacidad de las cuarentenas para prevenir la llegada del cólera a Europa pero también evidenció que era necesaria la intervención del estado para controlarla. La intervención estatal durante la epidemia de cólera de Hamburgo liderada por Koch reforzaba las medidas de higiene y salubridad de los estudios del Doctor John Snow (1813-1858) que habían sido rechazados durante las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales. En 1854 el Doctor Snow relacionó la incidencia de casos de cólera en Londres con el consumo de aguas contaminadas por una "materia mórbida" construyendo algunas de las "metodologías de investigación epidemiológica moderna, por ejemplo, la implementación de encuestas y la epidemiología espacial" (Cerdeja y Valdivia, 2007: 334).

3.6. La creación de la Oficina Internacional de Higiene de París.

Los debates y desarrollos de las Conferencias Sanitarias Internacionales y la evolución del conocimiento médico, que hemos repasado en los anteriores apartados, terminó produciendo un nuevo interés; la necesidad de crear una institución centrada en la estandarización internacional del conocimiento epidemiológico y en la organización y suministro de la información epidémica a los estados europeos. El desarrollo de las Conferencias Sanitarias Internacionales produjo por tanto una autoridad médica imperial cuyo objetivo fue reforzar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional dotándolo de un cuerpo oficial de expertos sanitarios dedicados explícitamente a ello. En la celebración de la 11ª conferencia sanitaria internacional en París (1903) se propuso la creación de la *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP) que finalmente fue creada en 1907 con el objetivo de centralizar la información epidemiológica, revisar y asesorar a los estados europeos sobre los avances científicos y las sucesivas convenciones firmadas para regular las cuarentenas en 1892, 1893, 1894, 1897. Los cuerpos y operaciones de este organismo internacional estuvieron encaminados a estandarizar internacionalmente el conocimiento médico, algo que ya había comenzado a hacer la PAHO en la región de las Américas, como veremos más adelante, y a crear una organización internacional que introdujera los acuerdos

alcanzados en las conferencias para fortalecer la vigilancia de las tres enfermedades que amenazaban Europa: cólera, peste y fiebre amarilla⁵⁵ (Howard-Jones, 1975; 86).

La creación de la OIHP (1907-1939) supuso la formación de la primera burocracia sanitaria imperial organizada en torno a una comisión técnica para el estudio de las enfermedades epidémicas y un cuerpo permanente para revisar y administrar las convenciones que los estados iban firmando, preparar las Conferencias Sanitarias Internacionales y facilitar el intercambio de la información epidemiológica entre diferentes administraciones sanitarias estatales. La OIHP extendió medidas como: la creación de una legislación sanitaria, el examen de los conocimientos bacteriológicos producidos en los laboratorios y publicados en medios especializados, la decisión sobre su aplicación internacional, la extensión de las medidas cuarentenarias más allá de la cuenca del Mediterráneo y del Oriente Próximo, centralizó las notificaciones de brotes epidémicos e informó a los estados, arbitró las diferencias entre estados sobre el significado de las medidas cuarentenarias ratificadas en las Convenciones Internacionales, estableció una unidad específica para el control de peregrinos a la Meca que normalizó la desratización como medida de control, centralizó en París la información epidemiológica que enviaban distintos cuerpos sanitarios, creó las primeras publicaciones semanales, mensuales y anuales y a través de telegramas transmitía la información epidémica relativa a los brotes de cólera, peste, fiebre amarilla, viruela y tifus que los estados facilitaban⁵⁶. (Godman, 1952; 94-96). Sin embargo, la OIHP estaba supeditada a la autoridad de los estados europeos por lo que su Comité Permanente, compuesto por un representante técnico de cada estado, no tenía autoridad para modificar las Convenciones sin el permiso de estos⁵⁷.

Ahora bien, como podemos comprender por lo repasado en los apartados anteriores la superación de la frontera sanitaria europea supuso extender un sistema de vigilancia

⁵⁵ Más adelante también las presiones de la Unión Soviética tras la Primera Guerra Mundial llevaron a incluir el tifus y la viruela cuya extensión por Europa del Este debido a los desplazamientos de población tras el final de la contienda bélica amenazaba a este país. (Zylberman, 2007; 32)

⁵⁶ La primera Convención Internacional Sanitaria ratificada fuera de la estructura de las Conferencias Sanitarias Internacionales fue una iniciativa de la OIHP que permitió en 1933 regular internacionalmente la navegación aérea ante la amenaza que este medio suponía para la propagación de las enfermedades infecciosas (Godman, 1971; 95).

⁵⁷ Las diferentes aportaciones económicas anuales con la que los estados mantenían la Organización permitían distintos números de votos. Aun así las decisiones tomadas por el Comité Permanente siempre fueron unánimes y no necesitaron de votación (Goodman, 1952; 87).

epidemiológico imperial que trató, tanto de defender a la población europea de las enfermedades provenientes de los territorios coloniales, como de aumentar la velocidad del comercio y el transporte marítimo. Para alcanzar estos objetivos además de los enfrentamientos imperiales repasados anteriormente también se requirió excluir las peticiones de los delegados de Estados Unidos, quienes durante las CSI solicitaron vigilar otras rutas marítimas diferentes a las que preocupaba al imperialismo europeo. Por eso el origen europeo del poder médico imperial respondió no tanto a la red creada por los estados europeos sino a la posibilidad de excluir de ella las peticiones de otros estados, principalmente Estados Unidos y los problemas de salud en la región de las Américas.

3.7 La exclusión de las demandas de Estados Unidos.

Como venimos viendo el origen europeo de la medicalización de las relaciones internacionales creó una geopolítica médica que excluyó las peticiones de los Estados Unidos presentadas principalmente durante la Conferencia Sanitaria de Washington (1881) y que también presentaron en otras posteriores.

La llegada de grandes masas de población, a través de las rutas de migración que usaban el Océano Atlántico y Pacífico para alcanzar los puertos de Estados Unidos, fue una preocupación constante para sus autoridades sanitarias que temían que los buques portaran casos de fiebre amarilla y cólera. Como hemos visto, las cuatro primeras conferencias sanitarias estuvieron dedicadas a debatir sobre el cólera, los peregrinos y el paso del Canal de Suez. En cambio, la quinta Conferencia Sanitaria Internacional (1881) organizada a petición del gobierno de Estados Unidos en Washington, fue la única celebrada fuera de la zona de influencia tradicional de los estados europeos y la primera del ámbito latinoamericano por el número de delegados de sus estados que acudieron (Cueto, 2007; 11)⁵⁸. En este caso la atención recayó en otra enfermedad distinta al cólera como fue la fiebre amarilla (Cueto, 2007; 11) y otras rutas marítimas diferentes a

⁵⁸ Ya se habían desarrollado encuentros entre países latinoamericanos entre los que destaca una serie de reuniones sobre salud en las que participaron Argentina, Brasil y Uruguay. En la primera de estas reuniones, celebrada en Montevideo en 1873, se intentó estandarizar las regulaciones para cuarentenas y desinfecciones de los barcos que provenían de puertos donde se extendían el cólera, la fiebre amarilla y la peste bubónica (Cueto, 2007; 11-12).

las de la India y el canal de Suez como fueron las rutas comerciales y sobre todo migratorias del Atlántico que podían introducir la fiebre amarilla, el cólera, el tracoma y otras enfermedades mentales en la costa Atlántica y del Pacífico de Estados Unidos (Cueto, 2007; 13). A esta quinta conferencia acudieron representantes de Estados Unidos y también delegados de otros siete países latinoamericanos y los representantes diplomáticos en Estados Unidos de Haití, Hawái, China, Japón y Liberia (Harrison, 1975; 43). En ella el Doctor Carlos J. Finlay presentó sus descubrimientos en Medicina Tropical sobre el vector transmisor de esta enfermedad (Howard-Jones, 1975; 44)⁵⁹.

Durante la conferencia de Washington, los delegados estadounidenses solicitaron que los barcos que zarpaban de Europa hacia cualquier puerto del continente americano o de Estados Unidos fueran revisados por sus autoridades consulares para examinar su estado higiénico y expandir un certificado que aprobara el viaje (Cueto, 2007). Los representantes europeos rechazaron estas demandas porque consideraron que la petición de Estados Unidos atentaba contra su soberanía al querer intervenir en cuestiones internas como era la evaluación higiénica de los buques, algo que era responsabilidad de las autoridades portuarias de los estados europeos⁶⁰ (Cueto, 2007). Para Howard-Jones, el único objetivo de los EEUU al convocar esta conferencia fue obtener el consentimiento internacional de una legislación nacional que de otro modo sería inaplicable (Howard-Jones, 1975; 43). Finalmente se adoptó una solución de compromiso; las autoridades sanitarias del puerto de salida otorgarían unas patentes sanitarias que los cónsules del país de destino tendrían derecho a revisar para confirmar que la información que contenía era correcta. Según Bonastra, estas resoluciones “no produjeron cambios tangibles” (Bonastra, 2006; 152).

Estados Unidos participó en otras conferencias después de la de Washington donde volvió a solicitar medidas de control sobre los flujos de población migrante que llegaban a sus puertos, sobre todo de buques que partían de los puertos italianos por su temor a que introdujeran el cólera en el país (Howard-Jones, 1975; 73). Por ejemplo, en

⁵⁹ Carlos J. Finlay, delegado especial de España en representación de Cuba y Puerto Rico que anunció el 18 de Febrero de 1881 (CSI de Washington) la transmisión de la fiebre amarilla por un agente que después sería conocido como el mosquito *Aedes aegypti* (Howard-Jones, 1975; 44).

⁶⁰ La figura del oficial sanitario en los puertos no era desconocida por los europeos. En 1876 John Simon la aplicó al puerto de Calcuta (Port Health Officer) y desde 1878 se aplicaba a otros puertos indios (Harrison, 1992; 136).

la novena Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1894, la delegación de los Estados Unidos intentó sin éxito persuadir a los delegados europeos de reforzar el control sanitario de la población que zarpaba desde sus puertos con dirección a las ciudades americanas. El delegado médico italiano reprochó, que el año anterior cuatro barcos que habían zarpado desde Nápoles, después de una inspección médica exhaustiva, sufrieron diversos casos de cólera durante el trayecto lo que supuso que se negara su atraque en los puertos de destino de América Latina. Cuando los barcos regresaron a Nápoles, presentaron en total de 522 muertes por cólera. Posteriormente, la delegación estadounidense trató de lograr sin éxito la aprobación para realizar una Conferencia Sanitaria Internacional en Bruselas o La Haya para abordar el problema de la introducción del cólera en los Estados Unidos. Entre 1981-1991 el número de migrantes europeos que habían llegado a los puertos de EEUU superó los 6 millones lo que justificaba la petición de las autoridades de EEUU. Aunque la recepción de la propuesta fue favorable nunca llegó a realizarse (Howard-Jones, 1975; 73).

La necesidad de priorizar y atender otras rutas diferentes de las que interesaban a los europeos durante las Conferencias Sanitarias Internacionales facilitó que los delegados de Estados Unidos crearan, junto a otros estados latinoamericanos el primer organismo sanitario internacional, la Pan American Health Organization (PAHO)⁶¹. La creación del primer organismo sanitario regional, la Organización Panamericana de Salud en 1902, buscó coordinar la respuesta de las autoridades de Estados Unidos y la de otros estados latinoamericanos a la fiebre amarilla que alcanzaba proporciones epidémicas en muchos puertos americanos y que, junto a la llegada del cólera procedente de Europa y la peste de Asia, preocupaba a sus autoridades. Para ello, la PAHO trató de uniformar la política marítima de salud pública del continente americano en base a principios científicos, humanitarios y económicos y la promoción de la higiene en los puertos (Cueto, 2006; 6)⁶². La PAHO, fue creada dentro de un contexto de cambio demográfico y social, incremento de las relaciones diplomáticas entre los estados del continente americano,

⁶¹ En 1902, 12 países asistieron a la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington D.C. (Estados Unidos), que desembocó en la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana (hoy llamada Organización Panamericana de la Salud). (Cueto, 2006; 31).

⁶² Esta actuación no difirió de la que venían tomando las Conferencias Sanitarias Internacionales. La Organización Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas fue rebautizada como Oficina Sanitaria Panamericana en 1920 (OSP) y en 1959 como Organización Panamericana de la Salud, (OPS).

extensión de la urbanización, industrialización y revolución en los transportes lo que facilitó la llegada masiva de inmigrantes a sus puertos (Cueto, 2006).

3.8. Conclusión.

Como hemos visto, el origen del poder médico imperial fue un producto eminentemente europeo que respondió a las necesidades históricas de sus estados durante su expansión imperial. Esto caracterizó la evolución de un sistema de vigilancia epidemiológico que operaba a través de una *frontera sanitaria* identificada con las estrategias cuarentenarias y los cordones sanitarios. Una primera medicalización de las relaciones internacionales supuso así la problematización de diferentes procesos que estaban sucediendo en territorios diversos como fueron los procesos de medicalización nacionales desarrollados en los modernos estados europeos, los estallidos de cólera sucedidos en sus ciudades, las investigaciones realizadas por los equipos médicos de Robert Koch y Louis Pasteur en Egipto, las políticas sanitarias coloniales británicas en la India, el transporte de peregrinos por el Mar Rojo, las instalaciones cuarentenarias del Imperio otomano, la propia evolución de las ciencias de la salud. La extensión de un sistema de vigilancia epidemiológica imperial excluyó las peticiones de las autoridades de los EEUU, y otros estados americanos, que solicitaban extender la vigilancia sobre otras rutas geo-epidemiológicas que afectaban a los puertos europeos. Esta exclusión facilitó la creación de una red de vigilancia epidemiológica regional que operando sobre diferentes territorios americanos impulsó la creación del primer organismo sanitario internacional, la PAHO. Por ello podemos afirmar que el origen de un proceso de *unificación del globo contra la enfermedad* respondió tanto a los efectos normalizadores del despliegue de un poder médico, que extendió la vigilancia epidemiológica a las rutas con el subcontinente indio, como a los efectos de excluir de esa red a las rutas marítimas que unían los puertos europeos con los americanos.

CUARTO CAPÍTULO

4. Imperialismo y surgimiento de un poder médico tropical.

4.1. Introducción.

El origen del poder médico tropical se sitúa en el momento en que los europeos a mediados del siglo XIX, comienzan a problematizar las relaciones que se establecen entre el medio y la naturaleza como origen de la enfermedad en África. La enfermedad había constituido una frontera natural en el avance de los europeos (exploradores, misioneros, militares) hacia el interior de África y un ámbito específico para representar la inferioridad de su población a los ojos de la sociedad europea⁶³. La creación de una red médica tropical supuso la producción de un tipo de *excelencia médica* que superó los diferentes límites que la enfermedad oponía a los intereses expansionistas europeo, permitiendo que la percepción de la “enfermedad en los trópicos” evolucionara hacia el surgimiento del concepto de “enfermedad tropical”. Uno de los elementos centrales para la consecución de este desplazamiento fue la construcción de la Medicina Tropical como una nueva y específica disciplina médica. Sin embargo su origen, como señala Michael Worboys, debe entenderse como el resultado combinado de la evolución de otras prácticas y conocimientos en el terreno de la medicina empírica, las ciencias de la salud y la higiene tropical (Worboys, 1996; 181) así como el conjunto de actividades desarrolladas por diferentes actores coloniales e imperiales, especialmente británicos, que persiguieron la producción de un conocimiento médico que respondiera a las necesidades y problemas que acarrea la colonización, explotación y administración de nuevos territorios (Arnold, 1993).

4.2. Los límites de la medicina europea.

La práctica médica en los primeros asentamientos, enclaves o misiones británicas al sur de África no asentaba su estatus en ser una ciencia rigurosa, indisputable, universal o alejada de la especulación. El conocimiento médico europeo no mostraba

⁶³ Los trabajos de Curtin (1964) y Comaroff, (1991) abordan este hecho para el caso concreto de la sociedad británica.

una superioridad clara respecto a otros saberes locales a los que los europeos acudían para curar sus dolencias (Arnold, 1988; 11-12). La autoridad del médico provenía entonces de las advertencias que podía proporcionar a los exploradores, viajeros, comerciantes y primeros colonizadores para mantenerse con vida durante su estancia en los trópicos. A lo largo del siglo XIX, estos consejos y recomendaciones eran publicados en tratados dirigidos a los viajeros que zarpaban para las India Occidentales y los territorios africanos. Los tratados explicaban que los europeos sufrían una predisposición innata a factores naturales que eran comunes en los trópicos como las altas y fluctuantes temperaturas, la humedad y la exposición a la intensa luz del sol. Todo ello incrementaba su mortalidad porque debilitaba su constitución, impedía su adaptación, hacían que fueran más vulnerables a las fiebres y provocaban trastornos relacionados con la nutrición y la ingesta de líquidos ⁶⁴ (Worboys, 1996; 183). Las prescripciones médicas establecían un estricto régimen de conducta que afectaba a cuestiones diversas como, vestimenta, dieta, ejercicio y control de las pasiones. El seguimiento de estos comportamientos aparecía como la única guía válida, aunque tentativa, para mantenerse con vida. Cuidar la salud era así una responsabilidad personal que debía asumir el europeo cuando viajaba a los trópicos. Esto significaba por ejemplo, que los marineros ingleses antes de zarpar para esos territorios firmaran un contrato donde se comprometían a cuidar su salud y mantener un comportamiento adecuado para lograr los objetivos de la expedición (Curtin, 1989; 303). Todo ello reforzó la importancia de la discusión en torno a la aclimatación del europeo a los trópicos. Así se establecieron recomendaciones que proponían adaptar la constitución del europeo al clima tropical combinando breves estancias en los trópicos con periodos más largos en climas templados e incluso realizar transfusiones con sangre nativa (Osborne, 1996; 85-87).

Pero también, en torno a la enfermedad los británicos fueron estableciendo un encuentro con las sociedades africanas. La enfermedad jugó así también un papel como recurso discursivo siendo una de las principales vías que usaron los europeos para representar

⁶⁴ Por ejemplo, a comienzos del siglo XIX los textos hablaban en términos humorales para considerar que la sangre europea en los trópicos arrojaba "elementos ardientes y cáusticos" que causaban fiebre, "calor y úlceras". La anatomía patológica y la fisiología de mediados del siglo XIX siguieron considerando que el calor de los tópicos entorpecía la circulación sanguínea, afectaba a la nutrición al disminuir el metabolismo de los órganos internos especialmente del estómago y el hígado (Worboys, 1996; 183).

los trópicos y sus gentes. Durante la trata esclavista los europeos asociaron al africano con un cuerpo saludable, fuerte, inmune al clima donde se mezclaba la ingenuidad primitiva con una capacidad inhumana para resistir la enfermedad (Prins, 1989; 160). Ya a finales del siglo XVIII, el siglo de las expediciones, el interior desconocido de África, al que los europeos intentaban acercarse, fue descrito a través de un imaginario europeo fuertemente asociado a la enfermedad. Un coro de voces formada por: científicos, biólogos, religiosos⁶⁵, aventureros, exploradores⁶⁶, militares y expedicionarios científicos construyó un relato que representaba África como un continente miasmático, lleno de amenazas, perdición, muerte y enfermedad. Un territorio que era principalmente hostil para la civilización y estaba poblado por seres determinados por el clima (Comaroff and Comaroff, 1991; 106). Estas representaciones dieron al medio africano la capacidad de determinar la naturaleza de sus sociedades después de que las ciencias naturales hubieran construido un relato de la inferioridad africana al situar a sus pobladores en el último eslabón de una cadena natural cuya posición más evolucionada estaba reservada al hombre europeo considerado como el auténtico “homo sapiens” (Butchart, 1998; 65)⁶⁷. La representación de la enfermedad en África sirvió a los europeos tanto, para construir el interior de un territorio y una población desconocida, como para producir un relato moral asentado en diferentes binomios éticos como salud-contagio o decencia-degeneración. De hecho, los discursos médicos humorales relacionaron los flujos del cuerpo con valores y predisposiciones sociales, morales y ambientales (Young, 1978). Por ejemplo, en los primeros asentamientos las teorías miasmáticas consideraron el cuerpo del africano con un foco natural de la enfermedad como lo eran también: la humedad, la podredumbre o los miasmas (Comaroff, 1993; 307)

⁶⁵ La enfermedad se relacionó con otros relatos sobre África. Los escritos de los primeros misioneros en África del Sur preocupados por el acecho constante de la enfermedad, a la que consideraban responsables al clima y a sus habitantes, relacionaban sus discursos con los abolicionistas, las voces románticas y las miradas naturalistas al continente que celebraban la simplicidad rural y preindustrial que caracterizaba al salvaje negro inocente (Comaroff; 1991; 312).

⁶⁶ Por ejemplo, a finales del XVIII y comienzos del XIX, encontramos las exploraciones de Mungo Park por el río Níger que formaron la visión imperial británica de África representada como un territorio enfermo, privado de hombría y cuyos habitantes exiliados del Edén esperaban que un heroico hombre blanco-europeo los salvara relacionando así un discurso filantrópico con la superioridad europea (Comaroff; 1991; 432).

⁶⁷ En torno a 1650 una Era de la Clasificación replica el sistema de clasificación que Linneo concibió para la botánica a la ordenación de los seres vivos como objetos de una historia natural (Butchart, 1998; 65).

La medicina europea consideraba que las “enfermedades en los trópicos” eran análogas a las encontradas en los climas templados de forma que las fiebres intermitentes, continuas o remitentes operaban en Madrás, Manchester, Bermuda, Birmingham, Lagos o Londres (Harrison, 1996; 133). Antes de 1850 su virulencia en los trópicos había llevado a muchos médicos europeos a creer que podía tratarse de dolencias exclusivas a ese tipo de climas. Sin embargo, en los hospitales y en general en la enseñanza de la medicina europea de entonces se describían, diferenciaban y clasificaban (nosología) de igual manera las enfermedades encontradas en los trópicos o en las metrópolis, por lo que se aplicaba un tratamiento parecido a la enfermedad con independencia de dónde se localizara (Worboys, 1996; 181). Estas analogías sirvieron para que la enfermedad permitiera comparar la “oscuridad de África” con la “abarrotada Asia” y con los barrios obreros de las ciudades industriales británicas⁶⁸.

A inicios del siglo XIX una serie de movimientos permitieron comenzar a diferenciar “la enfermedad en los trópicos”, de lo que después se conocería como “las enfermedades de los trópicos”. La combinación de distintos conocimientos permitió ordenar, clasificar e identificar las distintas sintomatologías, diagnósticos y tratamientos que distinguieron las enfermedades tropicales de las metropolitanas. Esta diferente nosología según indica Worboys indica no respondió exclusivamente a la aparición de un conocimiento o metodología de investigación propia a la Medicina Tropical sino al ejercicio de una medicina empírica, que desplazada posteriormente por un conocimiento científico, comenzó a desacoplar la unidad enfermedad-clima sin lograr hacer recomendaciones ambiciosas, y al diálogo que entablaron diversos conocimientos médicos y programas de investigación procedentes de disciplinas como, la parasitología, la entomología, la helmintología, la bacteriología o la microscopía (Worboys, 1996) influidos, como señala Sandra Caponi, por un pensamiento darwinista propio a la disciplina de la biogeografía desarrollada por los británicos (Caponi, 2003)

De tal forma que, el comienzo de un poder médico tropical o una *red de medicalización tropical* aparece justamente en el momento en que diferentes actores europeos

⁶⁸ En todo caso, el contacto con nuevos entornos y formas menos analizadas de fiebre pudo haber extendido la discusión más allá de las categorías familiares utilizadas en las ciudades de Inglaterra. Este fue el caso, por ejemplo, del debate entre la fiebre continua en comparación con la fiebre amarilla o si ésta se limitaba a las áreas pantanosas de forma similar a la fiebre palúdica (Pickstone, 1992; 142).

comienzan a problematizar la relación entre el medio africano y la enfermedad. Esta red comienza a producir una serie de conocimientos, actuaciones e investigaciones que permitieron, desde finales del siglo XVIII, comenzar tenuemente a desacoplar la unidad entre medio-enfermedad⁶⁹. Como repasamos a continuación esta *red de medicalización tropical* comenzó a estar constituida mayoritariamente por médicos militares británicos que conectaron sus experiencias en la India con las desarrolladas en África. Pero también dentro de la red hay que destacar el papel que jugaron en África, las expediciones científicas, las actuaciones de los misioneros y la influencia que el desarrollo de las ciencias de la salud en Europa tuvo en la capacidad de mantener la representación europea de la inferioridad de las sociedades africanas (Said, 2003).

4.3. El cuestionamiento de la frontera médica.

Durante las décadas de 1840-1850 las tropas británicas en África trasladaron un conjunto de prácticas que venían desarrollando en la India y que permitieron comprender y operar sobre diferentes factores relacionados con la enfermedad. Principalmente fue el área geográfica comprendida por el Golfo de Guinea donde comenzaron a desarrollarse las primeras estadísticas militares en África, se ensayó la dosis recomendable de quinina y tuvieron lugar las primeras encuestas, exámenes y ejercicios de topografía médica que buscaban mejorar la higiene y la salubridad de los campamentos militares. A continuación repasamos estas actuaciones más detenidamente.

4.3.1. Las estadísticas militares del ejército imperial británico.

Desde 1793, el ejército británico había comenzado a elaborar estadísticas militares entre sus tropas desplegadas en la India lo que extendió a partir de 1840 a sus ejércitos en África. Las estadísticas médicas mostraban los diferentes porcentajes de mortalidad de los soldados en casa y los trópicos lo que permitía comparar el coste económico que suponía repatriar las tropas desde los enclaves tropicales o ingresarlas en los hospitales de ultramar (Curtin, 1989, 80). La información sobre la salud de las tropas publicada por el *United Service Journal and Naval and Military Magazine* recuperada por

⁶⁹ La superación de la *frontera natural* no fue solo debida a la medicalización. Tres avances tecnológicos y científicos fueron fundamentales, el rifle de repetición, el barco de vapor y la quinina (Headrick, 1979).

Daniel R. Headrick ofrece interesantes datos que muestran el tremendo impacto que tuvo la enfermedad en la expansión europea en África. Así, entre 1819 y 1836 el 48.3% de los 1.843 soldados británicos que sirvieron en Sierra Leona, es decir 890, habían muerto por causas relativas a las enfermedades contraídas durante su servicio. Durante ese periodo, el peor año fue 1825 cuando fallecieron por enfermedad el 78.3% (447 soldados de un contingente total de 571). Entre 1823-1827, dos tercios de los europeos que llegaban cada año a la Costa de Oro, el nombre dado por los colonizadores europeos a la costa occidental del golfo de Guinea, sucumbieron a la enfermedad. En 1824, 221 de 223 perdieron la vida. Del total, el 77% de los soldados mandados a África del Oeste perecían, el 21% quedaba inválido y solo el 2% estaba sano para futuros servicios. Entre la tripulación que servía en la Escuadra Africana de la *Royal Navy*, destinada a la costa de África del Oeste, el porcentaje de mortalidad entre 1824-1845 fue de 483 por mil para los soldados y 209 por mil para los oficiales. Las tropas británicas en Sierra Leona (1829-1836) y las tropas francesas en Senegal (1819-1838) presentaban los por miles de mortalidad más altos de los trópicos con 483.00 y 146.66 respectivamente (Headrick, 1979; 64). Estas estadísticas reforzaron la imagen de que África era “la tumba del hombre blanco”⁷⁰ pero también sirvieron para cuestionar algunas creencias sobre la aclimatación del soldado británico en los trópicos. Así se cuestionó la idea de que los veteranos tenían una fortaleza mayor que los recién llegados o que la aclimatación se reforzaba cuando se pasaban cortas pero frecuentes temporadas en los climas tropicales (Curtin, 1965: 344). Para la década de 1870 el resto de los ejércitos europeos ya desarrollaban informes estadísticos sobre la salud de sus tropas para conocer más exactamente las causas de mortalidad entre sus filas.

4.3.2. La posología de la quinina.

Los descubrimientos alrededor de la posología de la quinina, es decir el cálculo de la dosis necesaria para lograr un efecto terapéutico, fueron en gran medida logrados gracias a las expediciones que las sociedades científicas organizaban al interior de África. En concreto, las Expediciones al Río Níger hicieron diferentes descubrimientos en torno a la dosis de quinina necesaria para luchar contra las fiebres. El tratamiento con

⁷⁰ Las enfermedades más comunes eran: disentería, fiebre amarilla, fiebre tifoidea y sobre todo malaria (Headrick, 1979; 64).

quinina para las fiebres de malaria se conocía desde siglos atrás siendo su producción monopolio de la Compañía de Jesús. En 1820 los químicos franceses, Pierre Joseph Pelletier (1788 –1842) y Joseph Bienaimé Caventou (1795–1877) extrajeron de la corteza de la *Cinchona* el alcaloide de la quinina que tenía propiedades antipiréticas, antipalúdicas y analgésicas. El descubrimiento y la extracción de sus propiedades supusieron una revolución terapéutica. Hasta 1850 toda la corteza de *Cinchona* provenía de su área natural de origen compuesta por los territorios que ocupan hoy los países de Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia. La posibilidad de cultivar y extraer quinina en geografías alejadas de donde era originaria se debe al explorador y botánico británico Clements Markham del *Indian Office* quien en su viaje de 1858-1860 a Bolivia y Perú recolectó en secreto semillas del árbol *Cinchona calisaya* para plantarlas en Birmania y Ceilán⁷¹. Sin embargo, antes de que la quinina se produjera y dispensara en cantidades masivas entre los ejércitos coloniales europeos de África y del sur y sudeste de Asia se requirió conocer la dosis necesaria para lograr una acción terapéutica efectiva. Como decimos, durante las expediciones científicas a África se llevaron a cabo diversos ensayos para probar diferentes posologías y analizar su efecto antipirético (Curtin, 1964, 355-356). De hecho, uno de los objetivos de las famosas exploraciones por el Río Níger (1841) de la Sociedad Geográfica fue el de alcanzar un conocimiento más exacto de las dosis de quinina que debían tomar los soldados⁷². Los avances y descubrimientos relativos a la ingesta de quinina (seis u ocho gramos de quinina) por día se sumaron a las recomendaciones personales sobre vestimenta, dieta, actividades físicas e influencias morales.

4.3.3. El surgimiento de la higiene militar.

A las estadísticas militares y los descubrimientos en torno a la dosis recomendable de quinina tenemos que sumar los avances británicos en materia de higiene militar. A partir de 1850 sus tropas expedicionarias en la India comenzaron a desarrollar una medicina empírica, que los estados europeos habían puesto en práctica desde finales del

⁷¹ Otras funciones que Markham desarrollo para el Indian Office fueron las de: introducir el algodón peruano en Madras, evaluar las posibilidades para el cultivo de la planta medicinal de la ipecacuana brasileña en la India y trasplantar los árboles de caucho de Brasil

⁷² Los estudios sobre las formas de ingestión y las dosis adecuadas desarrolladas durante la exploración británica al Río Níger en 1841 fueron publicados en The Lancet. Dr Thomson “On the Value of Quinine in Africa Remittent Fever”. The Lancet el 28 de febrero de 1846.

siglo XVIII, al realizar, exámenes, encuestas, informes sobre el medio y ejercicios de topografía para recolectar diversas mediciones con las que mejorar el conocimiento y la intervención sobre el territorio (Curtin, 1989; 42-43). La medicina empírica que comenzó a desarrollarse en la India trató de profundizar en la relación entre el clima tropical y la aparición de la enfermedad investigando para ello, las localizaciones, los suelos y midiendo las temperaturas y el caudal de lluvias⁷³. Como resultado de esas investigaciones, desde el último cuarto del siglo XIX, los doctores y oficiales sanitarios del ejército británico reforzaron su confianza en las reformas higienicas sin abandonar por ello la preocupación por el papel del clima en el origen de la enfermedad, ni la importancia de la responsabilidad individual en la conducta de las pasiones y los hábitos saludables (Livingstone, 2002).

Más adelante, el ejército imperial británico trasladó a sus primeros enclaves y asentamientos militares en el Golfo de Guinea el interés por la topografía médica para conocer de manera más precisa el medio y mejorar así la higiene de sus asentamientos en el continente (Curtin, 1989; 3). Los trabajos de topografía médica realizados en esta parte de África fueron menos ambiciosos que los desarrollados en otras geografías y estuvieron muy influidos todavía por un pensamiento miasmático. Algunas de sus recomendaciones fueron las de aprovechar mejor las corrientes de aire para evitar las emanaciones miasmáticas, buscar climas frescos que protegieran la salud del europeo, el desmatamiento del terreno y la construcción de campamentos militares a una altura suficiente para que las emanaciones terrenales, consideradas como fuentes de la enfermedad, no pudieran alcanzarlos (Curtin, 1992). En 1840 las tropas británicas desplegadas en África Occidental recomendaban construir en alturas superiores a 5.000 pies de altura y las tropas alemanes construyeron Buea, la capital de Camerún, a más de 13.000 pies (algo más de 1.500 metros) (Curtin, 1996: 99). Las tropas británicas en la India comienzan a realizar Informes sobre la mejora de las condiciones higiénicas, no ya en relación al medio, sino a las condiciones de los propios campamentos y asentamientos militares.

⁷³ Destaca, en concreto, el Informe de la *Royal Comision on the Sanitary State of the Indian Army* (1863) que siguió relacionando la enfermedad con la temperatura y la humedad pero introdujo la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de los enclaves, barracas, y hospitales militares (Referencia-cómo).

4.3.4. Produciendo al africano: sexualidad y medicina misionera.

Las actividades repasadas en los anteriores puntos permitieron, como venimos diciendo, comenzar a desacoplar la relación entre el medio y la enfermedad en África. Sin embargo eso no desplazó el uso que los europeos habían hecho de la enfermedad como forma de representación de la inferioridad de las poblaciones africanas. En gran medida esto fue posible gracias al desarrollo, durante el siglo XIX, de los trabajos procedentes de la taxonomía, la anatomía comparada (morfología) y de disciplinas pseudocientíficas como la frenología o la fisiognomía. En concreto, la taxonomía y la anatomía comparada comenzaron a interesarse por los órganos sexuales de la mujer africana que presentaron como rasgos de su degeneración y primitivismo. La relación entre el cuerpo y la enfermedad fue una vía para que los europeos mantuvieran su construcción de la inferioridad de las sociedades africanas a través ahora de la inspección y el examen del interior de su cuerpo y sus órganos lo que permitió la reproducción de un imaginario europeo que asentaba la inferioridad de las sociedades africanas (Brutchald, 1998, 64).

Las exposiciones de Sarah Bartman ejemplifica la importancia que tuvo la construcción de la sexualidad femenina africana como forma de representar la inferioridad de sus sociedades. Sarah Bartmann, una mujer Khoi natural de Ciudad del Cabo, conocida como la Venus Hottentote fue secuestrada, vendida, prostituida y exhibida públicamente desde 1810 en Piccadilly Circus. Las exposiciones de Sarah Bartman bailando y tocando instrumentos en circos y espectáculos recorrieron diversas ciudades de Inglaterra, Irlanda y Francia (1814). Tras su muerte Georges Cuvier, naturalista e impulsor de la anatomía comparada, disecó su cuerpo quedando su esqueleto, cerebro y genitales expuestos en el Museo del Hombre de París hasta 1974. (Brutchald, 1998, 71). A través de la sexualidad los europeos consideraron que habían sido capaces de exteriorizar y sacar a la luz una naturaleza africana que había permanecido invisible a sus ojos. Un discurso científico construyó la protuberancia de su sexo y nalgas como rasgos significativos de una sexualidad característica a un ser mentalmente débil y caprichosa. Los órganos sexuales de Sarah Bartmann encarnaron una nueva forma de representar y divulgar popularmente la inferioridad africana. Los valores de la ideología burguesa de finales del siglo XIX usó también esta representación para reconocer en la prostituta europea una mente patológica incapaz de controlar los instintos sexuales y presa de una degeneración propia a la raza negra (Gilman, 1985). Se mantenía así el

valor comparativo de la enfermedad que vimos líneas atrás. Las exposiciones públicas y divulgaciones científicas de los pueblos indígenas en las ciudades europeas y de EEUU llegaron a ser muy populares. Estas poblaciones eran exhibidas en sus condiciones “naturales” junto a animales característicos. La etapa álgida de los zoológicos humanos empezó en la década de 1870 y las últimas exhibiciones sucedieron a comienzos 1930 (Arteaga, 2010)

Figura 4.1: Exposición de Sarah Bartmann



Fuente: Hottentot Venus, siglo XIX (Grabado de autor desconocido)

Otra forma a través de la cual la práctica del conocimiento médico, a mediados del siglo XIX, permitió acceder al interior del africano fue la que llevaron a cabo los misioneros. La medicina misionera no trató solo de sacar a la luz el interior del africano para representarlo sino que buscó reconstruirlo a través de una vía singular, la evangelización. Esto supuso que los primeros evangelistas británicos se concibieron a sí mismos como restauradores del cuerpo y del espíritu responsables no solo de la salvación del nativo sino de la capacidad de establecer una civilización saludable en África (Comaroff, 1991). La medicina misionera hizo del cuerpo africano un espacio de práctica y autoridad a los ojos de la población nativa (Butchard, 1998; 89). Por ejemplo,

David Livingstone (1813–1873) que era a la vez explorador, misionero y médico usaba los instrumentos de su arsenal terapéutico compuesto de, torniquetes, catéteres, termómetros, fórceps, extractores dentales para hacer de la curación una vía para revelar la existencia de una autoridad divina encarnada en su labor curativa. La medicina misionera contenía elementos propios a una exhibición terapéutica donde se daban la mano el ejercicio y la celebración de una autoridad superior (Butchard, 1998; 95).

A lo largo de este apartado hemos repasado cómo diferentes avances vinculados a la estadística, los descubrimientos de la quinina y la higiene militar fueron debilitando el papel de la *enfermedad como frontera* para la expansión europea en África. Estas intervenciones permitieron trazar una red de conexiones imperiales entre localidades diversas de Europa, India y África que permitieron, de una manera todavía poco ambiciosa, multiplicar las posibilidades de supervivencia del europeo en África. Esto fue posible sin cuestionar el papel que la sociedad europea había dado a la enfermedad como vía para la representación de una pretendida inferioridad africana. Estas características serán las condiciones de posibilidad que permiten la emergencia, que repasaremos en el siguiente apartado, de la Medicina Tropical como estrategia médica para explotar y colonizar África y a la vez poder mantener la representación de la inferioridad de sus sociedades. En la producción de este nuevo conocimiento médico África jugó un importante papel como laboratorio natural.

4.4. La emergencia de la Medicina Tropical.

El desarrollo de la Medicina Tropical incorporó en la *red de medicalización tropical*, repasada anteriormente, una serie de nuevos actores científicos, no exclusivamente británicos, que multiplicaron las conexiones imperiales que ya había establecido la *red de medicalización tropical*.

El territorio africano jugó un papel central en la extensión de estas redes imperiales porque los europeos hicieron de África un laboratorio natural para la producción del

conocimiento médico⁷⁴. El trabajo de la *red de medicalización tropical* produjo un nuevo tipo de autoridad imperial como fue la del médico tropical cuyo conocimiento hizo de la población y la sociedad africana objetos de la normalización médica. A lo largo de este apartado repasaremos cómo la red tropical organizada en torno a la carrera por el descubrimiento de la malaria impulsó el despliegue de un poder médico tropical basado en la creación y el desarrollo de un conocimiento en Medicina Tropical. Esta red continuó conectando los territorios coloniales británicos en la India y África a los que sumó, como veremos, diferentes centros de investigación surgidos con la creación de las Escuelas de Medicina Tropical (EMT). Sus investigaciones desacoplaron la unidad establecida entre el medio y la enfermedad sin dejar por ello de preocuparse por el problema que planteaba la aclimatación del europeo a los trópicos africanos y la capacidad de reconstruir a través de la enfermedad la imagen de inferioridad de las sociedades africanas. Una investigación central en este proceso fue la carrera en torno al descubrimiento de la naturaleza y transmisión de la malaria, que impulsó de una manera decidida el surgimiento de la Medicina Tropical y la posterior multiplicación de las Escuelas de Medicina Tropical.

4.4.1. La competición por la malaria.

La evolución de la *red de medicalización tropical* alcanzó dos objetivos. Uno era el de preservar la vida y las actividades de los colonos europeos de una manera más eficaz, lo cual mantenía el interés de cuidar la vida del europeo para lo que era necesario un desarrollo médico centrado en las enfermedades encontradas en los trópicos, junto a la formación de profesionales específicos para esa tarea. Otro fue el de responder a las exigencias de la Conferencia de Berlín (15 de noviembre de 1884-26 de febrero de 1885) que requirió a los estados europeos con intereses en el continente demostrar sus capacidades para gobernar y explotar los territorios bajo su autoridad lo cual conllevaba garantías para enfrentar la enfermedad con éxito (Wesswling, 1999; 148-150). Ambos criterios respondían a las capacidades materiales reales de explotar el territorio africano. El conocimiento médico debía responder a las necesidades y las tareas del gobierno colonial y mostrar su pericia respecto a otras disciplinas científicas a la hora de

⁷⁴ África había sido ya un ámbito específicos de la extensión y combinación de diferentes saberes médicos como la medicina ayurvédica que había entrado por la costa swahili y la hipocrática a través de la expansión del Islam por el continente (Abdalla. 1992; 183).

umentar la producción, mejorar el conocimiento de la población nativa, seguir enfrentando el medio, gobernar la población nativa y mantener el orden colonial aunque todo ello también creara diferentes tensiones y competencias entre expertos, oficiales y otros actores de la administración colonial (Tilley, 2011; 170). Tanto preservar la vida de los colonos europeos como garantizar la explotación de África requirió continuar desacoplando la relación entre el medio africano y la enfermedad. La conquista de las “enfermedades en los trópicos” fue un requisito del imperialismo europeo para sobrevivir, colonizar y explotar África y a la vez un proceso de renovación del encuentro europeo con el medio africano que mantuvo un imaginario de superioridad (Neill, 2012) que permitió profundizar en las capacidades demostradas inicialmente por la medicina misionera a la hora de examinar y transformar el interior del africano.

Los debates científicos en torno a la malaria permitieron que se continuara creando una red médica imperial donde científicos europeos de diferentes nacionalidades, principalmente, italianos, franceses y británicos participaron en debatir la naturaleza, etiología y transmisión de la enfermedad. La construcción de esta red incorporó científicos de diferentes especialidades médicas y nacionalidades que multiplicaron las conexiones ya iniciadas por la medicina empírica. De hecho conocer el ciclo de vida del plasmodio y la taxonomía de los vectores requirió de los avances y desarrollos de otras disciplinas científicas como, la parasitología, la entomología (helmintología), la bacteriología, la microscopía y sobre todo como subrayaremos a continuación la biogeografía-ecología. (Worboys, 1988; 22). Todas ellas continuaron desacoplando la relación entre medio y enfermedad lo que permitió, en último caso, como señala Sandra Caponi, la construcción de la Medicina Topical sobre un paradigma específico basado en la identificación del vector (Caponi, 2003; 116).

El desarrollo de estos debates comenzó en 1880 cuando Alphonse Laveran (1845 – 1922), médico militar francés, descubrió en Argelia a través de las nuevas técnicas de tinción microscópica, el microorganismo responsable de la enfermedad al que denominó *plasmodio*. Los intentos de cultivar el parásito en preparados específicos e inocularlos posteriormente en animales de experimentación fracasaron, por lo que el descubrimiento de Laveran tuvo que esperar una década hasta ser aceptado científicamente. Las investigaciones de los médicos italianos, Ettore Marchiafava –

médico patólogo-. (1847–1935)⁷⁵ y Angelo Celli –médico parasitólogo- (1857 –1914)⁷⁶ fueron los que lograron elucidar en las muestras de sangre de los enfermos los protozoos vivos de la malaria que Laveran había observado en 1885 e identificaron dos especies diferentes, el *Plasmodio falciparum* y el *Plasmodio vivax*⁷⁷. Estos avances en el área de la parasitología se lograron gracias al desarrollo de los instrumentos ópticos cuyo desarrollo también contribuyó a los descubrimientos de Robert Koch (Howard-Jones, 1975; 48).

Laveran había identificado el plasmodium y los italianos diferentes tipos de plasmodium vivos en sangre de enfermos pero la transmisión todavía quedaba por explicar. Por eso, un segundo debate giró en torno al descubrimiento de la transmisión del *plasmodio*, es decir saber cómo el patógeno llegaba a la sangre del individuo. El descubrimiento del papel del *anopheles* como agente o vector transmisor marcó el origen histórico de la Medicina Tropical como una especialidad científica propia basada en un postulado diferente a otras ciencias de la salud como la Bacteriología o la Parasitología⁷⁸. En concreto, este descubrimiento enfrentó muy especialmente a científicos italianos y británicos. En Italia, Giovanni Battista Grassi⁷⁹ experto en entomología y biología marina descubrió que el sistema digestivo del mosquito transportaba el *plasmodio* y en 1899 junto a Amico Bignami, patólogo (1862-1919), descubrieron las etapas del ciclo vital del Plasmodio que se desarrollaba dentro del mosquito. Por su parte, Ronald Ross como oficial médico del *Indian Medical Service* comenzó a estudiar la malaria en 1882 y dos años después, en 1894, comenzó su colaboración con el Dr. Patrick Manson, principal impulsor del campo de la Medicina

⁷⁵ El descubrimiento de Laveran fue refutado inicialmente por Marchiafava, quien creyó que los elementos parasitarios eran formas degenerativas de los eritrocitos y demostró la transmisión de la malaria en el hombre por la sangre de los enfermos, en trabajos experimentales hoy día inaceptables para un comité de ética. (Ledermann, 2008; 219-21).

⁷⁶ Sucedió igual que en el caso de los debates dentro de las Conferencias Sanitarias Internacionales, en el descubrimiento del cólera la importancia no se limitó solo a descubrir el agente causal de la enfermedad sino a comprender su mecanismo de transmisión y confirmar los postulados de Koch que fueron la base para el desarrollo de la bacteriología

⁷⁷ En el último cuarto del siglo XIX la malaria era una enfermedad endémica y ampliamente extendida en las regiones del Sur de Italia (Packard, 2007;79)

⁷⁸ Los protozoos del género Plasmodio, cumplía parte de su ciclo vital en una hembra de mosquito del género Anopheles). (Los trabajos de investigación que permitieron describir completamente el ciclo vital del parásito se alargaron hasta mediados el siglo XX).

⁷⁹ Grassi fue una figura central en la aparición de una medicina social interesada por intervenir no solo sobre el plasmodio en sangre sino sobre el conjunto de determinantes sociales, económicos y sanitarios que influían en la presencia de la malaria en la población

Tropical y creador del *London School of Tropical Medicine*. Ross realizó diferentes investigaciones sobre la malaria en la India, Egipto y Sierra Leona. Como había pasado en las Conferencias Sanitarias Internacionales, la competencia científica entre europeos por el descubrimiento de la transmisión de la malaria adquirió claros tintes nacionalistas como queda claramente expresado en la carta que Manson envía a Ross el día 11 de octubre de 1895 donde escribió:

“Laveran está inclinado a tomar la hipótesis del mosquito y no tengo dudas de que en el próximo verano los franceses y los italianos trabajarán en eso. Entonces por Dios dese prisa y salve los laureles de Inglaterra” (Manson, 1998, p. 83)⁸⁰

Ronald Ross hizo las determinaciones finales en Sierra Leona lo que le permitió en 1897 presentar la teoría del vector donde afirmaba que la hembra del mosquito *anopheles* infectaba el “plasmodio” en la sangre humana. Entre 1898 y 1899 Ross publicó estos descubrimientos en diferentes revistas científicas como *The Lancet*, donde explicaba su descubrimiento del papel central que jugaba la hembra del mosquito anofeles en el desarrollo de las formas protozoarias del plasmodio y cómo el parásito de la malaria cumplía parte de su ciclo vital en el intestino de la hembra del mosquito donde pasaba a una fase infecciosa sirviendo sus glándulas salivares como depósito de los parásitos de la malaria (entomología) (Caponi, 2003; 140)

Para Sandra Caponi los británicos ganaron la competición europea del descubrimiento de la transmisión de la malaria porque fueron los primeros en abandonar las tesis climáticas e introducir en los estudios de laboratorio (microscopía, entomología, parasitología) un interés específico por la biogeografía⁸¹, es decir por el estudio de las relaciones que mantenían las especies en el medio natural. Para Sandra Caponi, la posibilidad de reconocer el papel fundamental que jugaba el vector en la transmisión de la enfermedad sucedió al diferenciar la existencia de las distintas relaciones que establecían los seres vivos dentro un mismo medio como era el africano. La influencia

⁸⁰ Dos años más tarde, el 20 de agosto de 1897, conocido como Mosquito Day, Ross salva el honor inglés al identificar el mosquito como vector (Caponio, 2003; 137)

⁸¹ La biogeografía es una disciplina científica que estudia la distribución de los seres vivos sobre la Tierra, los procesos que la han originado, que la modifican y que la pueden hacer desaparecer. Es una ciencia interdisciplinaria, que combina la geografía y la biología con fundamentos de otras especialidades como la botánica, la zoología, la ecología, la biología evolutiva o la geología (Morrone, 2007; 510)

que jugó la teoría de la Evolución de Darwin en las investigaciones de Patrick Mason permitió pasar de la generalidad y la cacofonía de las “enfermedades en los trópicos” a hablar de las “enfermedades tropicales” de una manera singular y específica. El pensamiento evolucionista divulgado por Darwin y basado en la competición por la supervivencia entre las especies influyó decisivamente en que los británicos prestaran una atención especial a las relaciones de competición que establecían en el medio especies inferiores como los insectos (Caponi, 2003; 140). Para demostrar esta influencia la investigadora cita el texto de 1898 de Mason donde el médico tropical británico afirma:

“gérmenes de enfermedades, sus agentes de transmisión, o sus huéspedes intermediarios, son, durante su fase extracorporal, necesariamente, organismos competidores, y de este modo susceptibles de ser capturados por predadores, o destruidos por otros organismos en la lucha por la existencia” (Caponi, 2003; 140)

El estudio de las relaciones mantenidas entre diferentes especies de seres vivos continuó desacoplando la centralidad y determinación del clima como fundamento para comprender la naturaleza de la enfermedad requiriendo para ello usar los conocimientos de otras disciplinas médicas como la zoología, la botánica, la entomología (transmisión de la malaria aviar) y sobre todo por la biogeografía . Todo ello seguía respondiendo al interés por estudiar las posibilidades de *adaptación* del europeo a los climas tropicales pero contrastaban con las preocupaciones de los franceses más centrados todavía en su *aclimatación* (Osborne, 1996; 93). De nuevo, en palabras de Caponi para Manson y Darwin el estudio del medio demandaba analizar una serie de elementos que los defensores de la *aclimatación* no tenían tan presentes porque:

“la posibilidad de trasplantar una especie de un lugar al otro no depende solamente de la capacidad de tolerancia al nuevo clima sino también de los nuevos competidores y amenazas que deberán ser enfrentados, así como de la capacidad natural o adquirida de crear hábitos de vida compatibles con el nuevo medio” (Caponi, 2003; 144).

4.4.2 La creación de las Escuelas de Medicina Tropical

El descubrimiento de la malaria impulsó la creación, desde finales del siglo XIX, de una amplia red de Escuelas de Medicina Tropical que permitieron medicalizar tres necesidades que planteaban la colonización europea como eran, la explotación del medio para lo que era necesario una serie de intervenciones puntuales sobre la enfermedad que permitiera asegurar la fuerza laboral produciendo lo que Randall Packard denominó el trabajador tropical (Packard, 1989), el mantenimiento del orden colonial para lo que era necesario la seguridad de la propia población europea y la capacidad que daba la medicina como tecnología de control del territorio y disciplinamiento del sujeto colonial (Butchart, 104; 1989) y la posibilidad de mantener la representación de la inferioridad de la población africana a la vez que se reforzaba el imaginario de superioridad europeo ligado ahora a la justificación de la colonización como la tarea de llevar la civilización higiénica y el conocimiento médico a las poblaciones nativas.

La primera Escuela de Medicina Tropical fundada fue la *Escuela de Liverpool de Medicina Tropical* (LSTM) fundada en 1898. Michael Worboys documenta la creación entre 1899 y 1913 de ocho escuelas o departamentos de medicina tropical en Europa y Norte América (Worboys, 1988). Entre estos destacamos la creación por Patrick Manson en 1899 de *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (LSTM; Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres). El gobierno portugués creó el *Hospital Colonial e Escola de Medicina Tropical* (1902) en Lisboa para preparar a militares, misioneros, comerciantes y oficiales del gobierno que partían para las administraciones coloniales. Posteriormente se crearon otras Escuelas de Medicina Tropical como fueron, la de Marsella en 1905, Bruselas en 1906 y Amsterdam en 1910. Tres años antes, en 1907, Alphonse Laveran había creado un Laboratorio de Enfermedades Tropicales dentro del Instituto Pasteur (1887). Otras asociaciones relacionadas con la medicina tropical fueron la británica *Tropical Medicine and Hygiene* fundada en 1907 y su equivalente holandés en la *Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde* creada ese mismo año (Arnold, 1996; 14). También, encontramos otras instituciones establecidas fuera de las metrópolis europeas como fueron la *Calcutta School of Tropical Medicine* (1920), la *Escuela de Medicina Tropical Bahiana* en Brasil, la *Oficina Internacional de la Fundación Rockefeller* y las comisiones de la Organización de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO) dedicadas al estudio de las enfermedades tropicales (Weindling, 1995) cuya relevancia repasaremos en el siguiente capítulo. La

creación de Escuelas de Medicina Tropical en territorios no europeos demuestra cómo el trabajo y la evolución de la construcción de la Medicina Tropical permitió construir el Imperio como una red que conectaba diferentes territorios coloniales y metropolitanos que compartían la competencia y los adelantos en diferentes disciplinas. La producción de conocimiento no fue una tarea exclusiva de los centros de investigación metropolitanos sino que fue más bien una empresa imperial que relacionó diversos centros de investigación nacionales, regionales y coloniales - India, Argelia, Indochina, Canal de Panamá, Brasil para formar unas redes imperiales de medicina tropical que hasta la Primera Guerra Mundial fueron principalmente europeas (Neill, 2012; 15).

4.4.3 Tropicalización e inferiorización

Sin embargo, este cambio en el análisis del medio no anuló el valor que los europeos habían dado a la enfermedad como espacio de representación del africano. La inferiorización que hacían las anteriores interpretaciones desde las ciencias naturales, las teorías miasmáticas e higiénicas se mantuvieron a través de una interpretación biológica que comprendía el cuerpo del africano como un reservorio natural de la enfermedad y una amenaza para la salud del europeo. La Medicina Tropical no abandonó por tanto la posibilidad de imaginar la inferioridad de las sociedades africanas sino que la produjo desde otro espacio. El papel del vector permitió una nueva forma de representar a la población africana, sobre todo la infancia, comprendida como hospedadores o reservorios naturales de la enfermedad. De esta forma convivir con la población nativa sobre todo a ciertas horas de la tarde era peligroso porque sus cuerpos portaban protozoos infectantes de la malaria (Anderson; 1996).

Para David Arnold, el descubrimiento del papel del vector permitió *tropicalizar* la enfermedad en cuanto que la desligó de las causas que la producían (Arnold, 1996; 130-135) El discurso médico Occidental tropicalizó la enfermedad al prescindir de las raíces sociales y económicas que la habían originado. Las enfermedades construidas como *enfermedades tropicales* sobredeterminaban su relación con el medio ambiente. El colonialismo comprendió la esquistosomiasis como una enfermedad nativa propia a una población rural ignorante. A finales del siglo XIX se creó una línea de investigación sobre la etiología y los vectores de transmisión de la esquistosomiasis cuando esta enfermedad comenzó a obstaculizar los movimientos de las tropas británicas en Egipto

y amenazó con la posibilidad de que los soldados ingleses pudieran a su vuelta trasladar la enfermedad a Inglaterra. Para descubrir el ciclo de vida del parásito se conectaron la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, la Universidad de Leipzig y se realizaron viajes a otras zonas de infección situadas en Asia. Al descubrirse el ciclo de vida del parasitario se dieron instrucciones a las tropas para evitar las aguas contaminadas por los caracoles que transmitían la enfermedad. La esquistosomiasis se convirtió en una enfermedad propia a un medio natural, es decir se tropicalizó, con lo que se alejó cualquier consideración que relacionara su aparición con las condiciones en las que vivía la población nativa. Cuando se actuó sobre la esquistosomiasis en las colonias de Sudáfrica y Rhodesia en la década de los veinte se hizo a través de la aplicación de políticas segregacionistas. Éstas mejoraron las condiciones de habitabilidad y el acceso a tratamiento farmacológico de las familias de granjeros blancos pero excluyeron de esta atención a la población negra. (Farley, 1988). Por ejemplo, la primera medida política del régimen racista del apartheid fueron los cordones sanitarios desplegados ante la epidemia de peste en Ciudad del Cabo. Las leyes sanitarias trataban de aislar los barrios europeos de la población africana justificándose en evitar la transmisión de la enfermedad (Swanson, 1995). Algo que también sucedió en las actuaciones coloniales de EEUU en Filipinas o las políticas coloniales francesas en Senegal. (Anderson, 1996).

La tropicalización de la enfermedad también supuso una forma de gobernar la población colonizada al considerar que la cultura de las sociedades africanas eran las causantes de la enfermedad. Al culpabilizar a sus sociedades del origen de la enfermedad se mantuvo su imagen de culturas inferiores y poco higiénicas (higiene colonial). Sin embargo, en este caso también hubo tensiones y diferencias entre los propios actores europeos. Por ejemplo, los misioneros británicos culparon a la cultura africana de ser insana, producir enfermedad y cuestionaron el modelo de gobierno indirecto porque reforzaba el papel de las autoridades tradicionales y con ello las tradiciones insanas africanas. Pero también el conocimiento médico permitirá producir la conducta del africano a través del desarrollo de otras disciplinas médicas en África como la psiquiatría o la puericultura (Butchart, 111; 1989; Hunt; 1988).

El ejemplo de Megan Vaughan es bastante notorio a este respecto. Vaughan relata cómo los misioneros encerraron a la población africana enferma de lepra en lazaretos donde separaban las familias en hombres y mujeres, aislaban a los hijos de sus padres y a los individuos de sus relaciones sociales con la comunidad. La evangelización buscaba que

el nativo entendiera que la podredumbre de la carne como la liberación del espíritu, la leprosería era un reino de Dios en la Tierra donde la curación llegaba a través de la renuncia de sus valores comunitarios tradicionales (Vaughan, 1991; 77-80). Parecida interpretación sucedió con la sífilis que fue un importante problema sanitario colonial. Los médicos coloniales británicos consideraron que esta enfermedad se extendía porque las sociedades africanas perdían sus tradiciones a causa de la evolución que suponía la extensión del colonialismo. De tal forma que la disolución de la vida familiar y la presencia de las mujeres fuera del núcleo familiar en zonas urbanas, domésticas, mineras o buscando trabajo se interpretó como un efecto de las nuevas condiciones de vida creadas por el colonialismo cuyo impacto negativo suponía la disolución del papel que históricamente habían jugado las autoridades tradicionales africanas (Vaughan; 1991; 108)

4.5. La cooperación en la enfermedad del sueño.

La red imperial que supuso la investigación de la tripanosomiasis africana imperial se organizó en torno a la cooperación y la colaboración entre diferentes Escuelas de Medicina Tropical, laboratorios de investigación, oficiales sanitarios de los departamentos coloniales, expertos de la Fundación Rockefeller e investigadores de la Comisión de Tripanosomiasis de la Oficina de Salud de la Sociedad de Naciones (Neill, 2012; 192). La cooperación médica en torno al estudio de la enfermedad del sueño estuvo liderada por científicos británicos y en ella participaron diferentes administraciones coloniales europeas que compartieron sus conocimientos y estrategias para luchar contra la enfermedad. La investigación de la tripanosomiasis fue diferente a la competencia y la rivalidad que caracterizó el descubrimiento del vector de la malaria y reforzó el imaginario de superioridad europeo (Neill, 2012; 103).

El origen de todo este esfuerzo respondió a la aparición a finales del siglo XIX de la principal epidemia de enfermedad de sueño que atravesó África occidental y central. Este brote fue debido a la invasión en 1889 del ejército italiano a Abisinia. La caballería italiana introdujo una cepa de peste bovina que era desconocida en el continente africano lo que causó una alta mortalidad en su ganado que osciló entre un 90% -

95%⁸². El impacto ecológico de esta epizootia alteró significativamente las relaciones ecológicas acabando con las cabezas de ganado que servían habitualmente de reservorio a la enfermedad por lo que la mosca tse-tse buscó otros seres vivos a los que infectar posibilitando el surgimiento de una de las mayores epidemias de enfermedad del sueño de las que se tiene registro (Endfield, 2009). La peste bovina contribuyó al debilitamiento del emperador etíope Menelik II que perdió gran parte de sus caballos y cabezas de ganado (sobre 250.000) al mismo tiempo que enfrentaba la invasión de las tropas italianas. Al contrario que las tropas británicas que se beneficiaron de la aparición de la enfermedad para profundizar su avance al interior de África. En 1896, cuando la epizootia había alcanzado el Cabo de Buena Esperanza causando una gran hambruna entre los pastores del este de África (Giblin, 1990). Lord Lugard se refirió a la peste bovina en estos términos:

“en algunos aspectos... ha favorecido nuestra empresa. Poderosas y belicosas como son las tribus pastorales, su orgullo ha sido humillado y nuestro progreso ha sido facilitado por esta horrible visita” (MacKenzie, 1997: 158).

Ya en el siglo XX, durante los años de 1901 a 1909 la epidemia afectó muy especialmente a los territorios situados alrededor del lago Victoria que estaban bajo control de tres administraciones británica, alemana y belga (Estado Libre del Congo). La epidemia causó graves tensiones y pérdidas económicas, sobre todo para la extracción de caucho en Congo, cuestionó las capacidades de las potencias coloniales para gobernar los territorios africanos y demandó a los científicos un conocimiento médico para combatirla de manera más eficaz (Headrick, 2014). Entre 1901 y 1914 la investigación de la tripanosomiasis se convirtió en una prioridad para las potencias europeas que llegaron a enviar diecisiete misiones científicas para investigar la enfermedad del sueño (Tabla 4.1)

⁸² En todo caso este relato sobre la causa del estallido de la enfermedad del sueño en África Oriental ha sido cuestionado por otros historiadores. Por ejemplo, Headrick, señala que Henry Scott atribuyó su origen a la expedición de Henry Stanley por el río Congo para rescatar a Emin Pasha en 1887. Esta hipótesis ha sido contestada por otros historiadores (Headrick, 2014; 1).

Tabla 4.1. Comisiones nacionales y misiones científicas de la enfermedad del sueño.

Fecha y Localización	Organización
1901–2 Angola	Ministry of the Navy and the Colonies Portugal ⁸³
1902–3 Senegambia	Liverpool School of Tropical Medicine UK
1902–3 Uganda	First Sleeping Sickness Commission of the Royal Society UK
1903–6 Uganda	Second Sleeping Sickness Commission of the Royal Society UK
1903–5 Congo (Belgian)	Liverpool School of Tropical Medicine UK
1906–8 Congo-AEF	Service de Santé des Troupes Coloniales Françaises France
1906–7 Tanzania	German East African Sleeping Sickness Commission Germany
1907–8 Sudan	Foreign Office Sudan Sleeping Sickness Commission UK
1907–8 Principe	Colonial Health Department (Angola) Portugal
1907 Rhodesia/Zambezi	Liverpool School of Tropical Medicine UK
1908–12 Uganda/East Africa	Third Royal Society Sleeping Sickness Commission UK
1908–10 Togo	German Togoland Sleeping Sickness Commission Germany
1909 Equatorial Guinea	Spanish Commission
1910–12 Congo (Belgian)	Scientific Mission to Katanga Belgium
1911 Gambia	Liverpool School of Tropical Medicine UK
1911–13 N. & S. Rhodesia (Zimbabwe & Zambia)	British South Africa Company UK
1912–14 Nyasaland	Royal Society Sleeping Sickness Commission UK

⁸³ La primera misión científica fue desarrollada en Angola en 1901. Annibal Bettencourt, director del *Royal Bacteriological Institute* de Lisboa la coordinó y en ella participó Ayres Kopke quien más tarde fundaría el *Lisbon School of Tropical Medicine* (Tilley, 2011; 176). Las misiones de investigación portuguesas sobre la tripanosomiasis alcanzaron otros territorios además de Angola como fueron Príncipe, Mozambique, Guinea Portuguesa y las Islas de Cabo Verde

Fuente: (Tilley, 2011; 176)

Como vemos en la Tabla 4.1 de las diecisiete comisiones nacionales y misiones científicas, diez fueron desarrollados por organizaciones británicas, y operaron mayoritariamente en sus colonias pero también lo hicieron en otros como la misión científica que la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool desarrolló entre 1903–5 en el Congo belga. Los avances científicos que alcanzaban estas misiones fueron transmitiéndose entre los equipos de investigación europeos. Las primeras misiones científicas establecieron un laboratorio estable en Entebbe (Lago Victoria-Uganda) que se convirtió en el centro de referencia de la investigación en tripanosomiasis (Tilley, 2011; 133). Junto a estas campañas de investigación también se crearon espacios de cooperación entre expertos y territorios imperiales donde destacó el liderazgo británico y donde participaron diferentes centros de investigación europeos, internacionales como la League of Nations Health Office (LNHO; Organización de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO)) y transnacionales (FR) (Tilley, 2011; 176). Lo recogemos en la siguiente tabla 4.2

Tabla 4.2. Esfuerzos científicos inter-territoriales e inter-imperiales en la enfermedad del sueño.

1907	International Sleeping Sickness Conference (London)
1908	Sleeping Sickness Bureau founded (became Tropical Diseases Bureau in 1912)
1913	British Parliament Inter-Departmental Committee on Sleeping Sickness

Fuente: (Tilley, 2011; 176).

Los expertos británicos organizaron en Londres la Primera Conferencia Internacional de Enfermedad del Sueño (1907) bajo la dirección de Sir Patrick Manson donde se discutieron los descubrimientos científicos más recientes sobre la enfermedad, los fármacos y las medidas profilácticas. Delegados británicos, franceses, alemanes, y portugueses acudieron al Congreso donde se divulgaron los ensayos con atoxyl realizados por Robert Koch en Uganda y por Ayres Kopke en Lisboa. Un año después la administración británica creó la Oficina especial para la tripanosomiasis o *Sleeping Sickness Bureau* cuyo objetivo fue coleccionar y publicar información científica a cerca

de la enfermedad (Tilley, 2011; 177). Esta Oficina evolucionó en 1912 para convertirse en el *Tropical Diseases Bureau*. El crecimiento de la Medicina Tropical y sus investigaciones en territorios coloniales supusieron la creación de institutos nacionales de salud con más intensidad que las Conferencias Sanitarias Internacionales.

Los científicos británicos realizaron el mayor número de misiones científicas en África dedicadas al estudio de la enfermedad del sueño y también fueron quienes principalmente organizaron los congresos internacionales sobre la enfermedad (ver la tabla de congresos internacionales). Estos congresos contribuyeron al desarrollo de la Medicina Tropical (naturaleza del tripanosoma y vector de transmisión) pero también al despliegue de otras disciplinas científicas como la Farmacología. Los congresos de tripanosomiasis también contribuyeron a reforzar los intercambios científicos epistolares que establecieron por ejemplo, Ronald Ross (*Escuela de Medicina Tropical de Liverpool*) y el Dr. Gustave Martin (*French Geographical Society* y del *Instituto Pasteur*), entre el Dr. Ayres Kopke y Patrick Manson o entre el Dr. Oskar Feldman (de los servicios de las colonias africanas alemanas) y el Dr. Cuthbert Christy (de los servicios de las colonias africanas británicas). Los médicos alemanes visitaron el laboratorio de Castellani y Bruce en Entebbe. La Primera Guerra Mundial interrumpió la cooperación científica entre las potencias coloniales que según Deborah Neill nunca volvió a ser igual (Neill, 2009; 15). Sin embargo es importante señalar que durante la década de 1920 la comisión de tripanosomiasis de la Organización de Salud de la Liga de las Naciones impulsó nuevamente una red de cooperación imperial donde participó la Fundación Rockefeller aunque continuar dominada ampliamente por los expertos británicos (Tilley; 2011; 199).

Tabla 4.3. Esfuerzos Inter-imperiales para luchar la enfermedad del sueño (1907-1936).

1922	League of Nations Appoints Expert Committee-Sleeping Sickness in Tropical Africa
1925	League of Nations International Sleeping Sickness Conference (London, May) Imperial Entomological Conference (London, June) Civil Research Committee founds Tsetse Fly Sub-Committee (June)
1926–27	League of Nations International Sleeping Sickness Commission, Uganda
1927	Tsetse Research Department (for East Africa) Founded, Tanganyika
1928	League of Nations International Sleeping Sickness Conference (Paris)
1927–36	East African Institute of Human Trypanosomiasis Research, Entebbe, Uganda
1933	East African Coordination Conference of Tsetse and Tryps Research at Entebbe
1936	East African Coordination Conference of Tsetse and Tryps Research at Entebbe

Fuente: (Tilley, 2013; 177)

Durante ese periodo la Fundación Rockefeller dirigió importantes sumas de dinero para financiar proyectos de investigación sobre la fiebre amarilla en África occidental y para crear una Unidad de Investigación Médica en África oriental. Esta influencia fue aprobada por los expertos británicos. Así en 1921 la Oficina Colonial dejó claro al personal de la Fundación Rockefeller que los funcionarios británicos podrían ofrecerles acceso a "campos de investigación en los que se podrían realizar experimentos a gran escala", siempre que esta cooperación condujera al "avance del bienestar humano en esas partes del mundo que tenemos el poder de influir". (Tilley, 2011; 173).

Sin embargo, en terreno, cada administración colonial desarrolló actuaciones concretas y específicas para combatir la enfermedad del sueño que agrupamos en dos tipos de estrategias en función de la intervención desplegada sobre la población nativa. La

primera caracterizó las actuaciones de Alemania, Francia, Bélgica y supuso un tipo de intervención clínica directa sobre el cuerpo nativo y la población africana. La segunda estrategia, ecológica, desarrollada por los británicos recuperó su interés por el naturalismo, ya indicado en el apartado de la malaria, y se diferenció de las anteriores al introducir la administración de la enfermedad dentro de un gobierno indirecto de la población nativa. Las autoridades europeas relacionaron la enfermedad con diferentes conocimientos médicos, intereses económicos, modelos de explotación del territorio y tensiones entre diferentes actores de la administración colonial desde donde fueron desplegando diferentes estrategias médicas sobre el territorio.

4.5.1 Medicalización clínica.

La estrategia británica para controlar la enfermedad del sueño en el sur de Uganda combinó durante las tres primeras décadas del siglo XX las recompensas económicas a la población africana por la captura de la mosca tse-tse, las movilizaciones y despoblaciones forzosas, los desforestaciones estratégicas y el reasentamiento planificado. Estas estrategias oscilaron en respuesta a las particulares y cambiantes relaciones que fueron estableciéndose entre la ciencia británica, la intervención ambiental, los intereses económicos y las resistencias de la población africana (Hoppe, 1997; 86). Otros territorios coloniales británicos desplegaron cordones sanitarios para frenar la enfermedad del sueño como en la frontera entre Egipto-Sudán donde, la tripanosomiasis aumentó durante las obras de drenaje e irrigación de los campos de algodón. En 1908 el Imperio Británico y el Imperio Alemán firmaron un acuerdo diplomático para evitar que los movimientos de la población nativa por la frontera de sus territorios coloniales pudieran extender la enfermedad y en 1911 rubricaron otro para colaborar en la lucha contra la enfermedad en África del Este (Bell, 1999). En muchos casos, los oficiales y administraciones, buscaron el acuerdo con las autoridades nativas para gestionar la enfermedad en las cuestiones relativas al movimiento de la población y la caza de la mosca (Hoppe, 1997; 93).

Los franceses, alemanes y belgas desplegaron una estrategia de lucha contra la enfermedad del sueño diferente a la que desarrollaron los británicos. En los territorios coloniales bajo administración francesa extendieron las campañas masivas de vigilancia de la tripanosomiasis basada en estudios microscópicos de extracciones sanguíneas y tejidos corporales para identificar, aislar y aplicar inyecciones de atoxil a los enfermos.

Los franceses comenzaron sus misiones científicas en 1901-1902 al detectar que la enfermedad se extendía por los territorios coloniales de Gabón, Congo, Ubangi-Shari y Chad. En 1908 el Instituto Pasteur mandó un equipo de entomólogos a estudiar el ciclo del tripanosoma en el estómago de la mosca tse-tse con el objetivo de abrir una vía de ataque a la enfermedad. El caso alemán de lucha contra la tripanosomiasis fue parecido al francés en cuanto que también desplegó una estrategia centrada en el análisis microbiológico de muestras de sangre del paciente. En efecto en 1906 los alemanes mandaron una misión científica encabezada por Robert Koch para investigar la enfermedad en las Islas Sese del Lago Victoria. Los estudios extraían líquido cefalorraquídeo a través de dolorosísimas punciones en la médula espinal para ser examinado al microscopio con el objetivo de identificar la presencia de tripanosomas y administrar en tal caso síntesis farmacológicas basadas en compuestos arsenicales como el atoxil. De hecho, la lucha contra la tripanosomiasis supuso la síntesis del axitol con “bala mágica” El axitol, un tipo de derivado arsenical, fue el medicamento de elección contra la enfermedad del sueño durante varias décadas. De esta forma el equipo de Koch identificó el ciclo vital del tripanosoma en la mosca tse-tse. La inyección de atoxil causaba en el 20% de los pacientes ceguera parcial o total (Neill, 2009; 213). De hecho, la investigación de un fármaco contra la tripanosomiasis contribuyó decisivamente al desarrollo de la farmacología en Alemania es decir la síntesis en laboratorio de productos químicos orientados a acabar con un parásito específico. Paul Ehrlich considerado el padre de la farmacología comenzó a trabajar en lo que se denominó la *Zauberkegel*, es decir “bala mágica” y entre sus primeros productos sintetizados encontramos el *Salvaran* contra la tripanosomiasis que finalmente se convirtió en el medicamento específico contra la sífilis (Neill, 2012; 145).

Para el caso de la epidemia de tripanosomiasis en el Congo belga, Marynez Lyons apunta que la respuesta a partir de 1903 del Emperador belga Leopoldo II respondió a las pérdidas económicas que la enfermedad causaba en el negocio del caucho y las tensiones surgidas por las críticas internacionales a las condiciones de explotación que sufría la población africana en sus territorios (Lyons, 2002; 25). Para enfrentar la epidemia y atenuar las críticas, Leopoldo II, contrató los servicios de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool que viajó al terreno y después de estudiar la epidemia desplegó un conjunto de medidas de exclusión y vigilancia caracterizadas por establecer un conjunto de cordones sanitarios alrededor de las zonas infectadas, instalar

lazaretos donde la población enferma o sospechosa era retenida y sometida a grandes masas de la población a pruebas clínicas para identificar la presencia de tripanosomiasis en sangre en cuyo caso se inyectaban dosis de *axytol*. A través de los cordones sanitarios las autoridades belgas establecieron una estrategia de vigilancia sobre el territorio y control de los movimientos de la población, sobre todo la destinada a la extracción de caucho (Lyons, 2002; 106-112). Estas tecnologías médicas además de luchar contra la tripanosomiasis permitieron que las autoridades coloniales belgas pudieran disponer de un modelo de gestión y administración de un vasto territorio territorio propiedad del Emperador Leopoldo II.

Las campañas masivas de detección y tratamiento de la enfermedad del sueño como las campañas de vacunación francesas, las actuaciones médicas alemanas y los cordones sanitarios belgas fueron para Louise White una de las actuaciones más violentas del colonialismo. La investigación médica colonial en África supuso la aparición del rumor y de relatos nativos que recrearon el miedo a la medicina que practicaban las autoridades coloniales (White, 2000; 8-9).

Los portugueses siendo un poder colonial con gran extensión del territorio pero poca capacidad de gestionarlo hicieron de la lucha contra la enfermedad del sueño una política para reforzar su credibilidad internacional. El interés de los portugueses era mostrar que podían ser responsables de lo acordado en la Conferencia de Berlín y por tanto administrar y explotar los territorios africanos bajo su autoridad. Portugal logró éxitos en la lucha contra la tripanosomiasis e hizo del estudio de esta enfermedad uno de los motores del desarrollo de su Escuela de Medicina Tropical (Amaral, 2008)

4.5.2 Intervención en el medio.

Durante la década de 1920, y en respuesta a las necesidades de aumentar la explotación agraria las autoridades y los expertos coloniales británicos continuaron estudiando y trabajando sobre el medio como lo habían hecho ya con la investigación de la malaria. La novedad ahora fue la incorporación de los conocimientos que las sociedades africanas habían empleado históricamente para luchar contra la *nagana* y que estaban basados en comprender e intervenir en las relaciones ecológicas que se

establecían el medio, el ganado y los animales de caza⁸⁴. La medicina tropical siguió siendo considerada superior a cualquier práctica terapéutica africana pero eso no impidió que el colonialismo británico incorporara los conocimientos locales para luchar contra la enfermedad del sueño en línea a su mayor preocupación por los enfoques ambientalista-ecologista (Tilley, 2011; 193). Esta actuación perseguía tres objetivos, trataba de mantener o reponer la naturaleza del eden africano que la civilización europea había truncado, minimizar los impactos económicos negativos que la enfermedad y mejorar la salud de la población nativa (Tilley, 2011). Las razones de esta adecuación triangularon motivos médicos, políticos y económicos. A nivel económico. Los administradores coloniales británicos estaban preocupados por alcanzar un mayor desarrollo agrario en los territorios coloniales africanos por lo que solicitaron a sus autoridades médicas nuevos planes de intervención frente a la enfermedad del sueño que mejoraran la capacidad productiva. A nivel médico, se interesaron por las estrategias y los conocimientos que usaban las poblaciones africanas para luchar contra la enfermedad del sueño y que conllevaba actuaciones como, la quema controlada de pastos, la caza regular de ciertos animales salvajes y la construcción de asentamientos fuertemente poblados. A nivel político, esta medicalización reflejó una estrategia colonial de gobierno indirecto donde el mantenimiento de la estrategia nativa en la lucha contra la enfermedad fortaleció el papel de las autoridades tradicionales (Hoppe, 1997; 97). Las sociedades africanas habían comprendido la aparición de la *ngana* ligada al crecimiento del mato y la mayor proximidad de su ganado con los animales salvajes, por lo que para evitar la enfermedad aumentaron la distancia entre animales y realizaban quemas controladas del forraje (Tilley, 2011; 212). Estos nuevos enfoques reforzaron el interés y la comunicación entre los conocimientos de la medicina tropical con otras ciencias naturales como la botánica o la ecología y también con la economía en concreto con iniciativas para impulsar la agricultura, gandería o la explotación de recursos forestales (Tilley, 2011; 209).

⁸⁴ *nagana* o *n'gana*, una palabra zulú que significa “estar deprimido/alcaído” y que es como denominaban a la enfermedad del sueño (Lyons, 2002; 50).

4.5. Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos visto cómo los estados europeos superaron la frontera africana que suponía la enfermedad para extender sus intereses imperiales. Para ello fue necesario desacoplar la unidad entre medio y enfermedad que supuso avanzar desde una idea inicial de la “enfermedad en los trópicos” hacia una concepción de la “enfermedad tropical”. Ello supuso no solo la evolución de un conocimiento médico, en torno a enfermedades como la malaria y la tripanosomiasis, sino la posibilidad de que las relaciones imperiales produjeren una *excelencia médica* como resultado tanto de la extensión de una red de conocimiento médico (caracterizada por la multiplicación de las Escuela de Medicina Tropical, departamentos, oficinas coloniales) como del despliegue de diferentes tecnologías clínicas que intervinieron tanto en los territorios como en la población africana.

QUINTO CAPITULO

5. Uniformidad Imperial y Economía Política de la Salud.

5.1. Introducción.

En este capítulo analizamos el encuentro entre las dos redes de medicalización imperiales analizadas en los dos capítulos anteriores. Tanto, la red de cooperación médica que había desplegado un sistema de vigilancia epidemiológico para proteger a Europa del cólera y reforzar el transporte marítimo, como la red médica tropical que permitió superar la barrera que la enfermedad oponía a los intereses de explotación y colonización de África habían estado caracterizadas por desplegar un tipo de poder médico imperial que respondió a las necesidades de operar sobre los territorios situados más allá de los límites geográficos de los estados europeos. El encuentro e integración de sendas redes sucedió durante el periodo de entreguerras (1918-1939) y en gran medida respondió a la creación y funcionamiento de la Oficina de Higiene de la Liga de las Naciones (LNHO) que recuperó por otros medios el papel principal que había tenido en la emergencia de un poder médico en las relaciones internacionales la vigilancia epidemiológica, la lucha contra la malaria y la construcción de África como un laboratorio natural. Pero como vemos a continuación entre estas tres agendas la lucha contra la malaria destacó como el principio organizador de una nueva *excelencia médica* basada en la creación de tres modelos de economía política de la salud cuyo enfrentamiento caracterizó la medicalización del periodo de entreguerras.

5.2. La preocupación europea.

Otras rutas, poblaciones y enfermedades demandaron nuevamente la atención de los estados europeos. El final de la Primera Guerra Mundial avivó el temor a graves brotes epidémicos debidos al movimiento de tropas y refugiados. En este caso el peligro provino del Este de Europa donde, al final de la contienda los casos de tifus, disentería, malaria, tuberculosis y cólera rondaron aproximadamente los 30 millones, causando entre 1914-1923 una mortalidad superior a los tres millones de personas. Solo en el territorio europeo de la recién creada Unión Soviética y durante 1918 a 1922 hubo alrededor de 37 millones de casos de tifus, 27 millones de casos de fiebres recurrentes, 23 millones de casos de malaria y 1 millón de casos de cólera (Zylberman, 2006; 30).

La hambruna y las condiciones de posguerra agravaron la situación epidemiológica en Europa del este lo que facilitó que en enero de 1920 se sumaran 30.000 casos de disentería y 100.000 casos de tifus a la epidemia de viruela que atravesaba Polonia para extenderse a otros territorios como Hungría, Checoslovaquia y Rumanía (Zylberman, 2006; 31).

Ante esta situación epidemiológica la Sociedad de Naciones, creada tras la Primera Guerra Mundial, decidió organizar una Comisión Epidémica (1920) que financiada mayoritariamente por la Fundación Rockefeller tuvo como principal objetivo estudiar y responder a la extensión del tifus y la difteria por las fronteras del este de Europa, muy especialmente por las de Polonia, Ucrania y la Unión Soviética. De esta manera los Estados Unidos y los estados europeos, a diferencia de lo había sucedido durante las Conferencias Sanitarias Internacionales, comenzaron una mayor colaboración en materia de vigilancia epidemiológica. La Fundación Rockefeller financió los tres años que duró el funcionamiento de la Comisión Epidémica (1920-1923) que celebró en Varsovia, del 20 al 28 de marzo de 1922, la primera conferencia sanitaria desarrollada en Europa tras la Primera Guerra Mundial. La conferencia persiguió responder a la situación epidémica para lo que cuestionó los cordones sanitarios y abogó por la creación de una “zona sanitaria” que supusiera la construcción de un sistema permanente de estaciones cuarentenarias, institutos de higiene, laboratorios bacteriológicos y hospitales a lo largo de un área de vigilancia de más de 150 kilómetros situada en la frontera entre la Unión Soviética y Polonia (Zylberman, 2007; 32)⁸⁵.

En 1923 la Comisión Epidémica se transformó en la *Oficina de Salud de las Liga de las Naciones* (LNHO) que tuvo encomendadas estas cuatro áreas principales de trabajo: la estadística epidemiológica, las comisiones o estudios técnicos para estandarizar el conocimiento médico, los viajes de investigación, el intercambio de profesionales y el trabajo de inteligencia epidemiológica (Goodman, 1952; 104). De todas estas funciones solo la primera y la segunda eran realmente novedosas porque las otras ya estaban siendo desarrolladas por la OIHP. Una de las funciones centrales de la LNHO fue la creación de diferentes comisiones científicas permanentes y temporales. Entre las

⁸⁵ Esta “zona sanitaria” también funcionó como “un cordón sanitario desde el Báltico hasta el Mar Negro contra el contagio bolchevique” (Zylberman, 2007; 32).

primeras encontramos las dedicadas al estudio de enfermedades como: la malaria, la lepra, el cáncer, la estandarización de los productos farmacéuticos, la elaboración de estadísticas internacionales, las causas de defunción internacional; y otras comisiones temporales dedicadas a, la enfermedad del sueño, la sífilis, la esquistosomiasis, la tuberculosis, la salud pública, la enseñanza de la medicina, el opio, las enfermedades cardíacas, vivienda o salubridad del medio. Estos dos tipos de comisiones científicas transfirieron conocimientos sanitarios a los estados participando así en sus procesos de medicalización (Barahona y Bernabeu-Mestre, 2009)⁸⁶, impulsaron la consolidación de disciplinas médicas como la nutrición⁸⁷ y organizaron campañas médicas en terreno para ofrecer asistencia directa a los gobiernos y formación a sus cuerpos sanitarios⁸⁸. Con todo ello, las comisiones de la LNHO continuaron creando e internacionalizando un conocimiento médico que ya habían comenzado a desarrollar los primeros organismos sanitarios internacionales como la PAHO y OIHP pero el funcionamiento de la LNHO también atendió a tareas de vigilancia epidemiológica donde destacó el trabajo de la Consejo Marítimo de Singapur.

⁸⁶ La OIHP ya había introducido expertos en: enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y malaria. La OIHP también estandarizó el suero antitetánico que se convirtió en el primer producto farmacéutico normalizado internacionalmente, clasificó y controló sustancias narcóticas (opio) a nivel internacional e impulsó mejoras en el comercio marítimo suministrando agua potable al transporte naval. (Goodman, 1952; 95-96)

⁸⁷ Con anterioridad al periodo de entreguerras el interés de los estudios sobre nutrición se habían caracterizado por subrayar las pautas culturales de alimentación de la población africana en el origen de la debilidad física y el surgimiento de la enfermedad. Durante ese tiempo se desarrollaron estudios comparados entre las poblaciones de los masai y los kikuyu para investigar cómo diferentes aportes calóricos, vitamínicos y minerales se relacionaban con sus enfermedades e infecciones. Un perfil dietario de carácter racial relacionó las pautas culturales con las capacidades de alimentación de las sociedades africanas. Se comprendía que la malnutrición generaba pobreza pero la pobreza terminaba siendo la incapacidad de la población africana de suministrarse la alimentación necesaria para su sustento diario. Por su parte los informes de la comisión de nutrición de la LNHO relacionaron la malnutrición con los problemas económicos, agrarios y de desarrollo pero en vez de actuar sobre estas condiciones impulsaron un tratamiento basado en el aporte de suplementos dietarios y la educación nutricional. De tal forma que la malnutrición continuó interpretándose como un mal endémico relacionado con el comportamiento cultural africano e independiente de cualquier responsabilidad que pudiera tener el colonialismo europeo. (Worboys; 1989).

⁸⁸ La primera campaña médica en terreno se desarrolló en Polonia tras la Primer Guerra Mundial a Polonia por motivo de la extensión del tifus y la viruela La asistencia directa a gobiernos comenzó con Bolivia, Grecia y China En los primeros fue la planificación de sus servicios públicos a través de la formación de unos cuadros técnicos y administrativos; en China fue la organización de unas medidas cuarentenarias y de vacunación contra el cólera. (Goodman, 1952:127-128).

5.3 Las líneas higiénicas y la unificación geopolítica.

En materia de vigilancia epidemiológica destacó la creación del *Consejo Marítimo de Singapur* (1925-1942), también financiado por la Fundación Rockefeller, y cuyas funciones rivalizaron con las desarrolladas por la OIHP (Weindling, 1995). La LNHO profundizó en la aplicación de las tecnologías de la comunicación al sistema de vigilancia epidemiológico. Los cables telegráficos que constituyeron la red de información del sistema de vigilancia epidemiológico imperial redujeron el tiempo de notificación y respuesta a un brote epidémico surgido tanto en los territorios coloniales como en las rutas de transporte más habituales. El sistema de inteligencia epidemiológico de la Liga de las Naciones (*League's Epidemiological Intelligence Service*) fue también financiado casi íntegramente por la Fundación Rockefeller lo que contribuyó a la elaboración de un informe semanal con información epidemiológica de todas las partes del mundo (Manderson, 1995).

La *Oficina Oriental de Singapur* recolectaba y transmitía información de la región Asia-Pacífico a otros centros de información. En 1926 había 112 puertos regionales que informaban a la Oficina de Singapur y en 1935 aumentaron a 185. La información epidemiológica que atravesaba la *Oficina de Singapur* llegó a englobar al 72% de la población mundial y conectaba diferentes territorios de: 'Asia, Australia y la costa este de África... desde Alejandría y Ciudad del Cabo en el oeste hasta Honolulu y Papeete en el este' (Bashford, 2006; 72). Esta información circulaba a través de diferentes canales: telegráficos, publicaciones semanales y transmitía en francés e inglés". El desarrollo de los sistemas de comunicación permitió unificar el territorio imperial a través de las tecnologías de vigilancia epidemiológica. Las telecomunicaciones permitieron la evolución del sistema de vigilancia que operaba como una frontera permeable, que permitía el paso de ciertas mercancías mientras restringía otras, a unas "líneas higiénicas" de alcance, mundial, regional o imperial que producían y operaban sobre un territorio unificado por un sistema de vigilancia epidemiológico que no tenía un centro fijo sino que atravesaban localidades y territorios para recoger y transmitir noticias e informes. Este sistema de vigilancia operaba de manera continua reforzando así el sentido imperial que ofrecía la capacidad de producir una unidad territorial que no dejaba ningún espacio fuera de él (Barry, 1996). Los cinco canales telegráficos de vigilancia o líneas higiénicas que funcionaron de manera simultánea fueron: las redes "centro-periferia" que conectaban las principales metrópolis con sus territorios

coloniales, la red regional cuyo centro estaba localizado en la *Oficina de Singapur*, la red internacional establecida desde las oficinas de la LNHO en Ginebra, las redes intercoloniales que permitían que la información circulara entre territorios coloniales del Imperio británico como Suráfrica, Australia y Egipto sin tener que pasar por Londres y la red establecida entre las ciudades americanas por la PAHO (Bashford, 2006; 75)⁸⁹. El funcionamiento de estas líneas higiénicas se acercó al objetivo perseguido desde la primera Conferencia Sanitaria Internacional de 1851 de lograr establecer medidas de vigilancia para controlar lo más cerca posible un estallido o brote epidémico para lograr así la protección de la salud y del intercambio comercial. Estas redes operaron por ejemplo, en el caso de la epidemia de la denominada como gripe española o en el brote de peste que partió de Hong Kong en 1894, llegó a Bombay en 1896 y alcanzó Ciudad del Cabo en 1900 y Nairobi en 1902 extendiéndose una década después al oeste de África (Arnold, 1988; 3). La actividad epidemiológica de la LNHO aceleró el interés de la OIHP por crear un sistema de notificaciones epidémicas que le permitiera conservar su autoridad en materia de información y vigilancia epidemiológica. Se produce de este modo las tensiones entre las autoridades y los expertos de diferentes organismos sanitarios imperiales (Goodman, 1952; 94).

A continuación repasamos, una segunda red que produce la *excelencia médica* caracterizada por la emergencia de diferentes *economías políticas de la salud* que permitieron la aparición de diferentes tipos de biopolíticas médicas estrechamente ligadas a la lucha contra la malaria.

5.4. La lucha contra la malaria y las economías políticas de la salud.

La creación en 1923 de la Comisión de la Malaria de la LNHO respondió nuevamente a los intereses y las necesidades de los estados europeos, quienes constataron al final de la Primera Guerra Mundial que el número de casos de malaria

⁸⁹ Bahsford señala que en la primera semana de marzo de 1930, llegó al Departamento de Salud de Camberra (Australia) información de un pequeño brote de peste detectado en Mbulu (Tanganika) a través de ocho canales de comunicación diferentes. Bashford, Alison. 1) la información semanal sin cable de Singapur, 2) la publicación semanal impresa desde Singapur; 3) el registro epidemiológico semanal de la Liga de las Naciones en Ginebra; 4) los informes semanales enviadas por la Oficina Internacional en París, 5) el registro semanal de las enfermedades infecciosas emitidas por el Ministerio de Salud de Inglaterra y Gales, 6) los boletines de la Oficina Sanitaria Panamericana, 7) los boletines emitidos desde Sudáfrica y 8) los boletines emitidos desde Egipto. (Bashford, 2006; 74).

había aumentado alcanzando durante el periodo de 1922-1924 su máximo al afectar a diversos territorios principalmente del sur de Europa como, Italia, España, los Balcanes, y el Imperio Otomano y aumentando también en la Unión Soviética y Ucrania (Gachelin and Opinel, 2015, 432). El objetivo de la Comisión de Malaria fue estudiar y definir cuál era la estrategia más eficaz para luchar contra la enfermedad. La Comisión analizó el trabajo de diferentes expertos, organizó foros de discusión, campañas de control y viajes de investigación a través de los cuales los marioólogos y expertos en la salud intercambiaron sus conocimientos y debatieron sobre las posibilidades y límites de las estrategias de control de la malaria que estaban siendo desarrolladas tanto en territorios coloniales como nacionales (Packard, 2007; 83).

El funcionamiento de la Comisión de la Malaria (1923) estuvo caracterizado por tanto por los debates que sostuvieron los expertos en torno a las posibilidades y los límites de estos tres modelos de intervención sobre la enfermedad: la intervención biomédica sobre el vector y el plasmodium, la intervención médica basada en los principios de higiene rural y el enfoque inmunitario que suspendía o rebajaba la intervención médica en la población localizada en zonas endémicas a la malaria. El debate planteado entre estas tres estrategias médicas corrió en paralelo a la discusión sobre la función social que jugaban la medicina y la lucha contra la enfermedad. Las tres economías políticas de la salud que lucharon contra la malaria fueron: el control del mosquito y sus huevos (biopolítica normalizadora del territorio caracterizada por una fuerte intervención biomédica), la mejora de las condiciones sociales (biopolítica reguladora o medicina social basada en una intervención médica centrada en el suministro de cloroquina y otra serie de intervenciones sociales, económicas y salubristas sobre el territorio y la población) y la inmunidad adquirida por la población (biopolítica soberana que aconsejó excluir la intervención médica sobre la población africana al considerar su predisposición natural a la enfermedad). Cada estrategia o economía política de la salud supuso la incorporación de facto de un actor concreto dentro de la red de medicalización de las relaciones internacionales. Estas tres estrategias de control de la malaria caracterizaron las tres primeras décadas del siglo XX. A continuación presentamos las principales características de cada una de ellas.

5.4.1 El enfoque biotecnológico.

La estrategia de lucha contra la malaria desplegada por la Oficina Internacional de la Fundación Rockefeller respondió a un tipo de economía política de la salud dirigida a eliminar el vector a través de la fumigación con insecticidas en territorios endémicos o con alta prevalencia de la enfermedad. Para ello, centró su actuación en fumigar con preparados químicos los huevos del mosquito anopheles y eliminar sus nichos de crianza por lo que reforzó la vigilancia del medio y normalizó el uso de cloroquina (Farley, 2004). Esta estrategia desplazaba calcular otros factores sociales y económicos relacionados con el desarrollo de la enfermedad.

Este enfoque biomédico se desplegó en territorios coloniales para aumentar la economía extractiva y la construcción de infraestructuras que requería como condición de posibilidad mantener la fuerza laboral del trabajador tropical lo que suponía reducir el impacto negativo que tenía la enfermedad. La producción del trabajador tropical pasaba por normalizar su cuerpo para adecuarlo mejor a las tareas productivas propias de la extracción minera, las plantaciones o la construcción de carreteras o infraestructuras sin intervenir en ningún otro aspecto relacionado con la mejora de las condiciones de habitabilidad o alimentación (Packard, 1993). El control de la malaria o la fiebre amarilla a través de la intervención biotecnológica fueron condiciones necesarias para construir las grandes infraestructuras del Canal de Panamá, crear extensas áreas de producción agrícola en México, Brasil, Egipto, África, Filipinas. Esta actuación se extendió a través de las operaciones de sanidad militar de EEUU (Anderson, 1996). Las políticas del New Deal de Franklin D. Roosevelt criticaron las campañas dirigidas a eliminar el mosquito porque producían “expectativas exageradas que tarde o temprano habían conducido a la decepción y el abandono de los trabajos” (Harrison 1978:184). Gracias sobre todo a la síntesis del DDT se pudo conocer también que tras las fumigaciones los mosquitos habían sido capaces de desarrollar resistencias a estos químicos.

En 1913, la Fundación Rockefeller creó la International Health Division (1913-1951), también conocida como la Oficina de Salud Internacional, que operó como un red filantrópica privada transnacional, aunque sus operaciones estuvieron íntimamente ligadas a los intereses de su gobierno y la consecución de diversos fines imperialistas, militares y económicos de Estados Unidos en América Latina y Filipinas (Farley, 1996).

Los expertos de la FR fueron creando una red médica transaccional, como lo hizo también la LNHO, al conectar territorios europeos, latino-americanos y otros tanto en Asia y África produciendo así un espacio médico imperial. Los expertos de la Fundación Rockefeller comprendieron que la enfermedad era una causa principal en la producción de pobreza por lo que consideraron que conquistar la enfermedad, es decir eliminarla era un requisito previo para cualquier estrategia de desarrollo. Su trabajo estuvo caracterizado por un fuerte paradigma biomédico que impulsó la investigación y el desarrollo de preparados químicos con propiedades insecticidas como el *gas verde* y más adelante por la síntesis del *dicloro difenil tricloroetano* (DDT-1939). Los expertos de la Fundación Rockefeller extendieron un modelo de intervención biomédica centrada en el desarrollo tecnológico para luchar contra la enfermedad y una economía política de la salud que limitada su análisis del medio al estudio de las relaciones ecológicas que consideraba la población, como parte del ciclo de vida parásito, como reservorio, enfermos o sano (Farley, 1996). La eliminación de la enfermedad era requisito previo al desarrollo social pero no parte del mismo (alejándose de las posturas de la medicina social de Virchow o Von Petrekoff). El inicio de sus trabajos fue la lucha contra la ancilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria en la frontera sur de Estados Unidos para posteriormente extender sus actividades a otros estados latinoamericanos, europeos y asiáticos. Este conocimiento tecnológico recupera un imaginario social de superioridad. Warwick demuestra que la intervención médica de los expertos de la FR en Filipinas para luchar contra la enfermedad durante la guerra participó de construir el orden colonial. Sin embargo, los expertos de la FR desarrollaron también una importante actuación en otras áreas como la formación médica, la creación de administración y servicios sanitarios, la enfermería, la educación sanitaria, la administración sanitaria o las estadísticas médicas. Todas estas actuaciones las llevaron a cabo en diversos estados y territorios; Mississippi y Arkansas, Italia e India; en donde fue también desarrollando un conocimiento más profundo de la enfermedad y las resistencias del mosquito a los insecticidas (Farley, 1996; 107-127).

Inicialmente entre 1924 y 1930 los principales institutos de parasitología y la Fundación Rockefeller colaboraron con la Comisión para fijar las directrices de los programas científicos y las campañas contra la malaria. Por eso, los informes que la Comisión publicó entre 1924 y 1927 intentaron integrar el enfoque de la Fundación con el modelo de intervención social que había prosperado en los estados europeos y en Estados

Unidos (Gachelin y Opinel, 2011). Sin embargo el enfoque que caracterizó el trabajo de la Oficina de Salud en su lucha contra la malaria se identificó con la higiene rural y la medicina social.

5.4.2 El enfoque de higiene rural y medicina social.

La medicina social desarrollaba una intervención holística que promovía un enfoque de higiene rural altamente ligado a la producción de un conocimiento en salud pública que incorporaba la lucha contra la enfermedad dentro de otras medidas sociales dirigidas a promover el desarrollo económico. En este caso los expertos analizaban la endemividad de la población a la malaria de una manera holística, es decir estudiando de manera integral las relaciones establecidas entre una serie de factores de naturaleza, social, política, ecológica, laboral, nutricional y económica. La respuesta a este tipo de análisis era la de intervenir sobre diferentes cuestiones: saneamiento, mortalidad, infancia, alimentación, educación o servicios de salud. El plasmodio que causaba la enfermedad de la malaria circulaba dentro de una ecología compleja que reunía un conjunto de relaciones humanas y ambientales que era necesario estudiar primero para planificar unas intervenciones médicas que comprendían también una serie de reformas económicas y ambientales más amplias (Packard, 2007; 127-129).

El papel del estado en estos planes era fundamental. Diferentes gobiernos europeos y americanos lideraron políticas donde combinaron el ataque al protozoo (acceso a los fármacos contra el plasmodio) con otras intervenciones socio-económicas y medio ambientales para mejorar el desarrollo de la población que incluía: suministro de luz eléctrica, saneamiento (agua potable y desecación de marismas)⁹⁰, mejoras en los hogares, construcción de infraestructuras (diques de contención), alimentos (suministros nutricionales para la infancia) y servicios sanitarios (dispensación de cloroquina y otros fármacos contra el plasmodio). Ejemplos de estas intervenciones los encontramos en diferentes estados como Italia (Doctor Celli), donde como vimos prevalecían importantes focos de malaria, Estados Unidos a través del modelo de desarrollo del

⁹⁰La idea ambientalista caracterizada por la práctica de desecar marismas y limpiar el medio que ya se venía desarrollando en Europa como estrategia sanitaria continua pero ya no dentro de un enfoque exclusivo ambientalista sino dentro de uno ecológico. De hecho, muchos estados europeos antes del siglo XIX habían erradicado la malaria de sus territorios al desecar marismas o limpiar los espacios miasmáticos

TVA de Roosevelt (Hackett, 1937), la República Española⁹¹ e incluso la Italia fascista de Mussolini (Gachelin and Opinel, 2015).

5.4.3 El enfoque inmunitario.

Durante la década de 1930 se incorporaron a los debates de la Comisión de la Malaria una tercera economía política de la salud que problematizó la atención médica dispensada a la población que vivía en territorios con alta endemicidad a la malaria, donde destacaba el África tropical. El problema para los expertos era que la lucha contra la malaria podía reducir la inmunidad natural de las poblaciones nativas a la enfermedad; es decir el uso de los fármacos disponibles para luchar contra la malaria, sobre todo los preparados de quinina, podían debilitar la inmunidad que la población local había adquirido durante la infancia. Esta tercera economía política de la salud recuperó el problema de la predisposición de la población africana a la enfermedad que relatos previos basados en las ciencias naturales y el conocimiento biológico habían construido. Los trabajos de esta red provinieron especialmente de los estudios de otros territorios endémicos de África y Europa del Sur.

Warwick Anderson localiza la comprensión de los debates sobre la inmunidad a la malaria de las poblaciones nativas dentro de la preocupación científica que atravesó la época imperial sobre las relaciones entre el nativo y la enfermedad. Anderson, establece así un encuentro entre las actuaciones del ejército de Estados Unidos en Filipinas y las actuaciones coloniales europeas (Anderson, 1996) y considera que ambas, además de presentar a la población nativa como atrasada, amoral e insana recuperaban el debate en torno a la mayor predisposición de la población occidental frente a la inmunidad de la población nativa. En el caso de EEUU, el debate giró inicialmente por la participación de tropas afroamericanas en la conquista de las Islas Filipinas que respondió a la capacidad de contar con una fuerza militar que aguantara mejor la enfermedad (Anderson, 1996; 98). El mantenimiento de la enfermedad como una forma de representar la inferioridad africana no se limitó al descubrimiento del papel del vector y al desplazamiento de las tesis climáticas sino a la capacidad de recuperar una mirada

⁹¹ En Extremadura –Barahona señala el papel central que tuvo la construcción de centros de cálculo epidemiológico y estadísticas vitales para indicar sobre qué cuestiones intervenir (la presencia de la FR contribuyó ampliamente a la creación y desarrollo de estos centros estadísticos por lo que la red fue estableciéndose como un espacio de diálogo y conflicto entre estos cálculos y tecnologías).

médica a la inmunidad que proponía un tratamiento especial a la población africana basado en las condiciones naturales y la endemidad del territorio que desaconsejaban la dispensación de fármacos. La discriminación racial que se había mantenido por medio de la discriminación biológica al representar el cuerpo del africano como un reservorio natural de plasmodios se mantenía a través del conocimiento inmunitario.

El tercer informe general de la Comisión de la Malaria publicado en 1933 sugirió una estrategia de control de la malaria basado en promover la adquisición de una “inmunidad relativa” en la población nativa que vivía en zonas altamente endémicas. En términos prácticos esto suponía reducir o dejar de dispensar tratamiento farmacológico a esta población. Gilberto Corbellini describe las premisas científicas en las que se basó este Informe e ilustra las críticas posteriores que recibió la estrategia de inmunización y que conllevaron su abandono final (Corbellini, 1998). Corbellini indica que a mediados de 1920 las observaciones epidemiológicas relacionaban cierta inmunidad a la malaria con factores como, la edad, la duración de la exposición a la infección y la intensidad de la transmisión pero según el propio investigador a finales de la década de 1920 se comenzó a considerar que la inmunidad adquirida era específica al tipo de parásito que habitaba las regiones endémicas. La Comisión de la Malaria se interesó por analizar el papel que la inmunidad y la manipulación del sistema inmunitario podía jugar en el control de la malaria en áreas tropicales de gran endemidad.

La principal influencia en el Informe de la Comisión fue el estudio publicado en 1932 por el Coronel S P James donde explicaba que la inmunidad adquirida de forma natural contra la malaria en áreas altamente endémicas tenía “el efecto de preservar al individuo de las manifestaciones de la malaria después de su infancia” lo que constituía “una ventaja para las poblaciones afectadas” por lo que “sería extremadamente imprudente interrumpir de una manera brusca el proceso de adquisición de inmunidad” porque “el tratamiento debe ayudar a que los pacientes adquieran el mayor grado posible de resistencia, inmunidad o tolerancia por lo que recomendaba administrar la dosis correcta de quinina “para lograr el efecto deseado sin perturbar el mecanismo de defensa natural del paciente” considerando así “un grave error administrar fuertes dosis de quinina a todos los pacientes sin distinción” (Corbellini, 1998). Influidos por el trabajo de Coronel James el Informe redactado por la Comisión de Malaria en 1933 cuestionó las recomendaciones médicas que defendían los tratamientos tempranos porque reducían la capacidad de desarrollar una inmunidad natural a la malaria. Al contrario, consideraba

que con la excepción de los casos en donde el paciente sufría una invasión de parásitos que hacía incapaz adquirir resistencia, los resultados más satisfactorios eran logrados con un tratamiento farmacológico más suave. El Informe abogaba por mantener en el paciente una densidad de parásitos tal que permitiera una inmunización natural y acababa señalando que:

“sería extremadamente imprudente, en ciertos territorios maláricos (África negra, por ejemplo), intervenir de manera muy radical en los procesos naturales, gracias a los cuales los nativos están inmunizados contra la enfermedad” (Corbellini, 1988; 110).

En estos casos recomendaba que la lucha contra la malaria se dirigiera a:

“atenuar la gravedad de la enfermedad y reducir la mortalidad casi más que dirigir los recursos a medidas más radicales que buscan la complete erradicación y eliminación del parásito en un region determinada” (Corbellini, 1988; 110).

Se proponía por tanto una estrategia de actuación para las zonas endémicas que atenuara los síntomas clínicos de la enfermedad sin eliminarla totalmente (Corbellini, 1998: 110).

El Informe de la Comisión relacionó observaciones epidemiológicas desarrolladas en territorios coloniales principalmente africanos (Camerún por alemanes y territorios británicos) junto a investigaciones clínicas llevadas a cabo en hospitales psiquiátricos de las ciudades europeas que usaban la malaria como (*malariatherapy*) tratamiento para la *paresia general* (ausencia parcial de movimiento voluntario) como comenzó a practicar el psiquiatra alemán Julius Wagner-Jaureg (1857- 1940) en 1917. En pocos años esta práctica se extendió en los hospitales psiquiátricos de Europa y muchos malariólogos se ofrecieron para inocular correctamente los parásitos de la malaria a los pacientes y así estudiar en vivo el desarrollo de la enfermedad. Corbellini asegura que los experimentos realizados en el trascurso de veinte años (1920-1940) produjeron una impresionante cantidad de datos e informes sobre aspectos diversos de la malaria que consideraron

mayoritariamente la inmunidad como el resultado de un proceso continuo de estimulación natural de las defensas inmunitarias (Corbellini, 1998; 111)⁹².

Defensores de la tesis de fortalecer la respuesta inmunitaria a la malaria en las poblaciones endémicas fueron por ejemplo el malariólogo alemán Claus Schilling que como el Coronel James sugirió observar la evolución natural del sistema inmunitario de niños que vivieran en áreas endémicas a la malaria y sin acceso desde su nacimiento a ningún tipo de tratamiento. Schilling junto al científico italiano Alberto Missiroli (1883–1951) llevaron a cabo durante la década de 1930 algunos experimentos en la región de Sardinia para verificar si los niños afectados por malaria y curados con quinina u otra droga sintética desarrollaban una infección latente o *premunition*. Según estos estudios Schilling consideraba que el objetivo no debía ser “acabar completamente todos los parásitos- esto sería imposible- ni exterminar la transmisión de los insectos sino tratar de alcanzar un equilibrio entre los parásitos y los hospedadores”. A finales de la década de 1930 los experimentos del Lowell T. Coggeshall y Henry W. Kumm, ambos de los laboratorios de la Fundación Rockefeller, demostraron los efectos protectores del suero de animales con malaria crónica animando a diversos institutos de investigación a experimentar métodos para inducir artificialmente la inmunidad contra la malaria (Corbellini, 1998;112).

No obstante, otros científicos criticaron la tesis inmunitaria del Informe por estar basadas principalmente en un conjunto de observaciones realizadas en los hospitales europeos alejados de los contextos endémicos locales. J.A. Sinton criticó que el informe de la Comisión de 1933 no contenía observaciones sobre el cuadro epidemiológico y la transmisión de la malaria en áreas específicas pero que, en cambio, usaba ampliamente los estudios desarrollados en hospitales europeos cuyas condiciones estaban tan alejadas de las áreas endémicas tropicales. En base a datos epidemiológicos y experimentos en primates, el investigador sostuvo, que la naturaleza y el grado de tolerancia a la enfermedad variaban en función de diferentes condicionantes y circunstancias y defendió que cualquier estrategia de lucha contra la malaria

⁹² Algunos de estos estudios indicaban que inocular plasmodio-parásitos en individuos producía inmunidad a los efectos clínicos de la infección. El propio Coronel S P James atendió a los resultados de los experimentos desarrollados a cerca de 1.200 pacientes del Horton Hospital en Epsom (Londres) (Corbellini, 1998; 112).

suministrara un tratamiento adecuado a las condiciones locales de infección⁹³. En el mismo sentido, Augusto Corradetti en 1936, siguiendo algunas observaciones publicadas por Battista Grassi en 1920, afirmó que tratar las primeras infecciones con quinina retardaba la adquisición de inmunidad pero reducía el número total de ataques de fiebre que sufría el paciente (Corbellini, 1998; 115). La crítica más contundente fue la desarrollada por Giuseppe Bastianelli en 1936 quien en base a datos clínicos aseguró que curar la enfermedad no interfería con el proceso de adquisición de la inmunidad porque no era la enfermedad en su forma activa la que favorecía la inmunización sino un conjunto de variables temporales, metabólicas, locales que hacía que su activación variara entre personas (Corbellini, 1998; 117).

5.5. Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos analizado el encuentro entre las dos redes médicas imperiales repasadas en los anteriores capítulos que permitió la evolución de un poder médico imperial que reforzó la *unificación del globo contra la enfermedad*. Los estados europeos requirieron cada vez más el apoyo y la colaboración de la Fundación Rockefeller para mantener el control del proceso de medicalización imperial durante el periodo de entreguerras que permitió la evolución de la uniformidad del globo contra la enfermedad a través del despliegue de dos actuaciones. La primera fue la extensión de las redes de vigilancia epidemiológica que reforzó la construcción espacial de un territorio imperial. La segunda fue la creación de tres modelos o visiones de la economía política de la salud (biotecnológica, social, inmunitaria) que como veremos en el siguiente capítulo caracterizó la evolución de un poder médico imperial a un poder médico internacional. En todo ello mantuvo un papel central África como laboratorio natural para la producción de conocimiento médico ligado al desarrollo de las ciencias de la salud.

⁹³ Y propone tres curas, la “cura radical” cuando la reinfección no es fácil que ocurra por causas naturales o artificiales o solo ocurrirá tras largos periodos de tiempo; la “cura clínica” de un ataque agudo de malaria cuando las frecuentes reinfecciones son comunes e imposible una evitar; “la profilaxis clínica” donde individuos y grupos específicos de personas tienen que residir o viajar a zonas con alta malaria durante cortos periodos de tiempo (Corbellini, 1998; 115).

SEXTO CAPITULO

6. El poder médico internacional

6.1 Introducción.

En este capítulo analizamos la evolución de un poder médico imperial a un poder médico internacional que estuvo caracterizada porque los expertos de la Fundación Rockefeller desplazaron a sus homólogos europeos, especialmente británicos, de las redes de medicalización imperiales. Este desplazamiento comenzó antes del inicio de la Guerra Fría y del enfrentamiento ideológico entre las potencias de Estados Unidos y la Unión Soviética. La transformación del poder médico imperial a uno internacional supuso la construcción de la “erradicación de la enfermedad” como un tipo concreto de *excelencia médica* identificada con el despliegue de una red médica internacional donde destacó, como ya hemos comentado, la actuación de los expertos de la Fundación Rockefeller y cuyo funcionamiento contribuyó al final del imperialismo europeo. La “erradicación de la enfermedad” fue un tipo de estrategia de medicalización de las relaciones internacionales que reforzó la autoridad y el control de los expertos de Estados Unidos sobre los nuevos estados postcoloniales y orientó decisivamente la creación y funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud. Durante toda la Guerra Fría, la estrategia médica de la “erradicación” operó sobre diferentes enfermedades (leishmania, oncocercosis, tuberculosis, tracoma)⁹⁴ pero entre todas ellas destacó su actuación sobre la malaria y la viruela que supusieron el despliegue de dos estrategias biopolíticas: una biopolítica soberana, a través del Programa de Erradicación de la Malaria, y una biopolítica normalizadora, a través del Programa de Erradicación de la Viruela. La construcción de esta *excelencia médica*, en el periodo en el que las sociedades y los estados africanos iban alcanzando su independencia, se caracterizó porque mantuvo la centralidad de África como laboratorio natural lo que no impidió que sus sociedades y autoridades jugaran diferentes papeles que además influyeron

⁹⁴ La Campaña Internacional contra la Tuberculosis (1947-51). La vacunación masiva condujo a la disminución de los casos, pero el resurgimiento a partir de los años 80 llevó a la OMS a declarar la TB como una "emergencia global" en 1993. La Campaña Internacional contra la frambesía (1955-70) a través de inyectables que redujeron los pacientes de 50 millones a casi cero (Lee,2009; 47)

notablemente en el propio despliegue de la “erradicación” como una estrategia de medicalización internacional.

6.2. La actividad de la Fundación Rockefeller durante la Segunda Guerra Mundial.

Durante el periodo de la Segunda Guerra Mundial, y en los años inmediatamente anteriores al estallido bélico, la actividad de la Fundación Rockefeller se mantuvo e incluso se incrementó, tanto en los territorios en los que operaba, como en el alcance de los conocimientos obtenidos a través de los programas de control y erradicación de diferentes enfermedades, donde destacó la actuación contra la malaria. Los expertos de la Fundación Rockefeller trabajaron en diversos escenarios como fueron, las campañas antipalúdicas desarrolladas en territorios como Brasil, Egipto, Sicilia, las operaciones militares que el US Army llevó a cabo durante la Segunda Guerra Mundial en el norte de África, el Sur de Europa o los territorios asiáticos del Océano Pacífico y en las campañas de fumigación desplegadas por la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA; Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación; 1943-1947).

La UNRRA fue una agencia creada por los Aliados antes de acabar la Segunda Guerra Mundial para dar asistencia a la población desplazada por el conflicto, primero en la región de los Balcanes y desde 1945 en los estados del Sur de Europa como Italia y Grecia que eran liberados de las potencias del Eje. Dentro de la UNRRA hubo una *división de salud* cuyas principales actividades fueron las campañas de erradicación de la malaria y la ayuda de emergencia para la reconstrucción de la infraestructura sanitaria (Godman, 1975). Las funciones médicas de la UNRRA fueron desarrolladas principalmente por oficiales del ejército de Estados Unidos y expertos formados en la Fundación Rockefeller, por ejemplo su secretario general el Doctor Wilbur Sawyer había sido director de la Oficina de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller (Cueto; Fee and Brown; 2011, 132). Sus programas de control de la malaria continuaron la línea de la actuación de la Fundación Rockefeller centradas, como vimos en el anterior capítulo, en el uso masivo de insecticidas, principalmente DDT, donde destacaron las campañas desarrolladas por la UNRRA en Grecia e Italia.

La Segunda Guerra Mundial fue un campo de investigación para los expertos de la Fundación Rockefeller que además de posibilitarles intervenir sobre amplios territorios,

en algunos casos históricamente dominados por franceses o británicos, también les aportó una serie de aprendizajes resultado de la necesidad de resolver diversos tipos de accidentes o eventos relacionados con los problemas logísticos de suministro, la ausencia de una estructura organizativa o la falta de financiación durante el desarrollo de las campañas (Stapleton, 2005). En general estas situaciones permitieron tener un mejor conocimiento técnico y operativo para desarrollar las campañas de fumigación en contextos altamente inestables y a la vez aportó un conocimiento médico sobre el comportamiento de los vectores, tras largos periodos de fumigación, o en situaciones donde la fumigación había tenido que ser interrumpida por falta de suministro u otros accidentes (Farley, 1996; 128-129). Con el final de la Segunda Guerra Mundial, los aprendizajes y conocimientos surgidos de las actuaciones de la UNRRA, caracterizadas por la gran cantidad de DDT usado, se combinaron con las producidas en otros territorios (Farley, 1996; 145). Las funciones desarrolladas por los expertos de la Fundación Rockefeller en la UNRRA demuestran que durante la Segunda Guerra Mundial un poder médico en las relaciones internacionales no tanto se interrumpió, por el cese de las principales las redes de medicalización imperiales identificadas con las actividades de la OIHP y la LNHO, sino que continuó desplegándose a través de otras vías como fueron las operaciones militares que reforzaron la autoridad de los expertos de la Fundación Rockefeller.

La estrategia de fumigación de la Fundación Rockefeller conoció las posibilidades y los límites de usar el DDT, sintetizado por primera vez en sus laboratorios en 1939. El control de la malaria y la fiebre amarilla había sido fue una actuación fundamental durante la construcción del Canal de Panamá. Posteriormente, las actividades desarrolladas por la Fundación Rockefeller en Brasil y Egipto lograron la erradicación de especies concretas de anopheles con lo que grandes territorios quedaron libres de la presencia de la enfermedad convirtiéndose así en importantes áreas de producción agraria (OMS, 1958; 182). En Brasil, y en otros territorios, los expertos de la Fundación Rockefeller comprendieron también que las campañas de fumigación con DDT conllevaban importantes riesgos como el anofelismo residual, es decir la presencia de mosquitos hembras tras la fumigación, y la capacidad del insecto de crear resistencias a los insecticidas usados (Packard, 2007,150). De igual manera, los problemas logísticos que llevaron a interrumpir las fumigaciones de los equipos de la UNRRA en Italia y Grecia permitieron constatar que la paralización había permitido que los mosquitos

crearan resistencias al DDT. Así sucedió durante el programa de fumigación con DDT en Grecia (1943-1947) que hasta su interrupción definitiva fue el programa que más toneladas de insecticida empleó en la historia de la UNRRA (Gardikas, 2008)⁹⁵. La fumigación y el uso masivo del DDT demostraron ser una estrategia adecuada a la nueva doctrina de la contención que George Kennan para evitar el enfrentamiento directo entre las dos superpotencias nucleares. Según la doctrina los Estados Unidos “debían utilizar preferentemente mecanismos no militares (como programas de cooperación, educación y salud, así como su influencia en organismos multilaterales) para asegurarse la lealtad de los países postcoloniales y minar el crecimiento del comunismo” (Cueto et al; 2011, 136). A comienzos de la Guerra Fría, la lucha contra la malaria, y la posibilidad de erradicarla con DDT, se presentó como un interesante candidato para materializar la doctrina de la contención de George F. Kennan y sus colaboradores del Departamento de Seguridad de los Estados Unidos. Aunque las campañas antipalúdicas desarrolladas por la UNRRA y el Ejército de Estados Unidos en Grecia e Italia contaron inicialmente con la resistencia de la población y de diferentes autoridades locales finalmente mostraron su valor estratégico para “ganar mentes y corazones” cuando a través de la fumigación con DDT se logró liberar los territorios de la malaria logrando así el apoyo de los gobiernos y las poblaciones locales (Litsios, 1997).

6.3 La construcción de la OMS.

La construcción de la OMS respondió a la reconstrucción de las redes médicas imperiales cuyo funcionamiento había sido interrumpida durante la Segunda Guerra Mundial. Esta reconstrucción sucedió dentro de un campo más amplio de nuevos intereses que fraguaron la reconstrucción de las redes de medicalización de las relaciones internacionales como el resultado de tres movimientos que crearon una intersección entre los legados de las anteriores organismos sanitarios y las redes de medicalización imperiales, la continuación de las actividades antipalúdicas que resistieron el conflicto bélico y el final del imperialismo europeos que estuvo acompañado de los imperativos de la construcción de los nuevos estados post-

⁹⁵ Durante la ocupación alemana Grecia sufrió una grave epidemia de malaria que anuló los progresos que la campaña antipalúdica desarrollada por la Fundación Rockefeller había logrado durante la década de 1930

coloniales donde influyó la creciente hegemonía de los Estados Unidos. A continuación lo repasamos más detenidamente.

Primero, la desconexión que supuso la suspensión de las actividades de la OIHP y la LNHO en materia de vigilancia epidemiológica se sumó, como veremos más adelante, el propio desinterés y cuestionamiento de estas actividades que había sido una de las principales redes de medicalización imperial. Segundo, la continuidad que durante el conflicto bélico tuvieron las actividades relacionadas con la malaria tanto en el área de investigación como en las operaciones de fumigación llevadas a cabo y que tan importantes habían sido en la creación de tres tipos de economías políticas de la salud sufrieron detenciones, pero como hemos visto menos severas que las otras actividades debido principalmente a que la Fundación Rockefeller a través del US Army y la UNRRA continuaron desarrollando fumigaciones con DDT durante el conflicto. Tercero, el propio contexto de descolonización de los imperios europeos en África que cuestionó las anteriores organizaciones por considerarlas propias a un tiempo imperial y por la ausencia de población nativa entre sus cuadros y trabajadores (Cooper, 1996; 173-176). En este contexto los imperios europeos fueron desapareciendo y los intereses médicos de la política exterior de los EEUU no se limitó solo a las cuestiones sanitarias de su área de influencia en América sino que se van a extender a otros territorios a la vez que tratan de proteger la autonomía e influencia lograda en esa región frente al temor de la influencia comunista (Cueto, 2007).

6.3.1. El papel de la comisión interina.

Durante la Conferencia de San Francisco (de abril a junio de 1945) que creó el Sistema de las Naciones Unidas ni Estados Unidos, ni ningún delegado de los estados vencedores de la Segunda Guerra Mundial, propuso o mencionó la posibilidad de construir un organismo sanitario internacional dentro del recién creado sistema de las Naciones Unidas. Fueron los delegados de China y Brasil, formados en la Fundación Rockefeller y que habían trabajado en la UNRRA, quienes con el apoyo del delegado noruego plantearon la creación de un organismo internacional dedicado a la salud. En respuesta a su petición se propuso celebrar una Conferencia Sanitaria para establecer las bases de la nueva organización sanitaria (OMS, 1958, 3). En febrero de 1946, el Consejo Económico y Social de la ONU, la oficina encargada de la formación de las nuevas agencias especializadas, convocó a dieciséis expertos médicos para constituir un

Comité Técnico Preparatorio (en adelante, *Comité Técnico*) que preparara las bases y la constitución de esta nueva agencia internacional de salud, cuyo nombre inicialmente oscilaba entre «internacional», «global» o «de las Naciones Unidas» (Cueto et al, 2011; 133). La organización del Comité Técnico supuso el encuentro entre expertos que la Segunda Guerra Mundial había interrumpido. Así, especialistas de la Fundación Rockefeller y de la Medicina Social se volvieron a encontrar como fueron el Dr René Sand, Dr Marcin Kacprzak, Dr Karl Evang, Dr Andrija Stampar, Dr Brock Chisholm, Sir Wilson Jameson (planificador del sistema nacional de salud británico), Dr Thomas Parran, Dr Geraldo H. de Paula Souza, Dr Szening Sze⁹⁶.

El trabajo que los expertos del *Comité Técnico* desarrollaron durante los meses de marzo y abril de 1946 en París permitió celebrar la primera Conferencia Sanitaria Internacional que fue convocada por las Naciones Unidas tuviera lugar en Nuev York en junio de 1946, y que fue también la primera conferencia internacional organizada por la recién creada Naciones Unidas⁹⁷. El *Comité Técnico* presentó el marco de discusión de la primera Conferencia Sanitaria Internacional que contenía las señas de identidad de la nueva organización sanitaria, es decir, el mandato, la estructura de gobierno que incluía canales de administración y financiación, la localización de la sede central y el aspecto más controvertido que fue la incorporación de las anteriores agencias sanitarias en la futura organización (OMS, 1958; 40). Ante la previsión de que el debate en torno a las bases de la nueva organización sanitaria pudiera alargarse en exceso el *Comité Técnico* decidió crear una *Comisión Interina* (CI) para asumir las tareas esenciales que no podían esperar a que la primera Asamblea Mundial de la Salud fuera convocada y sus acuerdos aprobados (OMS, 1958; 54)⁹⁸. Entre estas funciones estaban las desarrolladas por las anteriores organizaciones sanitarias y que debían

⁹⁶ Gregorio Bermann (Argentina), René Sand (Bélgica), Manuel Martínez Báez (México), Karl Evang (Noruega), A. Cavaillon (Francia), D. Knoparris (Grecia), Brock Chisholm (Canadá), Josek Cancik (Checoslovaquia), Wilson Jameson (Reino Unido), C. Mani (India), Thomas Jr. Parran (Estados Unidos), Aly Twefik Shousa Pasha (Egipto), Geraldo H. de Paula Souza (Brasil) y P. Z. Kin (China) (OMS, 1958; 476).

⁹⁷ A ella acudieron 51 estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, 13 estados no miembros, las Autoridades Aliadas de Ocupación en los territorios de Alemania, Japón y Corea, y diversos organismos especializados de las Naciones Unidas como la UNESCO, FAO, OIT, observadores de la OIHP, UNRRA, la Fundación Rockefeller, la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja (OMS, 1958; 45)

⁹⁸ Dieciocho estados fueron convocados para designar a una persona en el CI (Australia, Brasil, Canadá, China, Egipto, Francia, India, Liberia, México, Países Bajos, Noruega, Perú, Ucrania, Unión Soviética, Reino Unido, Estados Unidos, Venezuela y Yugoslavia) (OMS, 1958; 54).

incorporarse rápidamente al funcionamiento de la nueva organización como eran: las tareas de vigilancia epidemiológica desarrolladas por la Oficina Internacional de Higiene de París, las funciones técnicas y los reducidos servicios que mantenía la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, la ayuda asistencial que todavía dispensaba la UNRRA y la incorporación de otros organismos sanitarios como la PAHO lo cual tuvo como veremos una importancia trascendental (Lee, 2009, 13).

6.3.2. Una nueva geopolítica médica internacional.

La Comisión Interina tomó las disposiciones necesarias para asumir las funciones de las anteriores organizaciones sanitarias (LNHO, OIHP, UNRRA) (OMS, 1955; 56). De esta forma, las funciones de estandarización médica y vigilancia epidemiológica, que habían desarrollado la OIHP y la LNHO, se trasladan a las tareas y funciones de la nueva organización, lo que supuso continuar la elaboración de las estadísticas de mortalidad, las estandarizaciones médicas y la creación de una serie de publicaciones, que facilitó la construcción de una red de comunicación epidemiológica internacional, impulsada por: el *Boletín de la OMS*, publicado en inglés y francés, que recuperó la función de otras publicaciones parecidas de la LNHO o la OIHP, además de mantener otros informes estadísticos como, *The Weekly Epidemiological Record*, *Epidemiological and Vital Statistics Report*, *Official Records of the World Health Organization*, *International Digest of Health Legislation* a lo que su suma la inauguración en enero de 1949 de las transmisiones de radio de la OMS que emitía información epidemiológica desde sus estaciones en Washington D. C., Ginebra, Singapur y Alejandría (OMS, 1955; 58).

Con todo ello, la OMS heredaba la autoridad, las funciones y los objetivos de la red de vigilancia epidemiológica desplegada por las anteriores organizaciones imperiales. La nueva organización mantuvo el mismo sistema de vigilancia epidemiológico imperial que había desarrollado la OIHP y la LNHO incorporando solo algunas mínimas transformaciones relacionadas con las enfermedades a notificar que, como veremos en el último capítulo, pasó a heredarse tal cual hasta nuestros días manteniendo el control específico en los puntos fronterizos Como la propia OMS informa hasta comienzos del siglo XXI estas tareas se mantuvieron casi exactamente igual a como se desarrollaban en época imperial, salvo algunas pequeñas variaciones:

“En 1951, tres años después de su fundación, la OMS adoptó una versión revisada del Reglamento Sanitario Internacional aprobado por primera vez en 1892, centrado en el control del cólera, la peste, la viruela, la fiebre tifoidea y la fiebre amarilla (aumento de enfermedades). El Reglamento seguía anclado en algunas ideas erróneas del siglo XIX, como la de que la simple imposición de ciertas medidas en los puestos fronterizos bastaba para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas entre los países (mantenimiento de las estrategias fronterizas). Le sucedió el Reglamento Sanitario Internacional (1969-), que obligaba a los Estados Miembros a notificar los brotes de ciertas enfermedades” (OMS, 2007; 7).

El estallido en 1947 de una epidemia de cólera en Egipto permitió que los expertos de la OMS reivindicaran su “pericia y autoridad sobre el conocimiento médico (para) indicar qué tipo de medidas sanitarias debían ser tomadas en base a los debates científicos que estaban sucediendo” (OMS, 1958; 60). La respuesta a la epidemia de cólera permitió que los expertos de la OMS se reclamaran como herederos de las funciones históricas que ya habían desarrollado los consejos sanitarios del levante y las Conferencias Sanitarias Internacionales (OMS, 1958; 20). Sin embargo, por diferentes razones que a continuación explicamos la vigilancia epidemiológica no fue suficiente para consolidar la autoridad de la OMS. La primera razón fue la superación del temor a las enfermedades infecciosas internacionales debido a distintas causas como fueron, los avances científicos que supusieron la introducción de la penicilina y una gama de vacunas que reforzó la creciente fe en la destreza científica y tecnológica, la creación de los sistemas de bienestar con sus mejoras en la salud que favorecieron junto a otras medidas sociales, habitacionales, nutricionales, salubristas una transición epidemiológica en las sociedades Occidentales que señaló la necesidad de atender a otro tipo de dolencias y enfermedades crónicas (Whitman, 2000). La posibilidad de conquistar o derrotar a las enfermedades infecciosas pareció una realidad factible en los estados occidentales. Como señala Jim Whitman:

“Desde el final de la Segunda Guerra Mundial las expectativas de los estados y las sociedades en los países desarrollados se movieron firmemente hacia la idea de que las enfermedades infecciosas podían ser finalmente conquistadas (...) amplias zonas del mundo todavía tendrían que seguir sufriendo los estragos de

una variedad de enfermedades que el rápido avance del progreso médico y científico podría compensarse” (Whitman, 2000; 23)

En este contexto, el Secretario de Estado de los Estados Unidos George Marshall proclamó en 1948 que la conquista de todas las enfermedades infecciosas era inminente (Elbe, 2010; 8). La ansiedad y los temores hacía estas enfermedades desaparecieron en favor de nuevas amenazas internacionales donde destacó especialmente el problema del crecimiento de la población o la explosión demográfica en los territorios post-coloniales (Symonds and Carder, 1973; 33). La cuestión de la población y su crecimiento demográfico que atravesó las primeras décadas de trabajo de la OMS continuando así los debates internacionales en torno a la población desarrollados entre 1919-1939. Para los expertos de la Fundación Rockefeller el aumento de la natalidad internacional suponía una seria amenaza porque la pobreza y la hambruna de grandes masas de población facilitarían la extensión del comunismo (Greenhalgh, 1996; 29). Por su parte los expertos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (más conocida por las siglas en inglés de Food and Agriculture Organization; FAO) consideraban que el crecimiento de la población suponía efectivamente un mayor número de bocas a alimentar pero también era un requisito necesario para aumentar la fuerza laboral y la productividad agraria (Symonds and Carder, 1973; 35). Las misiones de investigación que los expertos de la Fundación Rockefeller del Population Council desarrollaron en los países asiáticos fueron la base para presentar el crecimiento de la población en los territorios post-coloniales como una amenaza internacional. Para responder a esta amenaza, los expertos del Population Council y la Fundación Rockefeller diseñaron un modelo neo-malthusiano de transición demográfica basado en considerar que frenar el crecimiento de la población era un requisito necesario para alcanzar los niveles de desarrollo logrados en las sociedades occidentales (Szreter, 1993). Los modelos de planificación familiar iniciales, cuando todavía la progesterona no había sido sintetizada, estaban basados en programas abortivos de interrupción del embarazo o ciclos de fertilidad (Symonds and Carder, 1973; 38). Como decimos, el debate internacional en torno al crecimiento demográfico y el control de la natalidad influyó poderosamente en los inicios de la OMS y continuó durante sus primeras décadas de funcionamiento. Algunos estados y expertos defendieron considerar la planificación familiar como parte de los servicios sanitarios lo que confería a la OMS una competencia específica y directa en el debate. Entre estos

actores encontramos una mezcla de posiciones que iban desde defensores de las políticas eugenésicas, activistas en favor de un derecho a la salud, movimientos feministas y estados escandinavos y asiáticos preocupados por el desarrollo económico y la administración de su población (Symonds and Carder, 1973; 35). Pero los estados católicos, se opusieron decididamente a la propuesta de que la OMS asesorara y facilitara a los estados que lo solicitaran programas de control de la fertilidad. Finalmente en 1952, el Secretario General de la OMS desestimó considerar la planificación familiar como una competencia propia de la OMS ante el temor de que su aprobación supusiera la retirada de los estados católicos de la Asamblea de la OMS como ya había pasado con el abandono de los estados del bloque comunista con lo que la organización perdería legitimidad (Symonds y Carder, 1973; 47). Esto sucedió en el mismo momento que la Fundación Rockefeller se disponía a cerrar su Oficina de Salud Internacional para atender otras áreas como el desarrollo agrícola o el crecimiento de la población (Cueto, 2008; 26).

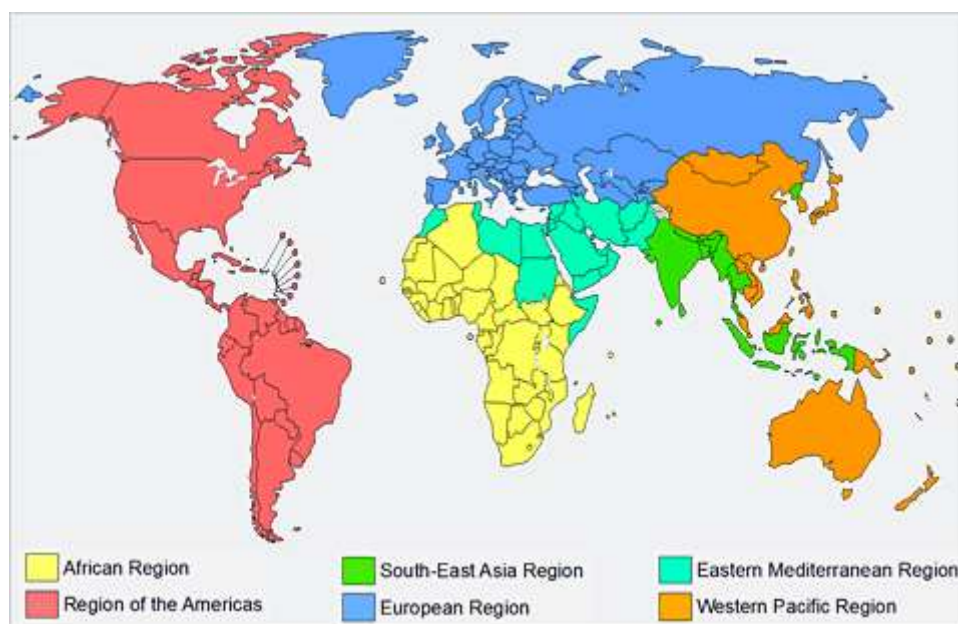
La pérdida de centralidad que sufrió la vigilancia epidemiológica respecto a la amenaza del crecimiento de la población no anuló la extensión de un poder geopolítico imperial sino que supuso su reformulación a través de la importancia que tuvo la cuestión espacial en la estructura de la nueva organización. El trabajo de la *Comisión Interina* se extendió por casi dos años, hasta junio de 1948, un periodo muy superior a lo esperado (1946-1948), debido principalmente a las resistencias del Congreso de EEUU a ratificar la constitución de la OMS. Los expertos de EEUU temían que la OMS mermara la soberanía sobre sus políticas sanitarias, redujera su influencia sobre otros estados de América y otros continentes y facilitara la construcción de una red médica que extendiera la ideología comunista (Siddiqui, 1995; 76). Estos miedos reverberaban en la principal resistencia que opusieron los expertos de EEUU, y que causó la duración excesiva de las funciones de la *Comisión Interina*, que fue su oposición a la incorporación de la PAHO dentro de la nueva organización. Los congresistas de Estados Unidos debatieron la relación que debía mantener su gobierno con la nueva organización sanitaria internacional. La postura aislacionista, contraria a ratificar la incorporación del país a la OMS, temía una pérdida de soberanía sobre sus asuntos sanitarios. Diversos congresistas y expertos, encabezados por el Doctor Cumming, desconfiaron también que la Unión Soviética usara la OMS con el propósito de extender la ideología comunista por los estados postcoloniales posibilitando así la formación de un

bloque sanitario pro soviético (Siddiqi, 1995; 78). La segunda posición representada por el delegado enviado por Estados Unidos a la Conferencia Sanitaria Internacional, el Dr Thomas Parran, formado en la Fundación Rockefeller, abogaba por la plena incorporación en la OMS como estrategia para defender sus intereses y extender el modelo de intervención de la Fundación Rockefeller en los nuevos estados post-coloniales (Lee, 2009; 14). En la Conferencia de Caracas⁹⁹ ganó esta segunda postura al admitirse un modelo equilibrado de integración y colaboración entre la PAHO y la OMS donde la primera no desaparecía, ni perdía su autonomía sino que se transformaba en una oficina regional de la OMS, para trabajar desde las bases de la cooperación y la colaboración más que desde la jerarquía, la verticalidad y el mando. La estructura de la OMS reprodujo este modelo por lo que se organizó en torno a seis oficinas regionales y una oficina central en Ginebra (Siddiqi, 1995). La importancia que tuvieron los criterios de EEUU en la estructura de la OMS, supusieron de facto el desplazamiento de la centralidad que los intereses europeos habían tenido en el origen y la creación de anteriores estructuras médicas como las Conferencias Sanitarias Internacionales y la OIHP.

Finalmente el 21 de junio de 1948, el gobierno de EEUU ratificó la constitución de la OMS (propuesta el 22 de julio de 1946) (Jacobson, 178; 1974) solo después de que hubiera tenido lugar la Conferencia de Caracas y la OMS aceptara su propuesta de organización por bloques u oficinas regionales.

⁹⁹ La reunión atrajo la participación no solo de las 21 naciones miembros independientes y autónomas de la Oficina Sanitaria Panamericana, sino también de observadores de Canadá y el Caribe (Guayana Británica, Jamaica y Trinidad y Tobago) y representantes de otras naciones europeas que mantienen intereses territoriales en la Región, como Francia (Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa) y los Países Bajos (Curazao y la Guayana Holandesa). (Cueto, 2006; 67).

Figura 6.1 Las oficinas regionales de la OMS.



Fuente: Keley Lee, 2010; 21

Las autoridades coloniales francesas se opusieron al modelo organizativo propuesto al considerar que la creación de una oficina regional de la OMS en África suponía una injerencia en sus administraciones coloniales y anunciaba de manera inminente el final de su Imperio (Pearson-Patel, 2015; 66). Sin embargo, los expertos coloniales franceses comprendieron que era imposible impedir la creación de la oficina regional de la OMS en África por lo que decidieron adelantarse a su funcionamiento para lo que construyeron sus propias organizaciones sanitarias anticipándose así a las funciones que después llevaría a cabo la OMS-Afro (Pearson-Patel, 2015; 69). Los organismos sanitarios que el colonialismo francés creó tenían el mandato de responder a las necesidades sanitarias de la población nativa e incorporar a población africana a su funcionamiento. Una medida que respondía también a las pretensiones y demandas de las propias sociedades africanas que habían usado los discursos de la ciudadanía para exigir más participación política e igualdad en las condiciones de trabajo para formar parte de una gran Unión Francesa sobre la cual los líderes africanos mantuvieron visiones diferentes (Cooper, 2002)¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Con anterioridad a los organismos internacionales fueron las potencias coloniales las que adaptaron un lenguaje de desarrollo al trato con sus colonias africanas – en previsión también de la pérdida de su

De este modo, el poder geopolítico médico de uniformar-normalizar el territorio dejó de ser desplegado por las redes de vigilancia epidemiológica para re-emergir ahora dentro de la OMS como parte de su propia estructura de funcionamiento, que como hemos visto respondió a las exigencias iniciales de EEUU para participar en la organización.

6.3.3. Economía política de la salud y derecho a la salud.

La definición del concepto de salud presentado en la Conferencia Sanitaria Internacional e incorporado posteriormente a la constitución de la OMS fue el resultado de la colaboración entre los miembros del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la *Comisión Técnica* (OMS, 1958; 45). El concepto de salud fue definido desde una posición próxima a la medicina social que consideró la salud como un estado natural del organismo: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS; 1958; 459) y una responsabilidad del estado: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS; 1958; 459). Durante la Conferencia Sanitaria los enfoques de la medicina social estuvieron representados a través de importantes figuras como el médico yugoslavo Andrija Stampar y René Sand. Sus enfoques influyeron decisivamente en definir la salud de manera holística, sin referencias explícitas a la tecnología, como una responsabilidad del estado y un derecho de sus ciudadanos pero también abierto a diferentes interpretaciones e intervenciones. (Cueto Brown and Fee 2011,13).

Pero más que la definición normativa o la naturaleza del derecho a la salud lo que iba a caracterizar el periodo sería la elección del tipo de economía política de salud con el que se proponía alcanzar tal derecho. La definición de salud que presentaba la constitución de la OMS quedó ligada al combate por el tipo de economía política de la salud que debía hacerla posible lo que supuso, como veremos, la extensión de un tipo de

influencia en esos territorios como por ejemplo la apertura de la OMS-Afro había demostrado - . A su vez los dirigentes africanos instrumentalizaron este discurso para exigir mayor participación política y derechos sociales en educación, salud, salarios y derechos laborales (Cooper 2002: 34-63). Así, a finales de la década de los cincuenta se introdujeron en algunas colonias africanas esquemas de seguridad social, aunque pocos africanos eran asalariados o elegibles por esos programas. Por ejemplo Francia y Bélgica incorporan el esquema de seguridad social (pensiones, servicios de salud, ayudas frente a la enfermedad, maternidad, herida, incapacidad o desempleo) para asegurar la retirada de los funcionarios coloniales en Burundi (1956), Guinea (1959), Mauritania (1951), Ruanda (1956) y Congo (1956). (Turshen, 1999: 151).

intervenciones centradas en la erradicación de la enfermedad que desplegó un modelo de intervención o medicalización sobre el estado post-colonial estrechamente ligado a la emergencia del lenguaje del desarrollo internacional (Packard, 1997). En esta situación, la erradicación de la malaria no fue tanto un producto inevitable de los primeros lenguajes del desarrollo sino más bien una muy influyente contribución a la construcción de un lenguaje de desarrollo internacional a comienzos de la Guerra Fría¹⁰¹. La erradicación fue una tecnología necesaria para la extensión internacional de un modelo de economía política extractiva, propio al colonialismo, dentro del nuevo lenguaje de desarrollo que postulaba la modernización del estado, siguiendo las etapas de crecimiento de Rostow, lo que permitió mantener la superioridad dada a un conocimiento técnico presentado como algo neutral (Packard, 1997, 281-285). Pero también causó serios problemas, como veremos en el siguiente capítulo porque las campañas de erradicación centradas, en determinadas enfermedades infecciosas, actuaban de manera paralela a los sistemas de salud con gran carga tecnológica y con una duración temporal lo que desplazaba la planificación y organización de los sistemas de salud (Irwin and Scali, 2007). Esta era una actuación conocida y en cierta forma cómoda para los expertos de la Fundación Rockefeller, que la habían extendido internacionalmente haciendo de las demostraciones técnicas y los programas de formación médica un símbolo de modernización y progreso¹⁰². La red en torno a la erradicación fue conectando territorios y estados post-coloniales. Los nuevos estados post-coloniales fueron intervenidos por estas políticas médicas, en muchos casos las solitaron y en otros muchos, también las contestaron (Amirth; 2006; 135-137).

La lucha contra la malaria, como vimos en el anterior capítulo había enfrentado diferentes tipos de economías políticas de la salud que habían permitido construir distintas *excelencias médicas*: tecnológica- productiva-inmunitaria-social que habían sido aplicadas y difundidas de diferente manera en los territorios. A comienzos de la Guerra Fría esta lucha se resolvió a favor de la intervención tecnológica porque se

¹⁰¹

¹⁰² La lucha contra la malaria y otras enfermedades infecciosas fue históricamente una de las líneas internacionales de actuación de los expertos de la Fundación Rockefeller pero su trabajo también agrupó otras actuaciones de educación, enfermería, nutrición o estadísticas (Barona y Josep Bernabeu-Mestre, 2011).

volvió a comprender como una intervención previa y necesaria para la construcción de infraestructuras, la explotación rural y el cuidado de la fuerza laboral. (Packard, 2002)

En primer lugar, la lucha contra la malaria reivindicaba la pericia técnica y el conocimiento médico de los expertos sanitarios internacionales del que carecían las otras agencias de las Naciones Unidas. La erradicación de la malaria permitió por tanto que los expertos de la OMS lograran una autoridad y legitimidad internacional, que ya no iban a lograr a través de las funciones de vigilancia epidemiológica (Litsios, 1997; 261). En el contexto de inicios de la Guerra Fría, la lucha contra la malaria – en territorios postcoloniales- reaparece por tanto como la actuación central para reivindicar la autoridad de los expertos internacionales de salud. La anterior rivalidad nacional científica mantenida entre los expertos médicos durante la carrera por el descubrimiento del cólera o de la malaria da paso ahora a la competición entre expertos internacionales procedentes de otras agencias y conocimientos. Los expertos sanitarios internacionales y especialmente los de la Fundación Rockefeller reivindicaron que reivindicar el valor de su conocimiento médico y la importancia de su pericia técnica a los expertos de otras organizaciones internacionales. Los programas de erradicación sirvieron para que los expertos de la OMS establecieran alianzas estratégicas con otras agencias internacionales de las Naciones Unidas, especialmente la FAO, que comprendió que la lucha contra la malaria era necesaria para aumentar la producción agraria (Symosnd y Carder, 1973;36) Además, la tecnología se había apoderado en gran parte de los sueños de los líderes nacionalistas que en un principio, como en el caso de la India, habían abogado por métodos más autóctonos de desarrollo y salud (Amirth, 2006, 103-106).

Para los expertos de Estados Unidos extender las operaciones de erradicación de la malaria permitieron una victoria práctica de sus postulados respecto a otras formas de luchar contra la malaria, pero también supuso una estrategia exitosa para recuperar, adecuar y controlar la red de medicalización imperial. Como veremos a continuación la erradicación como *excelencia médica* sirvió como una estrategia concreta para desplazar a las autoridades coloniales europeas sobre sus antiguos territorios coloniales y enfrentar a sus homólogos soviéticos. En todo ello, África se mantuvo como un privilegiado laboratorio natural destinado a la creación y evolución de una *excelencia médica* que relacionó la construcción de la erradicación de la malaria como una estrategia biopolítica soberna y la erradicación de la viruela como una estrategia normalizadora. La posibilidad de desarrollar diferentes estrategias biopolíticas para

erradicar sendas enfermedades no tuvo que ver sólo con las diferencias epidemiológicas o técnicas para enfrentar estas dos enfermedades sino también con los diferentes papeles históricos que jugaron el territorio, las sociedades y las autoridades post-coloniales africanas. En el siguiente apartado abordamos la creación de la estrategia de erradicación de la malaria y su evolución hacia una estrategia de erradicación de la viruela; en ambos casos identificaremos la centralidad que jugó África en sendas intervenciones.

6.4 Erradicación de la Malaria (1955-1970).

La *Comisión Interina* creó el *Comité Internacional de Expertos en Malaria* (1947) que recibió el presupuesto restante que quedó al cerrar la UNRRA (1943-1947) y permitió difundir el trabajo de la Fundación Rockefeller antes de cerrar su Oficina Internacional (1951) (Litsios, 1997; 258). El Comité de Expertos en Malaria estaba presidido por el venezolano Doctor Arnaldo Gabaldón formado en la Fundación Rockefeller¹⁰³. Los expertos querían recuperar cuanto antes los esfuerzos internacionales dedicados a la lucha contra la malaria que la Segunda Guerra Mundial interrumpió y que habían estado caracterizadas, como ya vimos, por la competencia entre tres tipos de *excelencias médicas* identificadas con el despliegue de tres economías políticas de la salud y la producción de un vasto conocimiento científico a cerca de la enfermedad, los mosquitos y los insecticidas. En la *Comisión Interina* destacaron expertos en malaria de la Fundación Rockefeller como el ya mencionado Doctor Arnaldo Gabaldón que querían continuar las intervenciones e investigaciones que había interrumpido la Segunda Guerra Mundial, aunque como vimos también había permitido desarrollar otras intervenciones, y recuperar de estas forma la red de lucha biotecnológica contra la malaria. (Litsios, 1997; 257).

¹⁰³ Arnaldo Gabaldón, Director del Programa Nacional de Control de la Malaria en Venezuela establecido en 1936. Arnaldo Gabaldón en Venezuela desarrolló un programa inicial, en 1945 sigue una fase de erradicación de la malaria, mediante una campaña nacional de aplicación del insecticida sintético denominado del Difenil Dicloro Tricloroetileno mejor conocido como (DDT). El uso del polémico DDT en Venezuela se llevó a cabo de manera controlada gracias a la labor del químico italo-venezolano Ettore Mazzarri, fundador del Laboratorio Químico de Malariología en 1948. Los resultados fueron inmediatos: para 1950 la tasa de mortalidad por malaria en el país se había reducido a 9 por 100 000 habitantes y se había erradicado en un área de 132 000 Km². A los 10 años de iniciada, en 1955, la tasa baja a 1 por 100 000 habitantes y el área erradicada aumenta a 305 414 Km². En Morón, zona que poseía los mayores índices de mortalidad por malaria, había transcurrido ya tres años sin ninguna defunción por este flagelo. A partir de entonces ocurre la gran explosión demográfica en Venezuela y se hacen patentes los logros alcanzados, éxitos que fueron reconocidos nacional e internacionalmente (VITAE, 2011)

La primera reunión de la *Comisión Interina* fue en abril de 1947 y estuvo dedicada mayoritariamente a asuntos financieros y administrativos; sin embargo ya entonces surgió la idea de extender a otros territorios los éxitos que la erradicación de la malaria había alcanzado en áreas de Venezuela, Brasil o Egipto (OMS; 1958; 55). En su segunda reunión, en mayo de 1948, el Comité decidió extender estos programas de erradicación a territorios de alta producción agraria en respuesta a la petición que el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas había dirigido a las agencias especializadas para que estudiaran qué medidas eran necesarias para incrementar la producción internacional de alimentos (OMS; 1958; 57). La malaria fue identificada como una de causas principal de su baja producción. Sin embargo, inicialmente la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO- *Food and Agriculture Organization*) planteó aumentar la producción agraria a través de la recuperación de una estrategia cercana a los enfoques de higiene rural que integrara así la lucha contra la malaria dentro de otros esfuerzos y actuaciones (Symonds y Carder, 1973; 38). En la tercera reunión del Comité de Expertos de la Malaria (1949) a la que acudieron los representantes de la FAO se creó un programa conjunto entre las dos organizaciones denominado *Working Party on Food Production and Malaria Control* que dirigió los fondos sobrantes de la extinguida UNRRA a financiar el *Programa de Expansión de Asistencia Técnica (TA)* que ECOSOC estableció en 1949 con el objetivo de realizar demostraciones técnicas y programas de formación en los estados post-coloniales que impulsaran posteriormente sus propios programas nacionales de erradicación de la malaria. Según la OMS el propósito final de todo ello era:

"buscar el desarrollo económico a través de una transferencia internacional de habilidades utilizando la demostración de nuevas técnicas, capacitación ... en el uso de nuevos métodos, y el aliento de los gobiernos para introducir técnicas mejoradas en su desarrollo nacional" (OMS 1958:136-137).

El programa seleccionó cinco áreas para desarrollar estos programas de control de la malaria cuya duración era de 12 meses y lograr así un incremento la producción agraria estimada entre un 10 y un 15%. Los equipos fueron enviados "a todos los países palúdicos que solicitaron asistencia" (...) A finales de 1949 prestaban este servicio siete equipos (todos en Asia: cuatro en diferentes provincias de la India, uno en Afganistán, otro en Pakistán y el último en Tailandia) y se estaba preparando el envío de un octavo

equipo a Irán” (OMS, 1958; 174). Mas adelante “con la cooperación del UNICEF fueron veintidós los proyectos emprendidos en 1951 (...) todos ellos en la región de Asia y Pacífico” (OMS, 1958; 174). A estas operaciones habría que sumar las actuaciones contra la malaria de la PAHO, Fundación Rockefeller y estados europeos en otros territorios (Cueto, 2008).

La reactivación del desarrollo agrícola y la economía internacional tras la contienda mundial interesó a agencias como la FAO. La relación OMS-FAO estuvo sustentada, como ya hemos señalado, por las tesis de las etapas de crecimiento de Rostow y las tensiones en torno al problema del crecimiento de la población o la explosión demográfica. Sunil Amrith señala que los nuevos estados post-coloniales asiáticos consideraron las políticas de lucha contra la malaria como una estrategia necesaria para aumentar su Producto Interior Bruto e incorporarse a la economía internacional. Por ejemplo, los gobiernos de la India y Paquistán demandaron acceder a las técnicas y los conocimientos internacionales para luchar contra la malaria y aumentar así su productividad agraria. De esta forma, la lucha anti-palúdica participó activamente en la medicalización del estado post-colonial. Por ejemplo, en el caso del gobierno de la India las políticas de erradicación de la malaria fueron una parte activa de la organización de las estructuras administrativas del estado y a la vez un “campo de pruebas” ideal para los nuevos enfoques de prevención, control y erradicación de la malaria (Amrith, 2006; 13). Además, la India y del sureste asiático fueron importantes ámbitos para la investigación y desarrollo tecnológico de los programas de erradicación, mientras que en los estados de América Latina estos programas permitieron mantener las relaciones sanitarias que los Estados Unidos habían establecido históricamente con sus gobiernos (Cueto, 2008; 36). Esta conformación de fuerzas dio gran centralidad a los estados asiáticos en el diseño de los planes sanitarios internacionales (Amrith, 2006; 76-79). En esta situación, África destacó por ser el centro del debate científico sobre la endemidad a la malaria cuya resolución permitió internacionalizar un modelo de intervención basado en la erradicación por fumigación. Así los inicios de la Guerra Fría, África continuó siendo un laboratorio natural para la producción del conocimiento médico, como vemos a continuación al analizar la importancia de la Conferencia de Kampala y las investigaciones posteriores.

6.4.1. La Conferencia de Kampala (1950).

Las investigaciones desarrolladas en África jugaron un papel central en la aceptación y renuncia al Programa de Erradicación de la Malaria (1955-1970). El estudio de las relaciones establecidas entre el medio, la enfermedad y la población siguió otorgando a África un papel central como laboratorio natural en la producción del conocimiento médico que debía definir científicamente la endemicidad de un área o territorio a la malaria como requisito previo para la aprobación del PEM. La superioridad dada a la tecnología médica no fue suficiente porque la experiencia demostraba, como ya hemos explicado líneas atrás, que los mosquitos producían resistencias al DDT tras largos periodos de fumigación. Las relaciones, algunas ya conocidas, entre la fumigación con insecticidas y las resistencias desarrolladas por el mosquito fueron tratadas durante la *Conferencia sobre Paludismo en África Ecuatorial* organizada por la OMS en Kampala del 27 de noviembre al 9 de diciembre de 1950 que no zanjó de una manera definitiva el debate científico en torno a la erradicación pero alcanzó una definición de compromiso que fue fundamental para aprobar la creación y extensión del Programa de Erradicación de la Malaria (Dobson, Malowany and Snow, 2000; 150)

La Conferencia de Kampala reunió a los expertos en malaria para debatir y tratar de consensuar una definición científica del significado de la “endemicidad a la malaria” después de la amplia acumulación de conocimiento en torno a los mosquitos y el uso de los insecticidas. En la Conferencia de Kampala se enfrentaron las posiciones de dos grupos de científicos, uno compuesto por los expertos de la Fundación Rockefeller y otro que provenían de los centros de investigación y las oficinas coloniales de dieciocho territorios africanos. Los primeros a los que podemos denominar como “intervencionistas” defendían actuar de manera urgente en África para extender la fumigación en base a los modernos métodos del DDT. Los segundos a los que podemos denominar como “no-intervencionistas” reclamaban desarrollar primero los estudios de campo que fueran necesarios para conocer qué implicaciones tenía la fumigación en la inmunidad de la población africana por lo que proponían suspender estas actuaciones hasta que se desarrollaran estos estudios (no intervencionistas). (Dobson, Malowany and Snow, 2000; 156)

Los expertos de la Fundación Rockefeller definían el concepto de endemicidad a la malaria desde enfoques biomédicos, donde identificaban el tipo de plasmodium

infectante en la zona y la naturaleza de los mosquitos pero prescindían de estudiar con mayor profundidad las dinámicas ecosociales propias de cada contexto local específico y que estaba caracterizada por las relaciones establecidas entre el parásito, el vector y la población. El desarrollo de estudios previos para medir los datos y las variables surgidas de la combinación de los periodos de fumigación con los periodos de descanso sin fumigación conllevaría asumir un periodo de tiempo en el que aumentarían las resistencias que el mosquito desarrollaría al DDT lo que pondría en riesgo la posibilidad real de lograr la erradicación y con ello la aprobación y lanzamiento del PEM (Packard, 1997; 290). Un modelo biológico centrado en la medición del grado de la esplenomegalia de la población, es decir la dilatación que los plasmodios infectantes causaban en el bazo fue la forma en que los expertos de la Fundación Rockefeller definieron la endemicidad a la malaria. Así, identificaron cuatro grupos de población en función de la carga de malaria del territorio analizado: holoendémica, endémica, mesoendémica o hiperendémica como presenta la siguiente tabla:

Tabla 6.1: Medición del grado de esplenomegalia para identificar la carga de malaria en la población presentado en la Conferencia de Kampala (1950).

Grados y clases de endemicidad a la malaria	Tasa de aumento de bazo en niños de 2 a 10 años (%)	Tasa de aumento de bazo en adultos
Malaria hipoendémica	0-10	
Malaria mesoendémica	11-50	
Malaria hiperendémica	constantemente sobre 50	Alta
Malaria holoendémica	constantemente sobre 75	Baja, en este tipo de endemicidad se encuentra la tolerancia más fuerte del adulto

Fuente: (Dobson, Malowany and Snow, 2000; 159)

Sin embargo, los expertos coloniales europeos, sobre todo los británicos representados por el Doctor Brigsthorpe del *Tropical Institute of Medicine* sostuvieron la necesidad de desarrollar más investigaciones y estudios ecológicos que continuara desacoplando las relaciones entre el medio y la enfermedad para conocer qué grado de la inmunidad

desarrollada a la malaria por la población durante su infancia se perdía tras largos periodos de fumigación. Este conocimiento supondría un mejor diagnóstico sobre la magnitud que la reaparición de la malaria tendría en caso de que las fumigaciones no hubieran logrado erradicar la enfermedad. En esta situación la malaria podría reaparecer con más fuerza debido a las resistencias desarrolladas por el mosquito al DDT y a la pérdida de inmunidad de la población. Para investigar estos riesgos propusieron desarrollar un programa científico de varios años de duración en la región de Pare-Taveta (Uganda) (Dobson, Malowany and Snow, 2000; 150).

Finalmente, las tesis de los expertos de la Fundación Rockefeller se terminaron imponiendo lo que supuso aprobar una definición estándar de la endemidad a la malaria basada en medir una variable concreta de la población como era el grado de esplenomegalia y desplazar así la investigación de las relaciones locales, ecológicas y humanas que hacían que un territorio fuera endémico a la malaria (Dobson, Malowany and Snow, 2000; 160). El conocimiento del grado de esplenomegalia de la población que habitaba un territorio y su extensión influirían decisivamente en fijar las cantidades de insecticida necesarias para fumigar. La estrategia de fumigación con DDT de la OMS se definió en base a tres medidas biomédicas: el grado de esplenomegalia ya citado, los niveles de parásitos en sangre y la identificación del tipo de mosquito infectante (Dobson, Malowany and Snow, 2000; 153). Por tanto quedó fuera de este cálculo el estudio de las relaciones y variables ecológicas, sociales, culturales y económicas de la población que vivía en el área fumigada y cuyo conocimiento podía ofrecer una comprensión local de la naturaleza y la transmisión de la malaria en diferentes contextos locales. De esta manera el Informe final de la Conferencia de Kampala solicitaba:

”a los gobiernos responsables de la administración de los territorios africanos que la malaria debía ser controlado por métodos modernos, tan pronto como fuera posible, sea cual sea el grado de endemidad, y sin esperar el resultado de experimentos adicionales” (Dobson Malowany and Snow, 2000; 164).

6.4.2 Investigaciones críticas con la erradicación internacional

Después de la Conferencia de Kampala y del lanzamiento del PEM en 1955, las investigaciones sobre la inmunidad a la malaria en África continuaron desarrollándose

como parte del propio PEM e influyeron decisivamente, junto a otros factores, en su conclusión.

Durante el periodo de 1954-1959 los expertos de la OMS llevaron a cabo diferentes investigaciones científicas a lo largo del continente que combinaban los programas de erradicación y la medición de resultados (Graboyes, 2014; 445). El objetivo de estos experimentos era probar la eficacia, alcance y riesgos de la fumigación con DDT u otros productos químicos. Durante el periodo citado los expertos de la OMS llevaron a cabo más de veinte proyectos de investigación en África Subsahariana con el objetivo de evaluar la eliminación de la malaria a través de la fumigación con diferentes productos, solos o asociados. Estos proyectos se desarrollaron en territorios que presentaban diversas condiciones epidemiológicas y grados de endemicidad como era el caso del bosque tropical de Sur de Camerún, Liberia, las tierras bajas de la sabana –norte de Camerún, norte de Nigeria (Sokoto), Senegal, Alto Volta; bosques degradados; Benin, Togo (Palimè); Uganda, Madagascar; islas oceánicas de Mauricio y Reunión; los límites sur del África Tropical; Suráfrica, Swazilandia, Rhodesia, en Nigeria (Garki); Kenia (Kisumu); Camerún del Sur, suroeste de Uganda, Alto Volta, Senegal, Ghana, Liberia (Molineaux y Gramiccia, 1980). Los resultados que arrojaron estos experimentos fueron diversos, por ejemplo: al sur de Camerún la transmisión de la malaria fue interrumpida, en Uganda fue “virtualmente” detenida, en Monrovia el número de víctimas aumentó cuando las medidas de control de la malaria cesaron (Web, 2001; 347), La malaria desapareció tras la fumigación solo en las islas de Mauricio y Reunión y las áreas del bosque tropical y las altas tierras de la sabana (con malaria estacional e inestable) tuvieron una mejor respuesta en comparación a las tierras bajas de la sabana (Molineaux y Gramiccia, 1980: 17).

Estos experimentos y estudios produjeron nuevos conocimientos internacionales sobre la resistencia a los insecticidas, el paludismo de rebote y el fracaso de la eliminación de la malaria en África. La imposibilidad de erradicar la malaria en África suponía de hecho el reconocimiento de la incapacidad de erradicar internacionalmente la enfermedad. Aunque se habían logrado ciertos éxitos, al finalizar los programas nacionales de fumigación la enfermedad había reaparecido debido mayoritariamente a las resistencias desarrolladas por el mosquito lo que conllevó adoptar medidas menos ambiciosas que la erradicación y basadas en las estrategias de control que aumentaron las críticas a las posibilidades reales de que el PEM alcanzara sus objetivos en un

momento en que arreciaban las críticas al gasto que suponía mantener un programa que no iba a tener éxito (Lee, 2009; 49). A los resultados de estos estudios hay que sumar los efectos negativos que se fueron recogiendo de los resultados de las campañas de erradicación desarrolladas. El combate contra las enfermedades infecciosas, como ya hemos comentado, era necesario en unas agendas de desarrollo que proponían la construcción de grandes infraestructuras como presas e instalaciones para el agronegocio. Diferentes ejemplos sucedidos en las décadas de los 50 y 60 revelan los costes indirectos que tuvieron estas actividades en la salud de la población africana. El uso desmedido del insecticida DDT en las plantaciones de azúcar y cítricos en Swazilandia se relacionó con la re-emergencia de la malaria. Y los programas de irrigación para el agronegocio en el valle de Awash en Etiopía, el negocio de la piña en Kenia, o el proyecto de Talata-Mafara del río Sokoto al norte de Nigeria impactaron negativamente en la economía y la nutrición de poblaciones enteras que dedicadas históricamente a la agricultura a pequeña escala o la ganadería fueron desplazadas hacia un medio urbano incapaz de ofrecer las condiciones necesarias de habitabilidad, salubridad y atención sanitaria. (Packard: 482-486; 1989).

Entre las investigaciones desarrolladas para evaluar las implicaciones de los PEM en África destacó el experimento de Pare-Taveta que fue realizado durante 1954-1959, como resultado de una alianza entre la OMS, UNICEF y el *Institute of Malaria and Vector-Borne Diseases*, centró su interés en investigar la eliminación de la malaria en las colonias británicas de Kenia y Tanganica y fue considerado entonces como “el estudio de malaria más completo realizada en África oriental” (Graboyes, 2014; 446). El análisis del desarrollo de experimento realizado por Melissa Graboyers demuestra cómo el continente continuó siendo un laboratorio natural carente de elementos propios a la salud pública. Graboyers explica cómo el experimento se basó en fumigar el interior de las casas (IRS; *indoor residual spraying*). La investigación supuso fumigar en un año aproximadamente 15.000 casas¹⁰⁴ con el objetivo de reducir la población de los mosquitos y con ello los niveles de malaria. En 1959, después de cuatro años de fumigación los resultados demostraron niveles muy bajos de transmisión de malaria pero también la imposibilidad de alcanzar los cero casos de infección que permitiera

¹⁰⁴ En este caso el insecticida usado no fue DDT sino el *dieldrin*

considerar erradicada la enfermedad. A la conclusión del proyecto en 1959 se desconocía la magnitud del más que posible “rebote” o “resurgimiento” de la malaria que sucedería como efecto de la pérdida de inmunidad de la población debida a la reducción temporal de su transmisión. Para la investigadora este riesgo se acrecentó por la ausencia de cualquier medida preventiva basada en la salud pública que pudiera desplegarse en el caso de que la enfermedad regresara de una forma más mortífera y epidémica (Graboyes, 2014, 455-457). Melissa Graboyes considera que los expertos eran conscientes del peligro de que la malaria resurgiera con facilidad pero no dispusieron planes ni programas de salud pública para proteger a la población. De hecho a medida que el rociado residual intradomiciliario (RSI) fue suspendiéndose los mosquitos retornaron aumentando el número de infecciones de malaria de manera lenta pero constante. Finalmente, la malaria retornó de una forma menos mortífera pero cuando lo hizo no se contaba con los recursos financieros ni con los sistemas de distribución de medicamentos necesarios para responder adecuadamente Graboyes, 2014, 465). Para la investigadora esto fue así porque los expertos no planificaron cómo actuar después de fumigar y operaron de manera aislada o en paralelo a los sistemas de salud sin consideraron en ningún momento las necesidades sanitarias de la población y sin consultar previamente con ella el desarrollo del experimento por lo que Graboyes considera que estas actuaciones en ningún modo pueden considerarse como intervenciones de salud pública sino que fueron exclusivamente experimentos médicos alejados de una correcta práctica profesional (Graboyes, 2014; 447).

También, en los resultados finales del Proyecto de investigación desarrollado en el área de Garki en Nigeria (1976-1980) con posterioridad al de Pare-Tveta y centrado también en la fumigación y la medición de variables epidemiológicas se repitió un patrón de actuación que excluyó el refuerzo de los servicios básicos de salud y el estudio más detallado de los factores ecológicos, demográficos, estadísticos epidemiológicos e inmunológicos de la población (Molineaux and Gramiccia, 1980; 18)

La necesidad de finalizar el PEM demandaba la creación de otro programa que permitiera mantener la autoridad de los expertos de EEUU y reproducir una estrategia basada en la extensión de una intervención que demostrara su superioridad tecnológica lo que supuso la creación de un nuevo tipo de *excelencia médica*. Esta posibilidad la permitió el Programa Intensificado de Erradicación de la Viruela (1967-1980) lo que supuso una evolución de una biopolítica soberana que había excluido la atención

sanitaria y el cálculo de las variables locales de la enfermedad hacia una biopolítica normalizadora que actuó vigilando el territorio y el cuerpo como estrategia para erradicar la viruela.

6.5. La erradicación de la viruela.

Entre las dificultades a las que abocaba la incapacidad de alcanzar los objetivos del PEM se sumó la presión por la aprobación de un programa de erradicación internacional de la viruela propuesto inicialmente por el primer secretario de la OMS en 1950 y que el delegado de la Unión Soviética relanzó en 1958 al volver su país a la organización. La propuesta de la Unión Soviética amenazaba el control que ejercían los expertos estadounidenses sobre la red de medicalización internacional y cuestionaba mantener el apoyo financiero dado al PEM (Reinhardt, 2000, 175).

Como decimos, el primer secretario de la OMS, el doctor canadiense Brock Chisdom, había propuesto un programa internacional de erradicación de la viruela en 1950 (OMS, 1979, 24). Las Asambleas Mundiales de Salud de 1953 y 1954 aprobaron su propuesta pero la falta de financiación debido a las altas sumas que todavía se dirigían al PEM lo habían dejado en suspenso. Cuando la Unión Soviética volvió a la OMS en 1958 su delegado, el doctor Viktor M. Zhdanov, recuperó la idea anunciando una cooperación tecnológica entre soviéticos y cubanos para producir y distribuir internacionalmente la vacuna liofilizada contra la viruela. La Unión Soviética prometió una donación anual de 25 millones de dosis de vacuna liofilizada estable a altas temperaturas y sin sistema de refrigeración, y Cuba un millón más. El programa desafiaba la superioridad del bloque capitalista porque demostraba las capacidades tecnológicas e industriales del modelo de producción comunista (Reinhardt, 2000, 177). Además, el plan soviético trasladaba a los estados receptores la autoridad en el desarrollo de la estrategia de erradicación¹⁰⁵ por lo que planteaba nuevas alianzas con estados no capitalistas, tanto con Cuba, para la producción de las vacunas, como con los estados post-coloniales quienes habían mostrado un apoyo unánime a la propuesta de la Unión Soviética (Lee, 2009; 55).

¹⁰⁵ Otros historiadores señalan la importancia que había tenido la erradicación de la viruela como uno de los principales logros sanitarios de la revolución bolchevique. Por último pero no menos importante la Unión Soviética sufría anualmente nuevos casos de infección provenientes de su frontera asiática con Irán y Afganistán (Ogden, 1987, 6)

La Resolución WHA11.54, adoptada en la 11ª Asamblea de la OMS de 1958, aprobó la vacunación masiva como estrategia de erradicación de la viruela lo que suponía centrar los esfuerzos internacionales en las capacidades científico-tecnológicas de producir, almacenar y perfeccionar la vacuna para asegurar su seguridad, calidad, potencia, pureza y uniformidad. Según el Informe del Director General la vacunación supondría un coste de 0,10 dólares por persona, por lo que vacunar a los aproximados 977 millones de personas que vivían en áreas endémicas supondría un gasto de 897.7 millones de dólares (OMS, 1988: 366-371). La OMS se encargaría de almacenar las vacunas donadas por los gobiernos de la Unión Soviética y Cuba para distribuir las a los estados donde se diera inicio a los programas de erradicación (Manela, 2010)¹⁰⁶. El programa de la Unión Soviética planteaba un plan de vacunación obligatoria de cinco años para los países endémicos que sería desarrollado por los equipos de vacunación de sus servicios nacionales de salud. La producción e inoculación masiva de la vacuna era la pieza central de una estrategia médica más compleja que respondía a la internacionalización del *Método Leicester*; un modelo ideado en 1870 en Inglaterra para contrarrestar la fuerte resistencia a la vacunación que opuso la población de esa comarca y que combinaba la inoculación de un determinado número de personas con la identificación, control y aislamiento de los enfermos y los casos sospechosos (Fraser; 1980). La propuesta soviética de extender el *método Leicester* para lograr la erradicación internacional de la enfermedad supondría desplegar una estrategia que combinaba una campaña masiva de vacunación junto a unas medidas de control y vigilancia que serían coordinadas por los expertos de la OMS y cuya ejecución dependería de los estados post-coloniales¹⁰⁷.

¹⁰⁶ El Comité de Expertos de Estandarización Biológica de la OMS homogenizó el uso internacional de la vacuna porque hasta entonces cada país usaba diferentes dosis. El uso de la vacuna liofilizada fue recomendado en los ambientes tropicales y el uso del glycerolated vaccine en aquellos lugares que contaran con sistemas de refrigeración y transporte adecuados.

¹⁰⁷ Los expertos del *Indian Council of Medical Research* comenzaron en 1960 a desarrollar proyectos pilotos para aprobar un programa nacional de erradicación de la viruela (Henderson, 1975). E igualmente a inicios de la década de 1960 la colaboración de expertos de Estados Unidos, la PAHO y otros organismos sanitarios con las autoridades médicas de los estados latinoamericanos permitieron desarrollar también campañas nacionales de erradicación de la viruela (Cueto, 2006). Hasta 1940, la OSP tenía en la vacunación de la viruela una de sus principales actividades junto a otras como establecer las regulaciones cuarentenarias, los códigos sanitarios, y las campañas contra la peste bubónica en los puertos y ciudades de Latinoamérica. (Cueto; 2008; 19).

Para frenar la propuesta de la Unión Soviética, la primera estrategia que usó EEUU fue la más sencilla y habitual; bloquear la financiación del presupuesto asignado e impedir de esta forma que el plan pudiera comenzar a ejecutarse (Sidiqui, 1993; 75). Ante el bloqueo financiero de Estados Unidos, el principal donante internacional de la OMS, su asamblea decidió en 1958 requerir a su secretario general la preparación de un nuevo informe que estimara de manera detallada las necesidades técnicas y financieras del Programa. Así, un año después, la Asamblea de la OMS de 1959 solicitó al Director General que la organización suministrara la asistencia y los recursos estadísticos necesarios para que los estados pudieran lanzar sus propios programas nacionales de vacunación. La erradicación de la viruela apareció así, ese mismo año de 1958, como una actuación prioritaria para la OMS que difundió en su documento de trabajo *Development of the global smallpox eradication programme, 1958-1966*. Sin embargo, la falta de colaboración financiera de Estados Unidos impidió su desarrollo (Lee, 2009; 55).

El impulso dado al *Development of the global smallpox eradication programme (1958-1966)* languideció hasta el lanzamiento del *Programa Intensificado de la Viruela (1967-1980)* que fue el resultado de la aparición de dos nuevos actores estadounidenses, diferentes a los expertos de la Fundación Rockefeller que fueron, el *Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 1946)* y la *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID 1961)*. Para comprender sus contribuciones al diseño de las tecnologías desplegadas para erradicar la viruela es preciso que antes repasemos el surgimiento, la evolución y las principales características de estas agencias.

En 1942, Thomas Parran creó una división en el Servicio de Salud Pública (Public Health Service) a la que denominó *Malaria Control in War Areas (MCWA)* cuya función era controlar la presencia de la enfermedad en las zonas de entrenamiento militar que el ejército de Estados Unidos tenía en el sur del país. Durante la Segunda Guerra Mundial, y ante el temor de que la vuelta de sus soldados introdujeran en el país enfermedades de otros territorios, el MCWA expandió sus programas y pasó de ser una división a convertirse en una agencia permanente, el *Centro de Enfermedades Infecciosas (Communicable Disease Center)* que con el tiempo se transformó en el *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. Junto a la US Army y la Fundación Rockefeller, el CDC fue desde entonces una de las principales instituciones públicas

responsables de proteger la salud de los militares y los intereses comerciales estadounidenses (King, 2002; 766). La viruela había sido ya erradicada en EEUU pero el CDC identificó reintroducciones puntuales de la enfermedad a través de viajeros procedentes de Brasil y otros estados africanos (Ogden, 1987, 8).

En 1961 se creó la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) cuyo origen se relaciona con la aparición de un discurso liberal centrado en el capital humano distinto al de las etapas de Rostow y que reconociendo que para la explicación de ciertos fenómenos macro-económicos (como por ejemplo, el crecimiento del ingreso nacional) es necesario incluir, además de los factores capital y trabajo, un tercer factor, que considera el conjunto de habilidades y capacidades de los trabajadores. Aunque, el Programa de Erradicación de la Viruela no fuera concebido como un programa de desarrollo subrayó la relevancia de los servicios sanitarios para su consecución, algo que no había sucedido durante el PEM, descubrió la posibilidad de llevar a cabo la vacunación de diferentes enfermedades a través de una sola inoculación y contribuyó a la emergencia de un lenguaje de desarrollo, desplazando el anterior, pero manteniendo una economía política de la salud centrada en el desarrollo tecnológico. USAID promovió una visión internacional del programa “great society” de los demócratas aprobado por el Presidente Lyndon B. Johnson en 1964. La visión de “great society” fijó una posición más fuerte respecto al control de la natalidad y los métodos anticonceptivos, a lo que ayudó la síntesis química de la progesterona (Reinhardt, 2010; 191). La Asamblea de la OMS fue fundamental para este objetivo porque cambió su opinión opuesta a reconocer estas actuaciones como intervenciones propias de los servicios de salud y problematizó la planificación familiar como parte de las atenciones médicas dispensadas en los centros sanitarios como venían solicitando diversos dirigentes del Sur, expertos de Estados Unidos, redes internacionales pero que también contó posteriormente con la oposición de diferentes estados del Sur además de los estado católicos (Symon and Carder, 1973; 150).

6.5.1. África Occidental y los nuevos aprendizajes en la lucha contra la viruela.

Los nuevos actores de EEUU incorporados a la red de medicalización internacional comenzaron a operar y responder a las necesidades y demandas de los nuevos estados independientes africanos, y no solo a los estados latinoamericanos o post-coloniales asiáticos. Alto Volta, tras independizarse de Francia en 1960, envió a su Ministro de

Salud, el Dr Paul Lambin, de misión diplomática a Estados Unidos para solicitar al *National Institute of Health* (NIH) ayuda en la lucha contra el sarampión infantil. En ese momento los laboratorios del *NIH* estaban investigando una vacuna contra el sarampión llamada *Edmonston B* que había mostrado resultados positivos en sus primeros ensayos mostraban pero se desconocía si su inoculación masiva en la población infantil podía tener efectos adversos (Ogden, 1987; 20). En la fase de experimentación la vacuna se había mostrado segura y efectiva pero también había causado en muchos casos fiebre alta por lo que se administraba simultáneamente con gamma globulina (Ogden, 1987; 22). El Dr. Lambin mostró su interés por la vacuna. Así, en 1961 los equipos coordinados por el Doctor Meyer viajaron a Alto Volta para inocular la vacuna *Edmonston B* a 600 niños para comprobar si su administración era segura y eficaz sin gammaglobulina. El Dr. Lambin pidió extender la vacunación al resto de la población infantil por lo que entre noviembre de 1962 y marzo de 1963, los equipos de salud móviles y multiusos del SGE de Alto Volta, asistidos por el Doctor Meyer y su equipo, vacunaron a más de 700.000 niños (Ogden, 1987; 53). Los casos notificados de sarampión disminuyeron drásticamente durante los dos años siguientes. A finales del 1963 el éxito del programa supuso que otros países francófonos, miembros de *L'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies* (OCCGE)¹⁰⁸, solicitaran extender a sus estados los proyectos de demostración y los programas de capacitación Así a finales de 1964 comenzaron las campañas de vacunación en: Dahomey actual Benín, Guinea, Costa de Marfil, Malí, Mauritania y Níger. Las campañas fueron coordinadas por los expertos del CDC y contaron con la asistencia técnica y logística del USAID que asignó 1,6 millones de dólares en vehículos, inyectoras a presión y vacunas contra el sarampión para inmunizar al 25 por ciento de los niños entre las edades de seis meses y seis años (Ogden, 1987: 22).

¹⁰⁸ La Organización de Coordinación y Cooperación para la Lucha contra las Grandes Endémicas de África Central (OCEAC) fue creada en 1963 en Yaundé por voluntad de los ministros de salud de Camerún, Congo, Gabón, República Centroafricana y de Chad. Los objetivos iniciales de OCEAC se resumen en el nombre de la organización. Autoridades regionales ligadas al proceso colonial que funcionaban de forma autónoma y por tanto no integradas dentro de la estructura de la OMS jugaron un papel central en la ordenación de las primeras fases de la campaña de erradicación de la viruela en África Occidental como por ejemplo, la Organización para la Coordinación y Cooperación en el Control de las Principales Enfermedades Endémicas (OCCGE) y la Organización para la Coordinación en el Control de las Enfermedades Endémicas en África Central (OCEAC). Estas organizaciones englobaban los servicios médicos colonias de las colonias francesas en África Ecuatorial y África Occidental. Su principal función fue coordinar las actividades de los servicios móviles de estos países post-coloniales. (Foege y Henderson, 1975: 211)

Durante estas campañas los expertos del CDC comenzaron a advertir que la lucha contra la viruela ofrecía una serie de ventajas en comparación a la inoculación contra el sarampión. Donald Harrison, jefe de la misión, explica que mientras la vacunación contra el sarampión requería continuas campañas periódicas la de la viruela podía lograr su total eliminación con una sola campaña (Ogden, 1987, 40). La extensión de la campaña de inoculación contra la viruela duró hasta 1966 y en ella los expertos del CDC mejoraron la técnica de inoculación de la vacuna gracias al invento e incorporación del pedal de inyección a presión (*jet injection*) que reducía el tiempo de inoculación permitiendo así vacunar a más personas por hora. En 1963 la colaboración de la PAHO, la OMS y los gobiernos de Brasil, Jamaica y Toga demostraron los beneficios del jet-injection y de la inoculación de la vacuna *Edmonston B* en diferentes contextos y circunstancias (Miller et al, 1967). Los aprendizajes y las experiencias procedentes de los estados latinoamericanos y de África Occidental permitieron a los expertos del CDC y USAID comprender que “controlar el sarampión y erradicar la viruela” era técnicamente posible en los 20 países del África Occidental en un plazo de 5 años (Foege y Henderson, 1975).

Las campañas en África permitieron producir nuevos conocimientos a cerca de las técnicas de inoculación y la naturaleza de la infección y la extensión de la viruela con los que los expertos de EEUU problematizaron el *Método Leicester* que las autoridades de la Unión Soviética habían propuesto como estrategia para el *Development of the global smallpox eradication programme (1958-1966)*. Sin embargo, la principal variación del Modelo Leicester no se debió tanto a las posibilidades de alcanzar una mayor velocidad o técnica de inoculación, a través del uso del inyector a pedal (que luego mostró la posibilidad de inocular varias vacunas), sino de constatar en terreno la importancia de fortalecer las estrategias de contención y vigilancia (Foege, Millar and Henderson, 1975). Estos aprendizajes fueron la respuesta de los expertos que los expertos de USAID y CDC dieron a los problemas logísticos que la inoculación presentó durante las campañas de vacunación en África anteriormente explicadas, y que permitieron modificar la estrategia original del modelo Leicester. En este aprendizaje destacó la campaña de erradicación de la viruela que los expertos estadounidenses desarrollaron en Nigeria occidental. Según los cálculos epidemiológicos iniciales para lograr la erradicación de la viruela en esa región había que vacunar a más del 90% de su población. La posibilidad de llevar a cabo una inoculación tan ambiciosa encontraba las

resistencias de ciertas comunidades hacia esta práctica y las dificultades logísticas de suministrar la vacuna. Al enfrentar estas circunstancias adversas se descubrió que una rápida contención “podría romper la transmisión de la viruela, aunque menos de la mitad de la población hubiera sido vacunada” (Hopkins, 1988; 326). Millar Foege, médico del USAID, lo relata así:

“Sin embargo, después de alcanzar resultados positivos en la provincia de Ogoja (y más tarde en toda la región oriental de Nigeria), *la vigilancia y la contención comenzaron a considerarse como la estrategia principal para la erradicación de la viruela*. Antes de que nos fuéramos a África esta opción no se había contemplado. Las lecciones aprendidas durante el brote en la provincia de Ogoja condujeron finalmente al abandono de la vacunación masiva como la estrategia principal en otros países y, finalmente, en todos los países, ya que las actividades de erradicación se aceleraron rápidamente. Cuando la vigilancia y la contención se convierten en la estrategia principal, la vacunación masiva se puede abandonar por completo. De hecho se convierte en un esfuerzo inútil” (Foege, 2011; 77).

Antes de las lecciones aprendidas en Ogoja se consideraba que la erradicación de la viruela requeriría primero reducir su incidencia a menos de cinco casos por 100.000 lo que suponía vacunar hasta al 80% de la población y luego desplegar una estrategia eficaz de vigilancia y contención. El programa desarrollado en Ogoja demostró en su primer año que la erradicación de la viruela había requerido vacunar a menos del 50% de su población. Más tarde las experiencias llevadas a cabo en Sierra Leona, Brasil e Indonesia confirmaron esta observación (Foege, 2001; 80). Estos nuevos conocimientos epidemiológicos permitieron profundizar en la naturaleza de la transmisión de la viruela y reforzar las tareas de vigilancia y contención. La campaña de sarampión y viruela desarrollada en África Occidental enseñó a los expertos de EEUU nuevos conocimientos acerca del comportamiento epidemiológico del virus y la naturaleza de la enfermedad que subrayaron la importancia de identificar previamente los grupos de población con mayor incidencia a la enfermedad, los más sensibles a la vacunación y el

tipo de cepas de viruela que operaban en ella¹⁰⁹. Estas experiencias demostraron que con un menor número de vacunaciones pero un mayor control y aislamiento de los enfermos y de sus contactos se podía acabar con la enfermedad. El peso de la estrategia recaía así en identificar los casos ocultos o no detectados y controlar los movimientos de la población para evitar que la enfermedad se reintrodujera en un territorio donde se había confirmado la erradicación de los casos y la transmisión del virus (Foege y Henderson, 1975; 215). Todo ello no negaba la importancia de la vacunación pero reforzaba las tareas de vigilancia y contención que hay señalaba el *Método Leiceste*.

Los aprendizajes que los expertos de Estados Unidos extrajeron de la campaña contra la viruela desarrollada en África Occidental durante el periodo de 1961-1966 fueron recogidos en el manual de más de 200 páginas redactado por el CDC titulado *West and Central African Smallpox Eradication/Measles Control Program Manual of Operations* que se convirtió en el Manual del *Programa Intensificado de La Viruela de la OMS 1967-1980* (Ogden, 1987; 85) . A su vez, David Henderson, director de la campaña de USAID y del CDC en África Occidental, fue nombrado director del *Programa intensificado* de la OMS donde participaron trabajadores sanitarios de todo el mundo aunque la mayoría de los cuadros procedían de EEUU dejando a la Unión Soviética solo con un subdirector lo que redujo su autoridad científica y técnica respecto a EEUU. El Manual de la OMS basado en el del CDC vemos cómo su texto recupera la importante tarea de producir, almacenar, distribuir e inocular la vacuna de la viruela y usar el inyector a pedal pero introduce todo ello dentro de una estrategia más amplia que desplazaba la inoculación masiva por las tareas de vigilancia y contención (Ogden, 1987, 83).

Las lecciones aprendidas por el CDC impulsaron la creación de un sistema global de vigilancia, contención e información epidemiológica sobre la viruela que conectó las oficinas centrales de la OMS con los territorios locales donde operaban los equipos médicos de inoculación y vigilancia. El “Programa intensificado de la viruela” se constituyó así como un auténtico panóptico internacional que daba seguimiento

¹⁰⁹ Por ejemplo se supo que aislar tempranamente a los individuos infectados reducía la infección porque el enfermo solo transmite el virus después de que el sarpullido se desarrolle. Durante las dos semanas del periodo de incubación el paciente infectaba de dos a cinco personas por lo que aislarlo de sus contactos más cercanos cortaba la cadena de transmisión de la enfermedad. En condiciones óptimas la vacunación ofrecía una protección completa después de un periodo de 10-12 días (Foege y Henderson, 1975; 217)

continuo y constante a la evolución de la erradicación en los diferentes territorios del planeta (Weir and Mykhalovskiy, 2010; 30). La autoridad central de este panóptico se localizó en las oficinas de la OMS en Ginebra donde se recibían y ordenaban los datos que los cuerpos de erradicación en terreno enviaban para elaborar estadísticas e informes sobre cuestiones relativas al desarrollo del programa como eran: los tipos de cepas identificadas, los casos detectados, la reducción de infecciones, los materiales usados, los territorios y áreas sometidas a erradicación e inspección y la confirmación en ellos de la erradicación de la viruela, la identificación de los casos ocultos, la contención de los movimientos de población para evitar reintroducir la enfermedad (Weir y Mykhalovskiy, 2010; 36) Toda esta información era necesaria para evaluar la marcha del programa, coordinar los siguientes pasos que debían darse en cada región, gestionar los equipos que debían mandarse, administrar los recursos financieros y resolver los problemas eventuales en un tiempo adecuado (Fenner et al, 1988).

Esta estrategia de vigilancia fue posible gracias a la coordinación establecida entre actores estatales y no estatales en torno a dos redes de información que fueron: el *Sistema Global de Colección y diseminación de Datos de la Viruela* y el *Sistema de Verificación*.

El objetivo del *Sistema Global de Colección y diseminación de Datos de la Viruela* era la recolección de datos nacionales y el envío de manera regular de los casos identificados para lograr así una respuesta rápida. Para ello, los expertos de la OMS usaron las formas de comunicación oficiales heredadas de los anteriores organismos sanitarios como, el *Weekly Epidemiological records*, el *World Health Statistics Annual*, las Regulaciones Sanitarias Internacionales y las estadísticas confeccionadas por la unidad de Cuarentena Internacional. La información epidemiológica mimeografiada que se enviaba semanalmente a través de estos canales informaba de cuestiones relativas al tipo de especies de cepa de viruela y otros datos de interés recogidos en los informes semanales elaborados por los equipos de erradicación desplazados en el terreno(Weir and Mykhalovskiy, 2010; 36) .

El objetivo del *Sistema de Verificación* fue certificar la erradicación de la viruela en regiones y territorios determinados. Su actuación dependió del trabajo coordinado de un sistema de vigilancia primario que usaba los servicios sanitarios nacionales para confirmar o negar la existencia de un caso sospechoso (Henderson 2007: 504–505) y de

unos “sistemas de vigilancia secundarios” compuestos por actores ajenos que no tenían porqué pertenecer específicamente al sistema de salud como eran: médicos, personal de las universidades, agricultores, técnicos de desarrollo, fuerzas policiales, profesores y estudiantes (Henderson, 1976; 8). Esta red secundaria respondió a la sospecha de la falta de información o colaboración de los estados y suministraba una información que era investigada y verificada por los equipos de vigilancia primarios. El sistema secundario de recolección de datos y verificación llevó a cabo una milimétrica cartografía que operó normalizando las aldeas, ciudades y arrabales, es decir segmentando o descomponiéndolo el territorio en unidades manejables para verificar o descartar los casos de viruela ocultos o sospechosos. Para ello examinaba las marcas que la viruela o su vacunación dejaba en los cuerpos y accedía a espacios familiares y privados con el objetivo de descubrir personas enfermas escondidas llegando en ocasiones como aclaran los informes que la búsqueda fuera llevada “no solo casa por casa sino habitación por habitación” (Henderson 1976: 23). Estas actuaciones reconocían si un territorio estaba libre de casos de viruela para vigilarlo después, durante un periodo de tiempo, con el objetivo de que la enfermedad no se reintrodujera pudiendo confirmar así finalmente el éxito de la erradicación de la enfermedad en un área geográfica determinada (departamento, provincia, estado, región o continente).

Los principales problemas que tuvo que enfrentar el funcionamiento de este sistema de vigilancia no provinieron tanto de las tensiones entre los expertos y técnicos que trabajaban en las oficinas internacionales de la OMS, sino de las resistencias que la población y las autoridades locales opusieron en terreno a la práctica y el trabajo de los expertos y cuerpos internacionales. La práctica sistemática de vacunación y vigilancia en la India y Bangladesh creó una serie de enfrentamientos con las autoridades locales y la población que desde razonamientos nacionales, religiosos, sociales y culturales se opusieron a las actuaciones de los cuerpos de vacunación internacionales (Greenough, 1995; Bhattacharya, 2004).

Estas resistencias a las tecnologías de inoculación, vigilancia e información se reprodujeron de una manera particular en el continente africano ya que en manos de sus sociedades se transformaron en herramientas políticas en la tarea de construcción de la nueva soberanía estatal alcanzada con las descolonizaciones. Tanto las autoridades estatales, como las guerrillas que luchaban por la independencia en las últimas colonias portuguesas o los movimientos secesionistas nacionales adecuaron las diversas

tecnologías de erradicación de la viruela a sus contextos políticos para reforzar su autoridad sobre el territorio y la población (White, 2005). De modo que podemos afirmar que las técnicas de erradicación funcionaron hasta alcanzar su objetivo final de eliminar la enfermedad del planeta no solo o exclusivamente por su excelencia médica y técnica sino porque los actores africanos, y otros en diferentes territorios y contextos socio-políticos, las resignificaron como herramientas políticas.

6.5.2. La actuación africana en el éxito del programa intensificado de la viruela.

Como señalamos, las contestaciones que se produjeron en África sucedieron dentro de un contexto político caracterizado por el final del colonialismo y el inicio de la construcción del estado post-colonial. En algunos casos el PEV fue una de las últimas actuaciones sanitarias que las administraciones coloniales negaron a la población nativa y en otra una de las primeras políticas de salud pública desarrolladas por su estado post-colonial (White, 2005; 14). En ambos casos, las nuevas autoridades de los estados postcoloniales o los movimientos anti-coloniales que luchaban contra sus metrópolis por alcanzar la soberanía política y el control del territorio, encontraron en las tecnologías de erradicación internacionales valiosas herramientas políticas para enfrentar la herencia colonial y continuar la lucha por su independencia o comenzar la construcción de su soberanía nacional. Las autoridades africanas introdujeron el significado de las tecnologías de inoculación y vigilancia dentro de sus contextos políticos e históricos particulares. En conjunto los actores africanos resignificaron las tecnologías de erradicación de la viruela para cuestionar su valor técnico o neutral y hacer de ellas tecnologías políticas para construir su soberanía. A continuación presentamos algunos ejemplos.

Muchos gobiernos africanos defendieron el control de sus fronteras oponiéndose así a las presiones de los EEUU y la OMS que demandaban visados permanentes para que sus equipos entraran y salieran libre y continuamente de su territorio. Tras negociar durante más de un año el Ministerio de Exteriores de Gambia admitió el acceso permanente y sin restricciones del personal de USAID. Similar oposición presentaron Somalia y Guinea hasta que sus gobiernos permitieron que los cuerpos de CDC y USAID accedieran a su territorio y dispusieran de oficinas y espacios de trabajo (White, 2005; 17-18). En otros casos la intervención de los cuerpos internacionales de erradicación del PEV se colocó por encima de otras demandas internacionales. El

gobierno de Nigeria autorizó la inoculación en Biafra pero negó al mismo tiempo la llegada ayuda de emergencia a ese territorio. En 1968 Biafra una región al este de Nigeria se declaró República independiente en el mismo momento que los cuerpos de vacunación operaban en su territorio. Durante la cruenta guerra civil entre el estado central de Nigeria y la región sediciosa de Biafra, el gobierno central de Nigeria prohibió la asistencia humanitaria a Biafra pero no el desarrollo del PEV en esa región¹¹⁰. Los vuelos desde Lagos a Biafra se autorizaron para inocular, tomar dosis y transferir la vacunación pero no para transportar alimentos (White, 2005; 18).

En algunos casos las tecnologías del PEV fueron aplicadas por las propias autoridades africanas que ejercieron por tanto como cuerpos inoculadores, junto a los cuerpos internacionales, lo que reforzó su autoridad sobre la población. En Malawi vemos un último ejemplo de la construcción de autoridad estatal por contención y vigilancia (logra la independencia en 1964). Durante los años 1968 y 1974 Malawi forzó a la inoculación de la población migrante procedente mayoritariamente de Mozambique que cruzaba la frontera donde era retenida por cordones sanitarios hasta que los cuerpos del gobierno de Malawi la inoculaban (White, 2005; 21).

En el caso de Zaire quien junto a Etiopía tenía la mayor mortalidad de viruela del continente africano, sus autoridades no inocularon pero exigieron que los cuerpos internacionales expendieran a cada persona inoculada una cartilla de vacunación donde se estampara el sello nacional del nuevo estado como demostración de que el gobierno de Zaire certificaba la inmunización y requirieron también que durante la campaña de erradicación se desarrollara un censo de la población que iba a ser vacunada. La OMS mostró sus reticencias por el gasto que este censo suponía pero finalmente aceptó estas reivindicaciones (White, 2005; 30).

Las tecnologías del PEV fueron usadas también por las guerrillas africanas que luchaban contra las últimas metrópolis o por la independencia respecto al nuevo estado postcolonial. Por ejemplo en 1970 representantes de las guerrillas de *Anyanya Resistance Movement from South Sudan* contactaron con las oficinas de la OMS en Ginebra para pedir dosis de la vacuna de la viruela. Los movimientos de tropas y

¹¹⁰ La Guerra Civil entre las fuerzas del Federal Military Government (FMG) y los separatistas de Biafra (1967–70) terminó con la rendición de Biafra el 12 de enero y la reincorporación de Biafra a Nigeria

refugiados dificultaban la erradicación de la viruela en esa región. Aunque oficialmente la OMS proveía solo a sus estados miembros también envió vacunas a los miembros del *Anyanya Resistance Movement from South Sudan* quienes mostraron a los cuerpos internacionales las rutas que podían usar para que las vacunas llegaran al Sur de Sudán sin usar las vías que controlaba el gobierno central. Finalmente los representantes del movimiento de Anyanya recibieron dosis para inocular y la OMS apuntó las mismas como "lost from inventory" (White, 2005; 20). Los movimientos guerrilleros de las colonias portuguesas también participaron activamente en hacer posible la erradicación de la viruela fueron. Portugal no informó de ningún caso de viruela en Guinea-Biseseau y no permitió a ningún miembro del Programa de USAID/CDC entrar en la colonia. El Partido Africano para la Independencia de Guinea y Cabo Verde (PAIGCV) controlaba mucha partes de la colonia y logró mandar trabajadores sanitarios a Guinea para recibir formación en prácticas de vacunación y proveerse de jeringuillas bifurcadas y vacunas de viruela para extender el PEV a su territorio e informar de los casos de viruela a la OMS (Fenner et al, 1988; 880). La incorporación de los estados post-coloniales africanos en sus primeras fases o grupos guerrilleros que luchaban por la independencia supuso la incorporación de nuevos actores políticos a la red de medicalización internacional que no solo fueron o se limitaron a ser los estados.

6.6 Conclusión.

En torno a la erradicación de la malaria se reorganizó y transformó la red de medicalización imperial a una internacional. Este movimiento supuso introducir agendas, estados, poblaciones, conocimientos médicos e investigadores procedentes de diversos territorios que mantuvieron la *unificación del globo contra la enfermedad*. Como hemos visto este proceso comenzó durante la Segunda Guerra Mundial vinculado a las investigaciones, proyectos y actividades de control y erradicación de la malaria que los expertos de la Fundación Rockefeller desarrollaban a través de la fumigación con DDT en diferentes continentes. En este sentido las investigaciones desarrolladas en África tuvieron un interés específico porque permitió desplazar a los expertos europeos en favor de sus homólogos de la Fundación Rockefeller. La finalización del PEM requirió la posibilidad de contar con otra estrategia que mantuviera el control de los expertos de EEUU sobre el proceso de medicalización de las relaciones internacionales y alejara los intereses soviéticos. Así hemos visto cómo se negó y aprobó el PEV en

respuesta al interés de los expertos de EEUU por mantener su autoridad sobre la red de medicalización. Los conflictos políticos africanos, que pudieron ser comprendidos inicialmente como obstáculos para la consecución de la erradicación de la viruela, finalmente fueron en la práctica quienes permitieron que el programa se desarrollara y alcanzara su éxito. La colaboración de los diferentes actores políticos africanos fue un requisito necesario para que las estrategias de inoculación, vigilancia y contención pudieran desplegarse en el continente. Las autoridades africanas asumieron la erradicación de la viruela como una intervención de salud pública y también una estrategia política para la construcción de una soberanía de facto sobre su territorio y la población, es decir para ejercer de facto un “derecho al estado”.

SÉPTIMO CAPÍTULO

7. La medicalización revolucionaria.

7.1. Introducción.

En el anterior capítulo repasamos el despliegue de un poder médico internacional que permitió mantener el proceso de uniformidad del globo contra la enfermedad. Ahora en este capítulo repasamos la creación de un poder médico revolucionario que también tuvo lugar durante las primeras tres décadas de la Guerra Fría y que fue el resultado de la articulación de diferentes experiencias de medicalización revolucionarias desarrolladas por estados pertenecientes al movimiento de países no-alineados, y en cuya construcción los estados postcoloniales africanos jugaron un importante papel. Como vimos al final del anterior capítulo, diferentes gobiernos y guerrillas africanas instrumentalizaron las tecnologías de erradicación de la viruela como parte del “derecho al estado” y la construcción de una autoridad sobre su territorio y población. Las estrategias y las tecnologías desplegadas en los procesos de medicalización revolucionarios que presentamos en este capítulo profundizaron ideológicamente en este “derecho al estado”. En el caso concreto de la medicalización del estado post-colonial africano observamos cómo sus autoridades intentaron superar la herencia colonial para planificar un sistema sanitario nacional que atendiera las necesidades médicas de la población rural. De tal forma que, una nueva *excelencia médica* en las relaciones internacionales surge de la mano de los procesos de medicalización desarrollados por los estados post-coloniales y los estados tercermundistas. Estos procesos de medicalización crearon un espacio de encuentro y tensión histórica entre los procesos políticos que caracterizaban el reciente pasado colonial y los que se abrían hacia un nuevo tiempo de independencia y construcción del estado post-colonial (Amrith, 2006). Estos procesos de medicalización nacionales respondieron paulatinamente a diversos elementos que habían caracterizado el despliegue de la red de medicalización internacional repasada en el anterior capítulo; por ejemplo, la recuperación de los saberes tradicionales desplazó la supremacía dada a la tecnología médica (Djukanovic y March, 1976), las planificaciones sanitarias de los estados post-coloniales trataron de revertir la precaria herencia sanitaria colonial (Werner y Sanders, 1997) y los presupuestos ideológicos aplicados a la salud pública buscaron una vía

autónoma a las propuestas mantenidas por las dos principales potencias en conflicto, Estados Unidos y la Unión Soviética (Lee,1997). Como Sunil Amirth ha demostrado en el caso de la India, las políticas públicas de salud fueron un espacio de pugna entre la herencia colonial y la imagen de un futuro de independencia y soberanía (Amirth, 2006). De igual manera en África las medicalizaciones revolucionarias supusieron una tensión entre dos órdenes históricos, el colonial y el post-colonial cuya resolución, como expresó el uso de los auxiliares sanitarios supuso la incapacidad de superar totalmente la herencia colonial (Illife, 1998).

7.2. La medicalización social fallida.

El origen de la red de medicalización revolucionaria lo tenemos que localizar dentro de los movimientos que caracterizaron la problematización de la salud rural en el periodo inmediatamente anterior al estallido de la Segunda Guerra Mundial y los comienzos de las funciones de la OMS. Estos dos momentos estuvieron caracterizados por el impulso dado a las visiones de medicina social en los territorios coloniales, donde destacó el papel jugado por la Conferencia de Bandung (1937) y más adelante por la preocupación de los expertos sanitarios por diseñar y poner en funcionamiento sistemas de salud para la población rural. A continuación los repasamos

7.2.1. La Conferencia de Bandung y el eje médico asiático.

El legado más importante de la medicina social en el ámbito de la higiene rural fue la Conferencia de Bandung celebrada en 1937. A finales de julio de 1931 la LNHO celebró una primera conferencia sobre higiene rural en Ginebra a la que acudieron representantes de 24 estados europeos y 8 representantes de estados no europeos (China, India y Japón). Un año después, en 1932, los delegados de la India en la LNHO, con el apoyo del delegado chino, propusieron celebrar una Conferencia de Higiene Rural centrada en la situación de la región asiática. El gobierno holandés propuso a la LNHO organizar la Conferencia en Indonesia en 1937 y a ella acudieron diferentes delegados en representación, no de naciones soberanas, sino de colonias. En el marco general de la Conferencia de Bandung se trataron cuestiones relacionadas con la mortalidad, la enfermedad de las poblaciones rurales coloniales y su limitado acceso al suministro médico. La Conferencia siguió el trabajo iniciado por el yugoslavo Andrija Stampar y el polaco Ludwik Rajchman (Director de la LNHO) quienes habían dirigido su actividad

médica hacia la atención sanitaria y la higiene de la población rural ((Brown and Fee, 2008; 40).

La Conferencia enfocó los problemas de la higiene rural desde una perspectiva intersectorial centrada en la salud pública, más que en los recursos biotecnológicos, y fue partidaria de impulsar cambios fundamentales en la educación y el desarrollo socio-económico (Brown and Fee, 2008; 42). Siguiendo esta línea, la Conferencia reclamó reforzar cuatro aspectos básicos de la salud en las comunidades rurales que fueron: asegurar una atención médica eficaz, mejorar la organización de los servicios sanitarios, donde se incluyó la educación sanitaria, mejorar aspectos medioambientales y socio-económicos y enfrentar el problema de la nutrición¹¹¹. Las observaciones y aprendizajes que habían atesorado los expertos sanitarios en sus desplazamientos por regiones asiáticas fueron volcados en la Conferencia (Borowy, 2007; 18). Entre estas recomendaciones destacaron: el valor dado al uso del personal médico local no sanitario como eran la mayoría de auxiliares, enfermeras y matrona, la responsabilidad de los gobiernos en la extensión de los servicios de salud, el suministro de tratamiento directo al enfermo, la promoción del trabajador de salud pública como una figura necesaria para alcanzar el desarrollo económico y el auto-gobierno, el respeto a las culturas locales y su libre elección del modo de vida, el desarrollo de métodos educativos para mejorar la información sanitaria, el uso de créditos blandos destinados a mejorar la calidad de las viviendas y la actuación intersectorial (Amirth, 2006; 41). Otros aspectos novedosos fueron, las referencias a la “reconstrucción rural” y la “reforma agraria”, la importancia de primar la nutrición y el reconocimiento de que algunas innovaciones tecnológicas

¹¹¹ Con anterioridad al periodo de entreguerras el interés de los estudios sobre nutrición se habían caracterizado por subrayar las pautas culturales de alimentación de la población africana en el origen de la debilidad física y el surgimiento de la enfermedad. Durante ese tiempo se desarrollaron estudios comparados entre las poblaciones de los masai y los kikuyu para investigar cómo diferentes aportes calóricos, vitamínicos y minerales se relacionaban con sus enfermedades e infecciones. Un perfil dietario de carácter racial relacionó las pautas culturales con las capacidades de alimentación de las sociedades africanas. Se comprendía que la malnutrición generaba pobreza pero la pobreza terminaba siendo la incapacidad de la población africana de suministrarse la alimentación necesaria para su sustento diario. Por su parte los informes de la comisión de nutrición de la LNHO relacionaron la malnutrición con los problemas económicos, agrarios y de desarrollo pero en vez de actuar sobre estas condiciones impulsaron un tratamiento basado en el aporte de suplementos dietarios y la educación nutricional. De tal forma que la malnutrición continuó interpretándose como un mal endémico relacionado con el comportamiento cultural africano e independiente de cualquier responsabilidad que pudiera tener el colonialismo europeo. (Worboys; 1989).

que podían suponer la propagación de enfermedades como la malaria (Amirth, 2006; 42)

Este enfoque de higiene rural desplegado a lo largo del periodo previo a la Segunda Guerra Mundial y los comienzos de la Guerra Fría bebió en gran medida de los procesos de medicalización revolucionarios o nacionales que se desarrollaban en el sureste asiático, concretamente en la India. Tras lograr su independencia, sus autoridades, comenzaron a desarrollar un proceso de medicalización centrado en la instrumentalización de sus conocimientos tradicionales procedentes de la medicina ayurvédica, la higiene rural y los enfoques de la medicina social aunque posteriormente fue desplazado por el interés nacional e internacional puesto en la intervención biotecnológica para erradicar la enfermedad, donde jugó un papel principal la malaria y la tuberculosis, como vimos que caracterizó la actuación de la red de medicalización internacional (Amirth, 2006; 150). Las características de este intento fallido las repasamos a continuación.

La India jugó inicialmente un importante papel como precursora de los procesos de medicalización nacionales post-coloniales. En la India la salud pública aparece también, como hemos señalado antes, como un espacio de pugna entre la herencia colonial y la imagen de un futuro de independencia y soberanía. Por eso en sus primeros pasos a la independencia la medicalización de la India reflejó su cercanía a los principios de la Conferencia de Bandung por lo que sus autoridades recuperaron los principios históricos de la medicina social y la salud rural para desplegar una política de salud pública que extendían los enfoques de la higiene rural que enfrentarían algunos de sus principales problemas sanitarios como eran: la malaria, la malnutrición y el acceso al tratamiento a través de procesos de descentralización que acercaran la atención médica a la población rural (Amirth, 2006; 100). Durante la lucha contra el colonialismo británico y en sus primeros pasos como estado independiente los principios de la medicalización del estado indio estuvieron orientados por el intento de poner “la salud del pueblo en manos del pueblo” y el rechazo ascético de Gandhi a la “dependencia” de la infraestructura y la maquinaria de transporte. Sin embargo, en un breve espacio de tiempo sus políticas sanitarias comenzaron a estar caracterizadas por una fuerte intervención biomédica internacional llegando a ser uno de los territorios más fuertemente intervenidos por el uso masivo de las tecnologías de erradicación de la malaria (Amirth, 2006; 85)

La República Popular de China fue superando a la India hasta erigirse como primera potencia médica, entre los nuevos estados post-coloniales, y motor de los procesos de medicalización revolucionarios, algo en lo que contribuyó de manera decisiva la asistencia médica que prestó a los estados post-coloniales africanos lo que reforzó las relaciones históricas entre los dos continentes (Anshan, 2011). Junto a China también debemos señalar la importancia de la planificación sanitaria cubana, originada en 1955, y que en la década de 1960 también comenzó a desplegar una importante actividad en el campo de la asistencia médica internacional (Huish and Kirk, 2007).

7.2.2. La problematización de los sistemas de atención sanitaria.

Desde finales de la Segunda Guerra Mundial los gobiernos occidentales asumieron la salud como un derecho que los estados tenían que asegurar y materializar a través de diferentes modelos o planificaciones sanitarias no exentas de componentes ideológicos (Tarantola, 2008). En los estados occidentales, las nuevas tecnologías médicas fueron dando más significado y valor ético a la circulación de nuevas tecnologías de gobierno como eran: seguros sociales, planificación de los servicios de salud, nuevas técnicas de gestión económica y una revitalización e impulso al lenguaje de derechos políticos (Amrith, 2006; 56).

Sin embargo, estas experiencias nacionales en los estados europeos no se expresaron con la misma intensidad en la red de medicalización internacional. Como ya pudimos comprobar en el anterior capítulo, el interés por los sistemas sanitarios y los modelos de atención sanitaria e higiene rural fue desplazado por un enfoque biotecnológico centrado en la lucha contra la enfermedad. A este efecto contribuyó el posicionamiento ideológico de la *American Medical Association* (AMA) cuyos miembros formaron parte de la delegación de Estados Unidos enviada a la primera Conferencia Sanitaria Internacional (1946) con el objetivo de anular las competencias de la nueva organización sanitaria en cuestiones relativas “al cuidado de los enfermos y la organización social de la práctica de la medicina”, frenando así que la futura organización promoviera la intervención del estado en cuestiones relativas a los sistemas de salud (Cox and Jacobson, 1978; 177); lo que la alejaba de posiciones características al enfoque de la medicina social.

El enfrentamiento ideológico internacional más claro fue el que establecieron los modelos sanitarios de Estados Unidos y la Unión Soviética (Cueto, Brown and Fee,

2011). Estados Unidos había ido creando un modelo federal con una administración sanitaria muy fuerte (CDC-NIH) pero poca presencia del estado en el suministro de atención frente a un alto componente de la asistencia médica respecto a la ofrecida por el mercado (Cueto, Brown and Fee, 2006; 131). Por su parte, el enfoque médico de la Unión Soviética planificado y desarrollado durante la revolución bolchevique por el Doctor Nikolai Semashko estaba basado en la organización de un sistema sanitario fuertemente centralizado con gran carga burocrática y gran peso de la intervención biomédica (OMS, 1963). Otros estados europeos comenzaron también a desarrollar sistemas nacionales de salud como asunción de la responsabilidad del estado sobre la salud de sus ciudadanos donde destaca, el plan Beveridge de Gran Bretaña y que supuso el diseño del Sistema Nacional de Salud del país que representó históricamente uno de los máximos referentes de las políticas de bienestar que atravesaron Europa desde la Segunda Guerra Mundial y cuya planificación influyó en el diseño de otros sistemas nacionales de salud de las democracias europeas (Cichon and Norman, 1994, 323). Estas planificaciones compartieron el mismo modelo de enseñanza de la medicina creado en 1910 por el Doctor Abraham Flexner y conocido históricamente como “el informe Flexner” que colocó como fundamental la figura del médico y la dimensión biológica de la enfermedad de forma que primaba la atención al individuo, basada en la “departamentalización” del conocimiento y la especialización de la práctica médica, organizada y difundida a través de la creación de determinadas disciplinas científicas cuyo conocimiento era impartido en escuelas de medicina asociadas a las Universidades (Andrade, 1978). Junto al modelo educativo los modelos de planificación sanitaria occidentales compartieron también el papel central dado a la tecnología biomédica.

Sin embargo, la cuestión de la planificación de los servicios de salud no tuvo la misma relevancia en la constitución de la red de medicalización internacional de la que tuvo a en las políticas nacionales. Aun así, desde el comienzo de su actividad, el funcionamiento de los servicios sanitarios en las zonas rurales estuvo en primera línea de las preocupaciones de los expertos de la OMS. El problema se presentó y calculó principalmente no tanto como el derecho que tenía la población al acceso a los sistemas de salud, sino desde el problema que suponía reconocer que los programas verticales de lucha contra la enfermedad, especialmente la malaria, desplazaban la organización y actuación de los los sistemas nacionales de salud (Djukanovic y March, 1976; 124). Por ejemplo en la siguiente tabla podemos observar cómo diversas asambleas, programas,

declaraciones y estudios se dedicaron a analizar la necesidad de coordinar o integrar los programas de erradicación dentro de la planificación sanitaria (ver Tabla 7.1).

Tabla 7.1. Problematizaciones de los sistemas de salud rurales en la OMS (1950-1978)

Declaración del Secretario General de la OMS 1951	Necesidad de servicios sanitarios en las zonas rurales para promocionar la salud, prevenir y tratar enfermedades
6° Asamblea Mundial de la Salud de 1953	“La asistencia en materia sanitaria debía tener por objeto, ante todo, fortalecer los servicios sanitarios básicos del país”
Primer programa de actuación de la OMS 1952-1955	Se solicita que las actividades especiales o programas verticales debían integrarse en los sistemas de salud
Segundo programa 1957-1960 Tercer Programa 1962-1965	Defensa del desarrollo de los servicios sanitarios rurales
15ª Asamblea Mundial de la OMS 1962	Integrar los programas de erradicación de la malaria como un servicio sanitario
1965 creación Comité mixto de Política Sanitaria UNICEF/OMS	Incorporar programas verticales dentro de los servicios básicos de salud
1966 estudio de González	Regulación de sistemas verticales y horizontales al ser los primeros un lastre para los servicios de salud
Entre 1965 y 1971	Aumento de los proyectos relativos a los servicios básicos de salud de la OMS de 85 a 156
Quinto Programa general de trabajo (1973-1977)	Los principios básicos de los programas sanitarios son la integración y el fortalecimiento de los servicios sanitarios.

Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de Djukanovic y March (1976; 124-126).

Los procesos de medicalización revolucionarios tuvieron que responder tanto al desplazamiento histórico de la salud rural por el colonialismo como a los modelos de intervención verticales que desatendían la planificación de los sistemas de salud rural. Esta respuesta se fue organizando desde comienzo de la Guerra Fría a través del desarrollo de diferentes tipos de medicalizaciones revolucionarias donde la República Popular China jugó un papel central que repasamos en el siguiente apartado.

7.3. China y la construcción de un poder médico revolucionario.

La creación de los procesos de medicalización revolucionarios corrió en paralelo a la celebración de las conferencias internacionales de países no alineados: Bandung (1955), Belgrado (1961), Cairo (1964), Lusaka (1970), Argel (1973), Colombo (1976), la Habana (1979). Los estados que acudieron a estas Conferencias fueron construyendo un sentido tercermundista al compartir demandas, experiencias históricas y un pasado colonial que promovió la creación de lazos culturales, políticos, ideológicos, económicos (Parson; 1996). Las políticas de salud pública y los procesos de medicalización desarrollados en los estados latinoamericanos y en los asiáticos y africanos, según alcanzaban su independencia, fueron también ámbitos de encuentro donde se relacionaron diversos contextos sanitarios, políticos e históricos que siguieron la estela de la Conferencia de Higiene rural de Bandung (1938). El desarrollo de las conferencias de países no alineados corrió en paralelo al ascenso de la República Popular China en el escenario internacional y su creciente influencia en los procesos de medicalización revolucionarios donde destacó, como veremos más adelante, su papel en el proceso de medicalización revolucionario tanzano. Podemos ordenar esta influencia en tres periodos históricos, que dialogan tanto, con un contexto internacional caracterizado por la pugna con Estados Unidos y la Unión Soviética como, con las diversas relaciones bilaterales que las autoridades chinas fueron estableciendo con los gobiernos africanos y sus movimientos por la liberación. Antes de continuar es importante que señalemos que en África la República Popular China aunque se enfrentó ideológicamente a los EEUU principalmente compitió con la Unión Soviética por la hegemonía del bloque comunista (Jackson, 1995) y que la influencia del maoísmo fue asumida y conducida de manera diferente por los estados africanos quienes, como veremos para el caso de Tanzania, adecuaron sus posiciones a su realidad política e histórica (Donovan, 2014)

7.3.1 Primer periodo (Década de 1950).

En este primer periodo comienza el acercamiento de las autoridades chinas a los estados africanos recién independizados. Se trata de un primer periodo de reconocimiento y presentación de las bases del encuentro que supondrá también el paulatino desplazamiento del movimiento de medicalización de la India como centro de la medicalización post-colonial.

El papel de China en el proceso de medicalización del movimiento de los países no alineados respondió principalmente a los dos objetivos de su política exterior, reforzar el bloque de países no alineados impulsando la creación del tercermundismo y lograr el reconocimiento internacional de su estado por parte de los gobiernos del Tercer Mundo en detrimento de Taiwán (1952) (Yu, 1977; 98). En ello cobró una importancia central las relaciones de las autoridades maoístas con los gobiernos de los nuevos estados postcoloniales surgidos en África y Asia. En este contexto las autoridades chinas valoraron tres coincidencias que eran, la emergencia de una conciencia anti-colonial y anti-imperialista reunida alrededor de las Conferencias Afro-Asiáticas; la presentación de los principios de convivencia pacífica de China y su interés por comenzar a relacionarse de manera oficial con los estados postcoloniales africanos.

El primer contacto entre China y los estados africanos sucedió durante la celebración de la Conferencia Afro-Asiática de Bandung (1955) que fue el embrión del movimiento de países no alineados y proclamó los principios de, neutralidad, nacionalismo y lucha contra el racismo colonial (Parker, 2006; 871). En ella participaron cuatro estados de África Subsahariana, Liberia, Ghana, Sudán y Etiopía. El nombre de Tercer Mundo aludía a la consecución del objetivo político de transformar las relaciones internacionales para lo que fue muy importante la participación de los estados post-coloniales en los organismos internacionales porque suponía una demostración del reconocimiento internacional de su soberanía y un ámbito para exponer sus demandas y reivindicaciones políticas (Harbeson, 1995; 5)¹¹². Durante la Conferencia de Bandung,

¹¹² Con las descolonizaciones los estados africanos fueron incorporando sus delegados a la Asamblea de la OMS. Al comienzo la asistencia dada por este organismo internacional a la República Democrática del Congo en 1960 delimitó las funciones de la OMS a la rápida asistencia a los estados africanos independientes cuando se incorporasen a su Asamblea. (Lee, 1998: 30). En sintonía a las prácticas anteriores estas labores de asistencia dirigían su atención a programas de erradicación de la malaria, el

China defendió tres propósitos: una unión entre los nuevos estados independientes de Asia-África que compartían el mismo pasado colonial, la lucha revolucionaria anti-imperialista y anti-colonial y el reconocimiento internacional de su estado respecto al de Taiwan. La participación de China en la Conferencia era una amenaza para los Estados Unidos que temían que su influencia en el resto de países pudiera extender la ideología comunista y desplazar el papel central que tenía la India, cuyo presidente, Jawaharlal Nehru (1889-1964) apostaba por una neutralidad más cercana a la alianza con Estados Unidos (Parker, 2006; 867).

En la Conferencia de Bandung la República Popular de China comenzó a establecer los primeros contactos con los gobiernos africanos surgidos de las independencias aunque muchos de ellos fueron inicialmente claramente pro-Occidentales como, Egipto, Etiopía, Liberia, Suráfrica - e incluso estados como Etiopía y Suráfrica participaron en las operaciones militares de las Naciones Unidas en Corea para tratar de derrotar a las fuerzas chinas durante la Guerra de 1950-1954 (Alden and Alves, 2008; 47). Las independencias africanas supusieron la oportunidad para que los líderes chinos promovieran la construcción de nuevas relaciones. El marco de entendimiento que propuso la política exterior china con África y con el resto de estados fueron los conocidos como los ‘Cinco Principios de Coexistencia Pacífica’ que sus autoridades presentaron en 1949 y que proponían, el reconocimiento mutuo basado en el respeto por la integridad y la soberanía de otros territorios, el acuerdo de no agresión, el acuerdo de no interferencia en los asuntos internos de otros estados, la cooperación para alcanzar beneficios mutuos y la coexistencia pacífica. Estos Cinco Principios fueron la carta de presentación de la primera ofensiva diplomática que Beijing desarrolló en 1955 cuando acabada la Guerra de Corea y celebrada la Conferencia de Bandung comenzó a establecer contactos oficiales con diversos estados africanos. Ese año el Ministro de Exteriores de China, Zhou Enlai, se reunió con varios líderes africanos (Gao, 1984:247-248). Egipto fue el primer país africano en reconocer oficialmente a China en 1956 y comenzar a establecer relaciones diplomáticas con el país asiático. El Cairo fue así

control de otras enfermedades transmisibles y la formación de administradores locales de salud en un conocimiento médico Occidental. Acorde a la hegemonía de un pensamiento biomédico los estados africanos exigieron en la OMS que los países desarrollados incrementaran su asistencia sanitaria por ejemplo en formación médica, vacunas, material hospitalario, refrigeradores o vehículos (Lee, 1998: 31). Por ejemplo la presión iniciada por los estados africanos durante la década de los sesenta supuso que Portugal fuera expulsada del Comité Regional Africano al considerar que su comportamiento en las colonias africanas alejado a los principios de la ONU. También se admitieron enmiendas contra Sudáfrica por su política de Apartheid. (Cox and Jacobson, 1974; 184)

durante muchos años la principal base de operaciones china en el continente (Yu, 1965:324)¹¹³. China reforzó los lazos panafricanos porque abrió en Ghana y El Cairo oficinas y campos de entrenamiento militar para las guerrillas africanas que luchaban contra las colonias. El interés por Egipto se trasladó a Argelia que desplazó paulatinamente a El Cairo como el centro de operaciones. La antigua colonia francesa asumió tras su independencia una posición de referencia y liderazgo en la lucha contra las metrópolis europeas (Chau, 2014; 42) En 1963 las unidades del Ejército Rojo de la República Popular de China establecieron campamentos militares en Argelia donde entrenaron a cuadros de movimientos guerrilleros procedentes de Mozambique, Suráfrica y Angola (Chau, 2014; 58).

En este primer periodo, China y la Unión Soviética mostraron los mismos intereses por establecer relaciones con los nuevos estados africanos, crear organizaciones de apoyo al movimiento anti-imperialista e impulsar una doctrina pro-liberación y anti-imperialista que reforzaran las posiciones del panafricanismo y panarabismo. Estas orientaciones supusieron la creación en 1957 del *AfroAsian People's Solidarity Organisation* (AAPSO), una organización dedicada a extender y reforzar la liberación nacional y la solidaridad con el Tercer Mundo¹¹⁴. Sin embargo, desde finales de la década de 1950 las rivalidades ideológicas deterioraron las relaciones entre la Unión Soviética y China. La política de Beijing para África se enfrentó al “revisionismo soviético” y Mao adaptó su teoría de los “Dos Campos” a una teoría de los “Tres Campos” donde el primer mundo estaría compuesto por Estados Unidos y la Unión Soviética, el segundo mundo por los otros estados desarrollados occidentales y el tercero por los estados en desarrollo de Asia, África y Latinoamérica que rehusaban alinearse con otros bloques y que China quería encabezar (Jackson, 1995; 390).

7.3.2. Segundo Periodo (década de 1960).

En este segundo periodo se refuerzan los contactos y el apoyo militar chino a África. En este escenario comienza la cooperación médica de China con los estados

¹¹³ En 1958 Marruecos y Argelia reconocieron a la República China, y un año después lo hicieron Sudan y Guinea. En la siguiente década, 1960, 14 reconocieron internacionalmente a la República China y establecieron relaciones diplomáticas con ella y en la década de 1970, fueron 22 los estados que la reconocieron (Alden and Alves, 2008; 47).

¹¹⁴ La AAPSO fue fundada como el *Consejo de Solidaridad de los Países Afroasiáticos* en la conferencia de El Cairo entre diciembre de 1957 y enero de 1958

africanos que sucede dentro de un contexto de rivalidad política e ideológica entre el país asiático y la Unión Soviética.

Durante la década de 1960 las relaciones bilaterales de China con África se intensificaron al alcanzar la independencia nuevos estados africanos. En esa década, la política china hacia el Tercer Mundo se volvió mucho más agresiva. En África los líderes chinos compitieron por el liderazgo de los estados tercermundistas enfrentándose a Estados Unidos, las principales metrópolis europeas pero principalmente a la Unión Soviética (Engerman, 2011; 191). Desde finales de la década de 1950, las relaciones chino-soviéticas empeoraron y a comienzos de la década de 1960, la Unión Soviética fue designada como el principal enemigo chino en el continente lo que supuso que sus autoridades trataran de desacreditar presentando a la potencia comunista como una fuerza no revolucionaria identificada con el "imperialismo de Estados Unidos" (Yu, 1966: 464). Como oposición al revisionismo político de la Unión Soviética, y con el propósito de liderar y extender una revolución socialista internacional, las autoridades chinas dieron apoyo militar y diplomático a movimientos de liberación africanos cercanos al maoísmo. La lucha contra el imperialismo estadounidense y el revisionismo soviético fue teorizada por Lin Biao como la revolución de las "zonas rurales del mundo" contra las "ciudades". Así, durante la década de 1960, la política exterior de China en África privilegió las relaciones y los acuerdos con sus estados en diversos sectores y reforzó el intercambio diplomático (Yu, 1965: 321). Durante la primera mitad de esta década las actividades de Beijing fueron particularmente intensas al crear la *China-African People's Friendship Association* y tomar parte de la segunda conferencia de AAPS0 en Conakry (Boorman, 1961; 234). Estos movimientos facilitaron que entre 1960 y 1965, 14 nuevos estados africanos reconocieron oficialmente la existencia de la República Popular de China al firmar diversos acuerdos y tratados de amistad basados en los "Cinco Principios de Coexistencia Pacífica" con los que establecieron relaciones económicas, comerciales y culturales basadas en el intercambio de expertos, estudiantes, educadores, periodistas y la asistencia financiera y técnica principalmente en la plantación de té, el cultivo del arroz, el riego y la atención sanitaria (Jackson, 1995; 402).

El aspecto más controvertido de la participación de China en África en esta década fue el apoyo militar dado a los movimientos de liberación africanos como la FRELIMO de Mozambique, el MPLA y FLNA en Angola, el FLN en Argelia y los "rebeldes" en

Congo-Kinshasa en los años sesenta (Jackson, 1995; 388). China apoyó a estas organizaciones para aumentar su prestigio en la *Organización de la Unidad Africana* (OUA) y en la *AAPSO* y desplazar a las superpotencias, en particular a los soviéticos. A principios de los años sesenta, China estaba profundamente implicada en las rebeliones africanas y en las luchas por la independencia, especialmente en la República Democrática del Congo, Angola, Mozambique, Ghana, Níger y Burundi (Hull, 1972; 49). Por ejemplo, en 1964, China estableció un plataforma de actuación en Ghana que ayudó a Nkrumah a establecer campos secretos de entrenamiento para preparar y proporcionar armas y entrenamiento a las guerrillas contra el gobierno pro-francés en la República de Níger (Hull, 1972: 50), los rebeldes congoleños liderados por Pierre Mulele y al grupo de Gaston Soumialot con sede en Burundi (El-Khawas, 1973; 25) y también contribuyó a crear y sostener campos de entrenamiento en Tanzania dirigidos a luchar contra el apartheid en Rhodesia y Suráfrica. La compra y suministro militar de China fue canalizada directamente por la división internacional de Ejército de Liberación del Pueblo Chino (PLA) en vez de la *OUA* o del *Fondo de Solidaridad Afroasiática de la AAPSO* (Jackson, 1995; 393). Entre 1967 y 1976 china transfirió 142 millones de dólares en armas a 15 países africanos (Le Pere y Shelton, 2007: 52). Pero también el gobierno chino, de manera más modesta que los EEUU o la Unión Soviética, reforzó su imagen en África y penetró en los estados africanos con los que todavía no tenían relaciones diplomáticas a través de emisiones de radio, material de lectura y contactos personales. En 1960, China realizó emisiones semanales de 70 horas de radio (Boorman, 1961: 235) y en 1964 llegaron a ser de 110 horas (Yu, 1965: 329) en swahili, hausa, inglés, francés, portugués y chino también contribuyó a través de la formación de líderes en China (Yu, 1965; 330).

En este contexto caracterizado por el apoyo dado a los procesos revolucionarios africanos y a sus movimientos de independencia comenzó la cooperación sanitaria china a través del despliegue de sus 1). La diplomacia sanitaria china comenzó en la década de 1960, se intensifica después del golpe a Kwame Nkrumah en 1966, para aumentar durante la década de 1970, debilitarse a partir de la década 1980 y recuperar fuerza en la primera década del siglo XXI. La cooperación médica china, como la cubana, comenzó en Argelia en 1963, cuando visita el país recién independizado una delegación compuesta por cinco expertos chinos en salud pública (Chau, 2014; 56). Otro equipo de salud llegó a Argelia en agosto de 1968 con más de cincuenta miembros. En esta

ocasión integró la delegación, el Dr. Shih Hsueh-min, que realizó acupuntura en Mascara, al oeste del país enseñando, tras aprender la lengua nativa, esta práctica a otros colegas argelinos. Otro equipo médico chino aterrizó en Argelia en 1969 y en ocho meses según fuentes chinas había tratado a más de 29.000 pacientes y realizado 3.500 operaciones de cirugía mayor o menor. Al mandar estos equipos médicos de reducido tamaño el gobierno chino trataba de enviar un claro mensaje de apoyo y solidaridad al pueblo argelino (Chau, 2014; 65). Los CMT que componían la ayuda sanitaria estaban formados por personal médico, equipos y suministros para atender muy especialmente las necesidades sanitarias de la población rural (Youde, 2010; 153).

La primera vía de cooperación médica que China abrió en África supuso el envío regular de más de doscientos equipos de expertos médicos y estudiantes de medicina que estaban a mitad de carrera, elegidos por su experiencia profesional y la confianza de sus superiores y con misiones que duraban dos años. La mayoría de estos equipos servían principalmente en comunidades rurales con poco o nulo suministro sanitario y estaban formados por médicos generales que incluían también un amplio número de especialistas que también incluían un acupunturista (Hsu, 2007; 114). El gobierno central chino negociaba con los estados africanos el envío de estos CMT pero su implementación recaía en las provincias chinas. Así se establecieron diferentes relaciones entre éstas y los estados africanos. Cada una de las veintidós provincias de China estaba "a cargo" de una nación africana: Sichuan para Uganda, Shandong para Tanzania y Jiangsu para el Zanzíbar semiindependiente, Yunnan para Uganda y Henan para Zambia, Etiopía y Eritrea. Como vemos en la Table 7.2, durante la década de 1960, siete equipos médicos fueron enviados a seis países africanos; Somalia, Congo Brazzaville, Mali, Mauritania, Guinea y a Argelia y dos equipos médicos a Zanzibar y Tanganyika respectivamente (Anshan, 2014; 12). Durante la siguiente década con el final de las operaciones militares chinas en África y los inicios de una relación bilateral entre estados se reforzará el envío de los cuerpos médicos. En el caso de Tanzania, las misiones médicas chinas extendieron la ayuda a áreas remotas del campo, lo que resultó en la circulación de más de treinta médicos, seis enfermeras y cinco intérpretes en todas las regiones de Mara, Dodoma y Mtwara (Chau, 2014; 118). En la década de 1970 creció el número de CMT en África. La década fue testigo de la llegada de CMT a 22 países africanos como podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 7.2. Equipos de atención médica enviados por la República Popular China a los estados africanos

Argelia	Abril 1963
Zanzibar	Agosto 1964
Somalia	Junio 1965
Congo (Brazzaville)	Febrero 1967
Mali	Febrero 1968
Tanganyika	Marzo 1968
Mauritania	Abril 1968
Guinea	Junio 1968
Sudán	Abril 1971
Guinea Ecuatorial	Octubre 1971
Sierra Leona	Marzo 1973
Tunez	Junio 1973
DR Congo (Kinshasa)	Septiembre 1973
Etiopía	Noviembre 1974
Togo	Noviembre 1974
Camerún	Junio 1975
Senegal	Julio 1975
Madagascar	Agosto 1975
Marruecos	Septiembre 1975
Níger	Enero 1976
Mozambique	Abril 1976
San Tomé y Príncipe	Junio 1976
Burkina Fasso	Junio 1976
Guinea Bissau	Julio 1976
Gabón	Mayo 1977
Gambia	Mayo 1977
Benín	Enero 1978
Zambia	Enero 1978
República Centroafricana	Julio 1978
Chad	Diciembre 1978

Fuente: (Anshan, 2011; 14)

El envío de equipos médicos a África no fue una actuación aislada de China sino que otros estados como Cuba también fortalecieron las intervenciones por medio de

brigadas médicas que comenzaron su actuación también en 1963 con el envío de una misión médica a Argelia para contrarrestar el éxodo masivo de médicos franceses tras la consecución de su independencia el año anterior (Huish and Kirk, 2007; 79). El envío de los equipos médicos cubanos a África fue parte también del proceso de medicalización de las guerrillas que luchaban por la independencia en África y contra el sistema de apartheid lo que contribuyó a crear un imaginario político sanitario centrado en la solidaridad internacionalista y la defensa de modelos de desarrollo antiimperialistas. Después de Argelia, Cuba mandó equipos médicos a Vietnam (1963), Malí (1965), Congo Brazzaville (1966) y Guinea Conakry (1967). (Huish and Kirk, 2007; 80). La década de 1970 dio comienzo a una segunda fase ilustrada por el papel principal que jugó la intervención cubana en Angola y Mozambique donde los programas de cooperación basada en la asistencia médica junto a proyectos de educación y reconstrucción de infraestructuras acompañaron el apoyo militar cubano (Huish and Kirk, 2007; 79)¹¹⁵.

7.3.3 Tercer periodo (década de 1970).

Este tercer período se caracteriza por la revisión del apoyo militar que las autoridades chinas concedieron a los estados y las guerrillas africanas. En vez de esta actuación la República Popular China reforzó la cooperación técnica, y dentro de ella la asistencia médica. El aumento del reconocimiento de China por los gobiernos africanos fue un importante baluarte para que finalmente lograra su reconocimiento oficial por las Naciones Unidas.

Fue en este tercer periodo cuando la creciente percepción de la "amenaza soviética" condujo a China a un acercamiento hacia Estados Unidos que facilitó la consecución en 1972 de un asiento en la Asamblea de las Naciones Unidas lo que fue acompañado de un gradual reconocimiento diplomático por la mayoría de los estados en el mundo. En la década de 1970 China establecía ya relaciones diplomáticas con 27 países africanos y siete países - Zaire, Burundi, República Centroafricana, Benin, Ghana, Kenia y Túnez-

¹¹⁵El conflicto de Angola fue la campaña militar más larga en la que participó Cuba (1975-1991). Los doctores cubanos se extendieron en siete de las ocho provincias de Angola y actuaron en 80 municipios desarrollando labores de atención médica y formación de médicos locales. El papel de Cuba en la medicalización revolucionaria de América Latina, Angola y Mozambique – incorporar aquí los elementos del siguiente punto sobre el envío de equipos médicos que acompañaron los procesos revolucionarios por la independencia. (Huish and Kirk, 2007; 79)

restauraron sus lazos diplomáticos con China. En total, los dirigentes del país asiático mantuvieron relaciones diplomáticas con 44 países africanos. Así, cuando en 1972 China fuera reconocida como estado soberano en la Asamblea General de las Naciones Unidas, 26 estados africanos votaron a favor lo que suponía un 34 por ciento de votos de la Asamblea General (Yu, 1988; 855). Como muestra de gratitud China incrementó su asistencia financiera a los países en desarrollo en el periodo 1971-78. Cuando se votó la resolución, siete estados africanos cambiaron su voto. Ruanda, Sierra Leona y Togo cambiaron de "no" a "sí" y Botswana, Camerún, Senegal y Túnez pasaron de la abstención al "sí" (El-Khawas, 1973; 27). En 1976, 39 estados africanos habían reconocido ya al gobierno de Beijing y sólo ocho mantenían relaciones diplomáticas con Taipei. Una serie de cambios en la política exterior de China en África contribuyeron decisivamente a aumentar la popularidad del país asiático entre los gobiernos del continente.

En el contexto histórico de finales de la década de 1960, factores nacionales e internacionales contribuyeron al declive de las actividades subversivas de China en África. Los vínculos con grupos revolucionarios alarmaron a un buen número de líderes africanos que mostraron su desconfianza. Como consecuencia, China comenzó a revisar su apuesta militar en África como respuesta a una serie de reverses para su policía de alianzas en el continente como fueron: el golpe de estado en Ghana y la consiguiente destitución de Nkrumah en 1966, la expulsión de diplomáticos chinos de varios países africanos (Dahomey, Costa de Marfil, Kenia, Madagascar, Senegal, Alto Volta) al ser acusados de actividades subversivas para derrocar a sus gobiernos (Hull, 1972: 49), la ruptura de los vínculos diplomáticos con Burundi, República Centroafricana, Túnez y Ghana y una sucesión de golpes de Estado en Congo-Leopoldville, República Centroafricana, Alto Volta, Nigeria y Ghana que alzaron al gobierno a cuadros militares críticos con las actividades de China en el continente (El-Khawas, 1973: 26)¹¹⁶. Por

¹¹⁶ Un rasgo de interés del apoyo chino a los movimientos guerrilleros es la capacidad de mostrarnos cómo la política exterior china no fue tan fija y constante. Por ejemplo, la participación de China en Angola muestra movimientos diferentes y cambiantes. Al principio China trató de mantener su influencia sobre el Movimiento para la Liberación de Angola, (MPLA) sin embargo consideraron que su orientación era demasiado urbana y pro-soviética. En 1963, siguiendo de cerca la línea política oficial de la OUA, China cambió su apoyo al Frente Nacional para la Liberación de Angola (FNLA), aunque los delegados chinos no estuvieran autorizados a operar en la República Democrática del Congo, donde la guerrilla tenía sus bases. En 1964, Beijing apoyó a la Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA), un movimiento que se había separado de FNLA y cuyo líder, Jonas Savimbi, recibió

todo ello, Beijing dejó de apoyar a los grupos revolucionarios y limitó su apoyo a los movimientos de liberación que aún operaban en el sur de África. A partir de entonces, la política de China en África buscó normalizar las relaciones diplomáticas con todos los países africanos, independientemente de su orientación ideológica, y extender la asistencia económica a determinados gobiernos africanos.

De esta formase inició un proceso de intensificación de las misiones culturales y diplomáticas, que ya habían comenzado en el anterior periodo, con el viaje alrededor de diez estados africanos del Ministro de Exteriores Zhou Enlai durante diciembre de 1963 a febrero de 1964 al que acompañaron otros 50 dignatarios oficiales (Adie, 1964). Durante este viaje, el 15 de enero de 1964, Zhou Enlai esbozó en Ghana “Los ocho principios del gobierno chino para la ayuda económica internacional y la asistencia tecnológica a otros países”. Así ya en 1964, Beijing firmó ocho acuerdos con seis estados africanos que cubrían las áreas de comunicación, asistencia técnica y ayuda económica y extendió préstamos libres de interés que ofrecían una asistencia técnica completa y que podían ser devueltos después de largo tiempo a través de las exportaciones africanas y que supusieron el 53% de los dirigidos al continente (Yu, 1965:325). La asistencia china al desarrollo superó rápidamente las actividades subversivas como principal vía para influir en el continente. Entre 1954 y 1977, la ayuda total china a 36 países africanos superó los 2.500 millones de dólares (Le Pere and Shelton, 2007: 56).

La asistencia china estuvo caracterizada por responder a las prioridades africanas, usar los recursos estatales, preferir la mano de obra china para construir proyectos de infraestructura y firmar un prestigioso proyecto al comenzar las relaciones con cualquier estado africano. La ayuda china podía ser devuelta en plazos muy favorables, después de un periodo de cinco años de gracia y amortizaciones sin intereses durante los 30 años posteriores (Yu, 1968: 1026). China invirtió en menos países pero en grandes proyectos que servían como escaparates para influir en el resto de estados africanos (Yu, 1968:

entrenamiento militar en China en 1964 y 1965 antes de establecer formalmente la UNITA en 1966. A diferencia del MPLA y FNLA, la UNITA buscó el apoyo indígena, comenzó a construir bases internas y proclamó al maoísmo como su fundamento doctrinal. En 1967 la UNITA era el único movimiento de liberación angoleño mencionado por la prensa china. Sin embargo, en los primeros años de la siguiente década, China abandonó la UNITA para relacionarse de nuevo, en primer lugar con el MPLA, y luego con el FNLA. Después de la independencia de Angola en 1975 comenzó una guerra civil donde Beijing apoyó de manera encubierta a la FNLA y a la UNITA, no por sus credenciales maoístas, sino para impedir la victoria del MPLA respaldado por los soviéticos (Jackson, 1995).

1026)¹¹⁷. La asistencia económica y técnica china concedida en la década de 1970 a los estados africanos no tenía ninguna cláusula política, más allá de los criterios de reconocimiento diplomático de Pekín, se concentraba en áreas vitales y las condiciones del crédito y el reembolso era mucho más favorable que los ofrecidos por los americanos o los soviéticos (Achberger, 2101; 370). El potencial total de estos paquetes de ayuda, sin embargo, era menor a las otras potencias porque China durante la guerra fría era un estado en desarrollo por lo que su asistencia técnica y económica no podía competir con los Estados Unidos ni con la Unión Soviética. Dentro de esta actuación cobró relevancia, como veremos después, las posibilidades que abría la cooperación médica china para reforzar los lazos con los gobiernos africanos, usar la medicina como una estrategia de solidaridad y extensión de la ideología maoísta.

Durante este tercer período la ayuda china siguió un patrón muy selectivo al decidir concentrar su ayuda en unos pocos países: Tanzania, Argelia, Ghana, Congo-Brazzaville y Malí. De ellos, Tanzania fue su aliado ideológico más constante lo que reforzó su ubicación estratégica como puerta del Océano Índico al África meridional, rica en minerales (Hull, 1972: 50). El gobierno de Tanzania de Julius Nyerere fue el ejemplo más claro de la influencia de la ideología china en las medicalizaciones revolucionarias africanas. La medicalización tanzana sucedió en un contexto de independencia y construcción del estado africano bajo las orientaciones ideológicas de un socialismo local que bebió intensamente de las influencias del maoísmo chino. Sin embargo, la importante influencia china no fue asumida de una manera directa y acrítica sino que fue seleccionada y acomodada a las propias realidades ideológicas, políticas e históricas locales (Chau, 2014). La medicalización revolucionaria tanzana dialogó con la necesidad de transformar una herencia sanitaria colonial caracterizada por unas mínimas infraestructuras sanitarias y una acusada falta de recursos financieros y humanos sobre todo en el ámbito rural (Gish, 1975; Young; 1986)¹¹⁸ siendo así un

¹¹⁷ China emprendió grandes proyectos de infraestructura que las potencias occidentales no querían desarrollar, como el ferrocarril TanZam (1970-1975) al que luego volveremos

¹¹⁸ En África el análisis histórico ha criticado el abandono colonial de la salud pública, la extensión de una biomedicina y la formación biomédica universitaria-flexneriana, las políticas de desarrollo de la salud centradas en los planes verticales y la universalización de la biomedicina-alta carga biotecnológica (Gish, Sanders). Estos relatos suscriben el hecho de que en África los servicios sanitarios habían continuado centrados en las élites coloniales, la atención curativa de unos pocos hospitales con alta dependencia técnica y el olvido tanto de la salud pública como del área rural y unos programas de erradicación que desconsideraban su papel esencial. Durante la década de los sesenta los sistemas de salud desarrollados

espacio característico de la transición entre el colonialismo y la independencia. Dada la relevancia de la cooperación médica china en Tanzania dedicamos el siguiente apartado a su estudio.

7.4. La medicalización revolucionaria tanzana.

Para comprender el proceso de medicalización tanzano y el papel que tuvo la asistencia médica de China en su desarrollo dividimos el apartado en dos puntos. En el primero explicamos brevemente el contexto político tanzano donde sucedió esta cooperación médica y en el segundo abordamos con más detenimiento las características de ese proceso de medicalización.

7.4.1 Contexto político tanzano.

La República Unida de Tanzania nació en 1964, tres años después de que la antigua colonia británica de Tanganica se convirtiera en un país soberano, y varios meses después de que el territorio de la isla de Zanzíbar también se independizara del gobierno británico (ver mapa del país)¹¹⁹. Ese mismo año de 1964 las autoridades chinas mandaron a Zanzibar su segundo equipo médico a África-. Si bien la transición de la independencia de Tanganica a la parte continental en 1961 fue bastante tranquila y pacífica, en Zanzíbar, la descolonización fue acompañada por una revolución popular violenta, con matices raciales, contra la élite gobernante y sus terratenientes. La revolución de Zanzíbar reforzó la atención internacional que se había dirigido al este de África con motivo de la participación extranjera en el país vecino del Congo y las luchas de liberación contra el imperialismo portugués y el gobierno del apartheid de Suráfrica (Chau. 2014; 104).

por los primeros gobiernos independientes heredaron esta dinámica sanitaria que la ayuda internacional fortaleció al dirigir su atención hacia los planes verticales, la atención curativa de los centros urbanos conocidos como hoteles de la enfermedad y el mantenimiento de los profesionales y los recursos técnicos de unos pocos hospitales (Werner y Sanders, 1997). Esta historia crea un ámbito especial para alabar la superación que hace la población africana del abandono sanitario colonial y que seguramente tuvo en Tanzania una de sus expresiones más claras e impactantes a juzgar por la atención que le dedicaron los investigadores.

¹¹⁹ En 1957 se declara Ghana como primer estado libre en África. En 1960 quince países africanos se independizan; Benín, Burkina, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Gabón, Costa de Marfil, Madagascar, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Somalia y Togo. A partir de 1974 comienzan su independencia las colonias portuguesas.

Figura 7.1. Mapa de Tanzania



Fuente: (Chau, 2014;102)

Nyerere y otros funcionarios de *Tanganyika African National Union* (TANU), al igual que sus homólogos de todo el continente africano, buscaron durante la Guerra Fría preservar su autonomía geopolítica e ideológica. Al mismo tiempo, los líderes de Tanzania trabajaron en una propuesta de desarrollo nacional ajustada a los ideales de autosuficiencia y la idealización de la comunidad pobre y rural (Chau. 2014; 104).

En 1967, los líderes de *TANU* propusieron la *ujamaa*, palabra swahili que significa familia extendida, como la filosofía y la estrategia que mejor podía responder a las necesidades, oportunidades y limitaciones que el país tenía que enfrentar durante los primeros pasos de su independencia. La *ujamaa* se localizó dentro de las posiciones socialistas al rechazar la explotación y la desigualdad en favor del esfuerzo colectivo y

el bienestar comunitario, y se apartó del repertorio convencional de la política de desarrollo al proponer una versión rural y descentralizada de la democracia socialista. Las élites políticas tanzanas diseñaron la *ujamaa* como un proyecto utópico, flexible, impulsado por una combinación entre la dirección política del estado y la transformación subjetiva (Chau, 2014; 104). La implementación efectiva de la *ujamaa* comenzó con la *Declaración de Arusha* (1967) que anunció la nacionalización de los bancos, las principales industrias, los recursos naturales, y la tarea principal a largo plazo de reorganizar el campo en aldeas socialistas. La aldea de la *ujamaa* se definía por la colectivización de la propiedad y la organización comunitaria de la agricultura de forma que el trabajo y la dedicación era considerada las vías para lograr un desarrollo nacional. La *villanización* comenzó como un esfuerzo experimental y voluntario pero durante 1973 y 1975 se transformó en un mandato obligatorio (conocido como *Operación Vijiji* [Aldeas]), por el que millones de campesinos fueron reasentados a la fuerza. La *Operación Vijiji* transformó el paisaje rural de Tanzania se había transformado solo superficialmente sin que se hubiera logrado una implantación sustancial del modelo lo que terminó suponiendo una mera reconfiguración espacial del territorio (Chau, 2014; 111).

La política de Tanzania durante la década de 1970 estuvo marcada por un espíritu de experimentación y posibilidad. Sin reproducir totalmente la visión de Mao, Nyerere transpuso una serie de temas que habían sido centrales en el socialismo chino a la realidad de Tanzania (Chau, 2014; 107). La *ujamaa* constituyó así también un imaginario particular que combinó los idiomas locales populares, las prácticas coloniales – *tribal dresser*- y otras ideologías de desarrollo. En muchos sentidos, el experimento tanzano de la *ujamaa* se reflejó y superpuso a otros proyectos socialistas africanos como los de Ghana, Guinea, Mali y Zambia que impulsaron un repertorio continental común donde la ideología maoísta y su simbología ocuparon un lugar destacado (Chau, 2014; 104). Sin embargo, la *ujamaa* fue la versión más ambiciosa y sostenida del *socialismo africano*, y presentó una afinidad especial con la configuración china en dos niveles ideológicos estrechamente relacionados como fueron la práctica política revolucionaria y la necesidad de construir una subjetividad revolucionaria. Así, la práctica política de Tanzania y China compartieron el mismo compromiso de forjar un camino "alternativo" al desarrollo socialista donde destacó un lenguaje político anticolonial y autosuficiente que valoraba el territorio rural como el principal ámbito

para la transformación económica e ideológica. Sus principales líderes, Mao y Nyerere, rechazaron el modelo soviético que consideraron inadecuado para sus sociedades, predominantemente agrarias, por lo que apostaron por una política sencilla de industrialización y proletarización que no intensificara las tensiones entre lo urbano y lo rural (Chau, 2014; 107). Tanto Mao como Nyerere insistieron en que el cultivo de las subjetividades socialistas era la palanca fundamental para el desarrollo económico y el establecimiento de las formas socialistas de organización social que reconfiguraría las fuerzas productivas del estado. Nyerere insistió en la necesidad de una "actitud socialista de la mente y no la adhesión rígida a un patrón político estándar" lo que recuerda la posición de Mao de que "la gente, y la gente sola". La *ujamaa* y el maoísmo sostuvieron que el "atraso" histórico de sus países, su carácter en gran parte no industrializado, representaba circunstancias particularmente favorables para la revolución socialista. Aunque Mao instó en abolir cualquier rastro de creencias confucianas obsoletas y prácticas tradicionales entre los campesinos chinos; Nyerere sostuvo que una herencia africana de "socialismo tribal" que databa de la era precolonial podría sustentar un programa transformador y moderno de desarrollo (Chau, 2014; 109). A pesar de esta diferencia, los funcionarios de *TANU* durante la era *ujamaa* y sus homólogos chinos promovieron la dedicación y la disciplina popular que entendieron como algo propio al espíritu rural que debía ser generalizado al resto de la nación. Según Donovan C. Chau el compromiso mutuo de China y Tanzania con la autosuficiencia nacional como estrategia de desarrollo para sus poblaciones rurales suponía reconocer que esta idea no era solo un recurso ideológico sino también el único objetivo realista para los países pobres (Chau, 2014; 110). Sin embargo, Mao y Nyerere llevaron esta lógica a diferentes extremos. Mao insistió en la industrialización rural y urbana para ponerse al nivel de los estados occidentales mientras que Nyerere insistió menos en este aspecto y reforzó el valor del compromiso, el sacrificio y la entrega del espíritu socialista como ingredientes suficientes para el progreso económico. La urgencia dada a las misiones de desarrollo, y las tensas circunstancias regionales e internacionales tiñeron las campañas populares oficiales de China y Tanzania con un fuerte carácter militar como sucedió en las destinadas a aumentar la producción agrícola o la reforma cultural (Chau, 2014; 110). El militarismo no fue manejado y aplicado exclusivamente por un aparato estatal centralizado sino también por la agresividad y la energía de los jóvenes estudiantes chinos durante la Revolución Cultural o los miembros de la Liga Juvenil de *TANU* durante la *ujamma* (Chau, 2014; 115). Los

funcionarios estatales y los jóvenes militantes tanzanos interpretaron e inyectaron un sabor maoísta a las políticas de desarrollo basado en la *ujamaa* lo que demostraba el amplio alcance que había logrado del modelo socialista chino entre los cuadros y amplios sectores populares y juveniles tanzanos. Los imaginarios políticos maoístas y tanzanos privilegiaron la espontaneidad revolucionaria y también exhibieron una serie de contradicciones similares como el choque entre una tendencia hacia la apertura descentralizada y un impulso hacia la centralización y la aplicación de una autoridad desde los comités centrales del partido hacia la sociedad. En última instancia, tanto los proyectos socialistas chinos como los tanzanos adoptaron una forma híbrida que combinaba la planificación estatal difícil de manejar y un aparato de partido fuertemente ideologizado (Lal, 2014; 98-100).

La iniciativa de Tanzania tomó prestados elementos simbólicos e ideológicos propios al modelo de desarrollo chino, invocando sus hitos históricos como la Larga Marcha y la Revolución Cultural y recurriendo a temas clave del maoísmo como la autosuficiencia, la política de masas y la primacía campesina. Esto fue posible por la amplia circulación de recursos culturales, políticos y económicos, modismos y conceptos maoístas entre sus funcionarios estatales, la juventud y otros públicos más amplios. Uno de estos recursos fue el Pequeño Libro Rojo de Mao que a finales de la década de 1960 se había traducido en ediciones muy baratas al inglés y swahili en los principales periódicos tanzanos como *The Nationalist*, y las copias de las Citas se almacenaron en la Biblioteca Central Nacional que abrió en diciembre de 1967. El Pequeño Libro Rojo de Mao influyó en los funcionarios del partido político gobernante de Tanzania, TANU y también captó la atención de jóvenes e intelectuales en ciudades como Dar es Salaam (Lal, 2014; 96-97). La influencia del modelo socialista chino en la *ujamaa* tanzana se respondió también a la circulación durante el periodo de 1964 a 1975 de una amplia gama de personas y recursos entre los dos países. La relación chino-tanzana fue fluida pero asimétrica. Las misiones diplomáticas y los grupos de estudiantes de Tanzania realizaron múltiples visitas a República Popular China como también sucedió con Cuba y Unión Soviética, pero China inundó a Tanzania con docentes, médicos, apoyo tecnológico, ayuda monetaria, producciones culturales y una variedad de otras formas de colaboración y asistencia unilateral. Los actores tanzanos en lugar de absorber pasivamente esta ayuda y cultivar una posición de dependencia económica e ideológica de China fueron incorporando y transformando estos recursos chinos para forjar su

propio proyecto de socialismo africano (Lal, 2014; 97). Materialmente, solo en 1964, el año de su creación como estado, China proporcionó a Tanzania una ayuda de 45.5 millones de dólares de la época lo que representaba casi la mitad del total de su ayuda anual al continente africano. En 1965, Nyerere y Zhou Enlai firmaron un tratado de amistad de diez años que certificó a Tanzania como el mayor receptor africano de asistencia económica china, y a su vez China se convirtió en el donante más importante para Tanzania. La Fábrica Textil Urafiki (Amistad), cuyas operaciones fueron organizadas y guiadas por gerentes y expertos técnicos chinos (Lal, 2014; 101). Una gran granja estatal (Ruvu) a las afueras de Dar es Salaam, una de las varias excepciones a la política de Nyerere de agricultura a pequeña escala a nivel de aldea, dependía de los tractores chinos y otros equipos, así como del trabajo de los asesores y trabajadores agrícolas chinos. La creación de una línea marítima conjunta, cuyos buques recibieron nombres como *Asia / África*, la construcción del ferrocarril Uhuru (Libertad) (Lal, 2014; 104). Estas formas de ayuda altamente visibles fueron acompañadas por donaciones regulares de libros y equipos de radio, empresas cooperativas que reforzaron el compromiso de solidaridad entre los dos países.

7.4.2 La asistencia china en la medicalización.

Desde el comienzo de la independencia Tanzania en 1961 la cooperación médica china impulsó la medicalización revolucionaria operando sobre cinco áreas de trabajo que fueron: la formación de personal médico en China, la planificación sanitaria nacional donde hubo una amplia influencia de la experiencia y la ideología maoísta en la movilización de la población, la formación de trabajadores y auxiliares sanitarios en el propio país africano, la medicalización de la soberanía económica con la construcción de tren Tan-zam y la reivindicación de las farmacopeas tradicionales. A continuación los repasamos más detenidamente.

Un primer e importante espacio de la asistencia médica china a Tanzania fue la formación de personal médico tanzano en las universidades del país asiático. Los estudiantes de medicina que Tanzania envió a la República Popular China cubrían periodos de formación de seis años (uno de aprendizaje del idioma chino y cinco de entrenamiento médico). Durante ese tiempo asistían por lo menos durante un semestre a un curso de acupuntura porque el sistema de educación médica maoísta combinaba la medicina occidental y la medicina china (Djukanovic and Mach, 1976; 40). El hospital

médico debía, según la reglamentación gubernamental, incluir una sección de medicina tradicional, por lo que los estudiantes africanos aprendían medicina tradicional china y las prácticas meditativas de *qigong* y *taijiquan*. Algunos de ellos regresaron a Tanzania transformados, con una actitud completamente diferente respecto a la medicina tradicional que comprendían que no tenía por qué ser atrasada o supersticiosa (Hsu, 2007; 120). También la cooperación médica cubana ofreció la formación académica en sus facultades, como los soviéticos, a los estados africanos. Hasta la primera década del siglo XXI, las universidades de medicina cubana habían recibido estudiantes provenientes de 31 países africanos mientras que su cooperación en terreno abrió escuelas de medicina en Yemen (1976), Etiopía (1984), Uganda (1986), Ghana (1991), Gambia (2000), Guinea Ecuatorial (2000) y Guinea Bissau (2004) (Huish and Kirk, 2007; 82).

Un segundo ámbito de la asistencia médica de China se dirigió a la planificación de un sistema de salud dirigido especialmente a la población rural. La influencia ideológica maoísta en la propuesta de medicalización tanzana reforzó la movilización popular, la rebaja de la carga tecnológica y la atención prioritaria a las zonas rurales como también reflejaron las medicalizaciones revolucionarias de otros estados africanos¹²⁰. Los cinco puntos que proponía la *Declaración de Arusha* (1967) para construir una vía propia para el socialismo africano eran, el desarrollo rural, la eliminación de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad, el desarrollo de organizaciones cooperativas, la participación de colectividades locales (autosuficiencia) y la liberación y el desarrollo social. Los requisitos previos para el desarrollo, como venimos señalando, se encontraban en el pueblo, la tierra y los buenos gobernantes lo que difería de la idea de proletarización urbana propuesta por el modelo soviético y estaba mucho más cerca del desarrollo de una sociedad rural y agraria que proponía el modelo chino maoísta. El Plan Nacional de Desarrollo estuvo centrado en la descentralización, la movilización de la población reagrupada dentro de la *ujaama* y la creación de comités de planificación en aldeas, barrios y distritos. Entre 1972-1973 el gobierno de Nyerere destinó el 70% al

¹²⁰ La importancia de las medidas sanitarias además del cuidado a su salud también respondía al valor de la población como principal recurso nacional por ello la importancia también de los procesos de movilización política, la educación de la comunidad, los saberes terapéuticos locales. La población aparecía como un recurso a diferencia de las políticas de control de la natalidad donde aparecía como un problema.

objetivo de impulsar un desarrollo rural centrado en la salud, el abastecimiento de agua potable y la enseñanza primaria gratuita (Djukanovic and Mach, 1976; 75).

El interés prioritario dado a la salud por el gobierno tanzano lo replicaron también otros estados africanos como Ghana, Sudán y en países con revoluciones socialistas en marcha como Cuba¹²¹. En todos estos casos los estados se enfrentaban a la necesidad histórica de responder a las necesidades sanitarias de una población eminentemente rural (Gish, 1975). La institución sanitaria más importante en la medicalización revolucionaria tanzana fueron los centros de salud y los dispensarios de las zonas rurales. Por eso uno de los objetivos centrales de la planificación sanitaria tanzana, como de muchos otros gobiernos africanos, fue la construcción de una infraestructura sanitaria básica y accesible capaz de responder a la realidad social, económica y cultural del país. Como en los marcos generales de desarrollo la parte esencial de esta asistencia sanitaria también fue la agrupación de la población en la *Ujaama* porque:

"reduce la gravedad de los problemas que plantea la planificación de servicios en las comunidades dispersadas y permite una mayor cobertura sanitaria" (Benyoussef and Christian, 1977; 34).

Según Benyoussef y Christian (1977) la reagrupación de la población nativa en aldeas (8000 aldeas) permitió que el 80% de su población estuviera a 10 kilómetros de un dispensario o centro de salud. En 1973 las estadísticas señalan que desde su independencia Tanzania había puesto en funcionamiento, 105 centros rurales y 128 hospitales con 18.700 camas. La distribución de recursos entre la población supuso también que los estados africanos elaboraran censos y planificaciones sanitarias que identificaban sus necesidades para diseñar sus intervenciones sanitarias. Por ejemplo en

¹²¹La medicalización revolucionaria cubana adoptó un modelo nacional socialista caracterizado por: el papel del estado en la creación e integración de las actividades médicas dentro del órgano central que suponía el Ministerio de Salud, la consideración del derecho a la salud y la asistencia médica gratuita y completa, la asistencia económica de la Unión Soviética. La organización de la asistencia sanitaria por áreas territoriales respondió a la estrategia nacional de defensa que el gobierno cubano desplegó durante la crisis de los misiles (octubre 1962). La revolución cubana reformó la práctica de la enseñanza de la medicina abriendo diferentes centros y facultades en las comarcas del país. La medicalización cubana fue un ejemplo de planificación sanitaria nacional-estatal que cubría todos los aspectos de la práctica médica desde la formación, la asistencia, el envío de insumos médicos y la recolección estadística –gran importancia- La movilización popular fue un factor importante pero no llegó a la intensidad de los médicos descalzos chinos, o las propuestas de Tanzania, centrándose más en los aspectos de educación sanitaria de la población rural. (Djukanovic and Mach, 1976; 57-65)

Sudan (Idriss, Lolik, Khan and Benyoussef, 1976), Niger y Ghana (Benyoussef and Christian, 1977). El principio de autosuficiencia central en la *Declaración de Arusha* supuso que “los habitantes de los poblados construyen los puestos de salud y los dispensarios y el gobierno facilita los materiales, equipos y servicios que no se puedan obtener en la localidad” (Benyoussef and Christian, 1977; 34). Los centros de salud y los dispensarios de las zonas rurales desarrollaron tres tipos de actividades, labores de diagnóstico y tratamiento que eran responsabilidad de un asistente médico; asistencia materno-infantil ofrecida por una partera local que tenía a su cargo las tareas de planificación familiar y nutrición, y la higiene rural que incluía tareas de prevención de la enfermedad, promoción y educación de la salud que la llevaban a cabo los auxiliares sanitarios (Benyoussef and Christian, 1977, 36).

Estrechamente relacionado con la influencia china en la planificación sanitaria tanzana encontramos un tercer ámbito de asistencia en la formación de los trabajadores comunitarios de salud. Esta fue una de las actuaciones que más aproximó la medicalización popular tanzana a la experiencia médica de la revolución maoísta caracterizada por la creación de los conocidos como “médicos descalzos” cuya expresión particular en el contexto tanzano supuso enfrentar la herencia colonial de los auxiliares sanitarios. En 1951 el gobierno central chino acercó la atención sanitaria básica a las zonas rurales. Para ello movilizó a la población y organizó un cuerpo médico rural destinado a tareas de asistencia básica y prevención de epidemias, donde destacó la campaña popular contra la balaria, que recibió el nombre común de “médicos descalzos”. En 1957 había más de 200.000 “médicos descalzos” que suministraban una atención sanitaria básica principalmente en las áreas rurales. Su formación estaba alejada de la educación médica flexneriana recibida en las escuelas médicas ligadas al hospital y la universidad. La formación de los médicos descalzos respondía a períodos de formación de tres, seis meses o un año donde recibían enseñanza biomédica y tradicional. Tras este tiempo regresaban a sus pueblos de origen como “médicos descalzos” donde desarrollaban especialmente labores de prevención, educación sanitaria y suministro de tratamiento básico. El gobierno central chino dejaba su gestión

en manos de las administraciones locales (Weiyuan, 2008)¹²². El modelo de los “médicos descalzos” funcionó también en otros contextos nacionales caracterizados por procesos de revolución populares como el de Tanzania de Nyerere. En el caso tanzano la formación de los trabajadores comunitarios de salud duraba dos años y sus misiones eran también de otros dos años en áreas rurales. La selección y el examen para acceder a la capacitación como trabajador sanitario era responsabilidad de miembros del *TANU* quienes también tenían la responsabilidad de ascender desde *Ayudante Médico Rural* a *Asistente Médico Rural*. Los *trabajadores comunitarios de salud* denominados Ayudantes médicos de la Aldea eran seleccionados en las aldeas entre quienes habían completado la educación primaria y recibían seis meses de formación en asistencia primaria y materno-infantil después de los cuales eran destinados a una aldea donde su trabajo no era remunerado sino considerado como una contribución al esfuerzo comunitario (Young, 1984; 130). La formación de los Health Care Worker en Tanzania dialoga con el estudio de los “tribal dresser” o auxiliares sanitarios que John Illife analizó para los estados de Kenia (modelo capitalista y libre mercado en el suministro de servicios sanitarios), Uganda (donde en la región de Meckelele había un importante centro de formación de médicos que funcionó en el contexto de la dictadura de Idi Amin) y Tanzania donde los médicos fueron degradados en favor de sus auxiliares por razones prácticas ante la gran carestía de los primeros. Inicialmente se consideró que la formación de los asistentes médicos era un remanente del colonialismo que suministraba un tratamiento discriminatorio y de “segunda clase” a los africanos (Young, 1984; 130). Los auxiliares sanitarios se multiplicaron en Tanzania adecuados a cada tipo de especialidad médica. La formación dada incluyó una serie de trabajos para la comunidad con el objetivo de crear un hombre socialista que muchas veces fueron comprendidos más como labores punitivas¹²³ (Young, 1984; 131). Los gastos de viajes, formación y fármacos corrían a cargo de la aldea. Los miembros de la comunidad identificaban y resolvían sus problemas de salud y los servicios de salud estaban descentralizados en línea con los principios de la Declaración de Arusha por lo que las

¹²² Desde finales de la década de 1970 el sistema de médicos descalzos se debilita por la privatización del sector agrícola y el cobro por la atención médica (políticas de control familiar de un solo niño) y en la década de 1980 se desmanteló como resultado de la liberalización económica (Weiyuan, 2008; 915).

¹²³ La asistencia médica deja de buscar la creación de un tipo de *trabajador tropical* cuya fuerza sirviera a los intereses de la administración o la economía internacional para construir ahora un tipo de trabajador nacional-revolucionario cuya fuerza sirviera para la construcción de un estado socialista.

decisiones fueron mayoritariamente adoptadas por los propios habitantes de las regiones, distritos y aldeas. El Informe de *Necesidades Fundamentales en Salud* indica un incremento de 74 médicos en 1961 a 578 en 1972. En 1961 no había ayudantes médicos y en 1972 había 35. En 1961 había 22 médicos auxiliares y en 1972 había 140. En 1974 el 3% del producto interior bruto se dirige a la salud. Los auxiliares o trabajadores de salud fueron replicados en otros contextos políticos como América Latina (Morgan, 1993). En todos estos casos los estados se enfrentaban a la necesidad histórica de dar respuesta a las necesidades sanitarias de una población eminentemente rural¹²⁴. Centralidad de la prevención las cuestiones materno infantiles y el parto con personal nativo.

Otra cuarta influencia fue la de los médicos chinos que trabajaron en el proyecto ferroviario de TAZARA que eran empleados del Ministerio de Ferrocarriles, no del Ministerio de Salud, y trabajaron en Tanzania en períodos de uno o dos años, durante la construcción del ferrocarril de Dar es Salaam a Lusaka entre 1965-1976. El objetivo de esta asistencia médica ofrecida por la República Popular China era el de garantizar la salud de los trabajadores ferroviarios chinos, pero también trataron a población local (Hsu, 2007; 115). La decisión de construir el ferrocarril surgió de una solicitud directa del presidente de Zambia, Kenneth Kaunda, secundada por su homólogo tanzano, Julius Nyerere. China concedió un préstamo sin intereses de 405 millones de dólares que representó entonces la mayor asistencia económica que daba un país comunista a un estado africano (Hull, 1972: 50). La construcción del tren fue parte de una estrategia en favor de una soberanía económica tercermundista y de la lucha contra el apartheid.

¹²⁴ Las medicalizaciones revolucionarias en África, como el caso de Tanzania demuestra, enfrentaron la herencia colonial con su olvido de la salud rural, la construcción de unos servicios de salud urbanos para las élites. Por su parte, los estados latinoamericanos con una estructura de estado más consolidada dirigieron esfuerzos notables a la participación comunitaria. Como en Mozambique y en otros estados africanos los estados latinoamericanos impulsaron políticas sanitarias que extendieron a las áreas no atendidas los servicios básicos de salud (como inmunización, salubridad, planificación familiar y vigilancia de la nutrición) y fueron pioneros en el uso de la participación comunitaria para promover la salud (Morgan, 1993). Desde mediados de 1970 los estados de América Latina fueron especialmente activos en la participación comunitaria en salud al animar a las comunidades rurales a trabajar juntas con el estado para el diseño de sus programas de promoción de la salud. Estos estados habían sido históricamente fuertemente medicalizados a través de las actuaciones locales y también internacionales de la PAHO o la Fundación Rockefeller. Las medicalizaciones nacionales en América Latina fueron pioneras en lanzar los programas de atención primaria en salud que comenzaron en 1969 en Panamá (La Forgia 1985:56; Morgan, 1983; 62-63) y los cuerpos de participación fueron planeados a principios de la década de 1970 en Perú y Chile bajo el Presidente Salvador Allende y algo más tarde en Colombia (Morgan, 1983; 63)..

Tanzania firmó un acuerdo con China y Zambia para desarrollar el enlace ferroviario más largo del país en 1965 después de que el Banco Mundial y otros potenciales donantes rechazaran las solicitudes de inversión de Tanzania y Zambia. La línea ferroviaria TAZARA muestra el alcance de la relación chino-tanzana durante este período y cómo dialogaron con las ideas e iniciativas de un Tercer Mundo dirigidas a alcanzar y preservar la soberanía económica nacional y el compromiso internacionalista (Berger, 2004). En este espíritu, el proyecto ferroviario de TAZAR promovía el regionalismo, un pilar del panafricanismo, como una herramienta económica en la búsqueda más amplia de una autonomía geopolítica e ideológica dentro de las tensiones propias de la Guerra Fría y la lucha contra las formaciones imperialistas en el continente africano (Chau, 2004; 115). En este sentido la construcción del ferrocarril y sus objetivos políticos y económicos dialogan ampliamente con las posturas políticas que desde Latinoamérica había impulsado la CEPAL en relación a la transformación de las relaciones económicas centro-periferia y la reivindicación de un Nuevo Orden Económico Internacional (Amin, 1989)¹²⁵. Además, la labor de combatir el colonialismo formal y el apartheid en el sur de África fue inseparable del proyecto de fortalecimiento de los lazos económicos regionales con los estados vecinos, como Zambia, que de otro modo dependerían del comercio con Rhodesia y Sudáfrica. TAZARA fue un elemento clave del esfuerzo para derribar a los regímenes de Rhodesia y Sudáfrica. La construcción del ferrocarril TanZam trataba de conectar el rico cinturón de cobre de Zambia con el puerto costero tanzano de Dar es Salaam para evitar así atravesar Suráfrica. El apoyo chino a esta iniciativa canalizado a través del envío de dinero, tecnología, técnicos, trabajadores, médicos buscaba beneficiar a las economías tanzana y zambiana, ayudar a las luchas de liberación en el sur de África y comprometer la economía del régimen del apartheid; todo ello reforzaba las credenciales y el

¹²⁵ Las medicalizaciones revolucionarias reflejaron y contribuyeron a construir los principios del NOEI porque la red de medicalización revolucionaria apostó por una menor dependencia de la carga tecnológica, más cercanía y atención a las necesidades de la población local, el reconocimiento de las terapias, conocimientos y habilidades locales y la capacidad de las comunidades de identificar sus necesidades e intervenir para mejorar la salud y el bienestar de su comunidad y la responsabilidad del estado por cuidar la salud de su población (Walt, 1998;142) .

liderazgo anticoloniales de la República Popular China a través de vías diferentes al apoyo militar dado en el periodo anterior (Lal, 2014; 105)¹²⁶.

Una quinta y última asistencia sanitaria china operó en respuesta al interés que sus equipos médicos mostraron por las farmacopeas locales, lo cual impulsó una serie de movimientos dentro de la OMS. El tratamiento médico que la China socialista dio a la propia materia médica local encontrada en Africa se convirtió en un modelo para que otros países implementaran programas de medicina tradicional basados en farmacopeas locales (Hsu, 2007; 116). La colaboración china permitió que las plantas medicinales africanas se registraran e investigaran de acuerdo con los criterios de la materia médica china y muchas veces bajo la dirección personal de expertos chinos¹²⁷. Etnomédicamente hablando, la flora y fauna tropical de Tanzania interesó a los expertos farmacólogos chinos por su riqueza y su alto contenido de principios activos que su población usaba para luchar contra dolencias menores, problemas mentales y enfermedades graves como la malaria. La Unidad de Investigación de Medicina Tradicional del Hospital Muhimbili inaugurada en 1974, después del fracaso de la iniciativa china de finales de la década de 1960 trató de planificar una política de recolección de plantas entre los oficiales médicos (Iliffe, 1998; 211). Aunque el Programa Nacional de Tanzania introdujo el estudio de las hierbas locales no incluyó curanderos tradicionales porque cobraban o esperaban regalos (Benyoussef and Christian, 1977; 197). La estrecha colaboración con China contribuyó a que la farmacopea nacional terminara siendo un tema prominente en Tanzania (Hsu, 2007; 117). Sung Lee señala la influencia que también tuvo China en las reclamaciones que

¹²⁶ Desde 1982 el ejército surafricano como parte de la desestabilización de Mozambique atacó a sus servicios sanitarios (Nicaragua). El ataque a las unidades de atención primaria de la salud, el secuestro y asesinato de los trabajadores de salud y la destrucción de los medios de transporte como parte del apoyo que el gobierno surafricano ofreció al movimiento rebelde intentaba sabotear su política sanitaria-la medicalización como objetivo bélico. Los efectos de las consecuencias económicas de la guerra, el desplazamiento forzoso de cerca de un millón de personas y la destrucción o interrupción de los servicios de salud empeoraron la salud de la población de Mozambique (Cliff and Noormahomed, 1988).

¹²⁷ Aunque las farmacopeas occidentales tradicionales tienen la misma estructura, parece que la OMS aprobó el modelo chino. En general, primero se identifican por sus nombres indígenas y por el nombre en latín que indica su género y especie linneanos, lo que hace posible una identificación confiable de sinónimos. Luego, se enumeran sus atributos indígenas, que incluyen, por ejemplo, información sobre su sabor, como si eran amargos o dulces, o sobre sus efectos, si se estaban enfriando o calentando. Luego sigue una lista de sus usos terapéuticos más comunes, que se basa indiscriminadamente en términos indígenas y biomédicos aprendidos y populares para cualquier tipo de dolencia, síntoma o enfermedad. En algunos casos, se ha realizado un esfuerzo considerable para identificar las sustancias activas en la planta, aislarlas y purificarlas (Hsu, 2007; 116).

los delegados africanos de Alto Volta (actual Burkina Faso), Nigeria, Guinea y Congo Brazzaville realizaron en la Asamblea de la OMS de 1967 y 1968 al requerir a la División de Farmacología y Toxicología de la OMS el análisis químico de las plantas tradicionales usadas en sus terapias médicas con el objetivo de revalorizar su conocimiento. Durante las Asambleas Mundiales de Salud de 1973 y 1974 los delegados africanos de Benín, Congo, Guinea, Camerún y Malawi reivindicaron su medicina tradicional como una afirmación positiva de sus terapias frente a la superioridad del conocimiento biomédico llegando la medicina tradicional a ser una categoría propia en el Informe de la OMS de 1976-77. (Lee, 1997: 38). Todas estas influencias y diálogos entre los estados africanos recién independizados y la República Popular China permitieron desarrollar una línea de reivindicaciones médicas anti-flexnerianas que reforzara los saberes locales (anti-flexneriano).

7.5. Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos visto la creación en el contexto histórico de la Guerra Fría de procesos de medicalización revolucionarios que desplazaron el uso de la biotecnología e introdujeron una serie de cálculos y estrategias médicas para atender la salud de la población rural. Estos procesos desafiaron la medicalización internacional representada por la erradicación que repasamos en el anterior capítulo. En gran medida este desafío respondió al hecho de que las medicalizaciones revolucionarias, fueron estrategias fuertemente ideologizadas, que persiguieron en el caso africano construir un estado post-colonial como ejercicio de un “derecho al estado”. La medicalización revolucionaria recuperó elementos olvidados o desplazados que habían caracterizado la historia de la medicina como eran: las capacidades y los saberes médicos locales, la atención y construcción de centros de salud rurales como referentes de la atención sanitaria, el alejamiento de la intervención mediada por la alta carga biomédica propia y la consideración del papel de la población como agente de salud capaz de identificar y actuar en respuesta a sus problemas sanitarios. Por todo ello, estas medicalizaciones revolucionarias supusieron, como veremos en el siguiente capítulo con más atención, el surgimiento de unas estrategias de Atención Primaria en Salud que reunieron un conjunto de relaciones y transformaciones centradas en suministrar atención médica a la población rural. De este modo, las medicalizaciones revolucionarias africanas fueron un tipo concreto de ataque al poder médico internacional que planteó diversas vías locales

para alejarse de la intervención biomédica internacional y las planificaciones sanitarias de las potencias hegemónicas (Unión Soviética, Estados Unidos o las antiguas metrópolis europeas). Un aspecto histórico característico de este proceso fue la influencia de la experiencia médica de la República Popular China cuya estrategia maoísta de medicalización del estado difirió de la Unión Soviética en aspectos como, la movilización de la población, el papel de la burocracia sanitaria, la formación médica (antiflexnerista), el peso de la tecnología en la atención médica y la relevancia de la cooperación médica en su política exterior.

En el siguiente capítulo veremos cómo las medicalizaciones revolucionarias comenzaron a llamar la atención de los expertos médicos internacionales y fueron dando forma a un poder médico estandarizador que desplazó la naturaleza revolucionaria de las medicalizaciones nacionales. El proceso que estudiamos sucede durante la década de 1970 e inicios de 1980 siendo la Conferencia de Alma-Ata el factor determinante de su concreción.

OCTAVO CAPÍTULO

8. La contra conducta médica como poder internacional.

8.1. Introducción.

En este capítulo profundizamos en los dos movimientos que caracterizaron la respuesta histórica al poder médico revolucionario y la consiguiente construcción de la Atención Primaria en Salud como un tipo de *excelencia médica*. El primer movimiento sucedió por la asimilación que hicieron los expertos de la OMS, y de las dos potencias de la Guerra Fría, la Unión Soviética y los Estados Unidos, de los procesos de medicalización revolucionarios, lo que contribuyó decisivamente a la celebración en 1978 de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS y celebrada en la ciudad de Alma-Ata (Kazajistán; Unión Soviética). El segundo movimiento surge del propio resultado de esta Conferencia, que redujo el alcance de las medicalizaciones revolucionarias basadas en las estrategias de atención sanitaria y la movilización de la población, para desplegar un tipo de poder o contra-conducta médica internacional, que normalizó las experiencias de medicalización revolucionarias a favor de la internacionalización de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). La APS arrebató temporalmente la autoridad histórica que los expertos médicos internacionales habían desplegado en base a la superioridad de un conocimiento biomédico. Sin embargo, como veremos a lo largo del capítulo, esto supuso también disolver la naturaleza política de las medicalizaciones revolucionarias y presentarlas como un tipo intervención técnica desconectada de su significado histórico y político. Estos dos movimientos posibilitaron la producción de una *excelencia médica* que transformó un poder médico revolucionario a un poder médico estandarizado. A continuación los repasamos.

8.2 Los expertos médicos y la contraconducta médica internacional.

Durante su juventud los responsables de la OMS conocieron el fracaso de los programas verticales, lo que reforzó su interés por las experiencias de planificación sanitaria que estaban desarrollando los estados post-coloniales y latinoamericanos (Litsios, 2002; 717). Este interés impulsó que el Doctor Halfdan T. Mahler, director general de la OMS desde 1973 a 1988, creara en 1972 la *Unidad de Fortalecimiento de*

los Servicios de Salud cuya coordinación recayó en el Doctor Kenneth N. Newell, que desde 1967 a 1972 había dirigido la investigación de la *OMS Research in Epidemiology and Communications Science*. El trabajo del Doctor Newell en el nuevo departamento se dirigió a, recoger, analizar y tratar de estandarizar un conocimiento sobre salud pública centrado en las experiencias locales de atención sanitaria (Litsios, 2002; 710). Un trabajo que recuperaba el interés por la planificación sanitaria, los enfoques de salud pública, la medicina social y la higiene rural que fueron desplazados durante la Guerra Fría de la OMS por la prioridad dada a la lucha contra la enfermedad. Además diversos expertos de la OMS, investigadores, médicos socialistas y cristianos¹²⁸ mostraron un especial interés por estudiar los procesos de medicalización revolucionarios que estaban teniendo lugar lo que permitió realizar un análisis comparado de las diferentes experiencias que fueron publicando desde comienzos de la década de 1970 en la revista académica *Social Science & Medicine* donde se subrayaron la importancia que tuvieron las posiciones ideológicas y los contextos políticos y económicos para el desarrollo de una estrategia de APS; libros como *Donde no hay Doctor* de David Werner, cuya primera edición fue publicada en 1970, que desde un formato cercano al manual presentaron una propuesta de atención médica en contextos rurales desatendidos; los estudios desarrollados desde organismos internacionales como *Distintos medios para atender las necesidades en salud en los países en desarrollo* que realizado por investigadores de la UNICEF y la OMS reunía una serie de investigaciones y evaluaciones sobre diferentes experiencias de medicalización revolucionarias con el objetivo de proponer un modelo normalizado de APS que recuperara elementos como, el centro de salud, el trabajador sanitario o las farmacopeas tradicionales (Djukanovic y March, 1976). También durante la década de 1970, además de estas publicaciones, se desarrollaron foros y encuentros internacionales que recuperaron y analizaron diferentes experiencias de medicalización revolucionarias (OMS/UNICEF, OMS-Afro, OMS-Asia y PAHO; Morgan, 1993; 63). Por ejemplo, la oficina de salud de la OMS en África organizó en 1977 la *5º International Conference on Social Science and Medicine* en Nairobi (1977) donde analizó diferentes aspectos sanitarios de las políticas de Tanzania, Mozambique, Etiopía, Ghana, Sudan y las resistencias planteadas por la población que

¹²⁸ Expertos sanitarios internacionales de la talla de March y Djukanovich, David Newell, Oscar Gish o Vicenç Navarro.

sufría el apartheid en Suráfrica. Entre las experiencias analizadas destacaron las relacionadas con: la integración de la APS dentro de las estrategias nacionales de desarrollo, la centralidad dada al centro de salud y la participación comunitaria, el valor de los trabajadores comunitarios de salud, los conocimientos locales y la medicina tradicional o las necesidades específicas de la asistencia al parto en el ámbito rural (Bichmann, 1979; 177). Un elemento también relevante fue el valor dado a la recuperación de los saberes tradicionales que la oficina regional de la OMS en África presentó en su Informe *The Promotion and Development of Tradicional Medicine* (OMS, 1978). La PAHO también publicó una serie de trabajos, que interesados en las experiencias latinoamericanas de la APS, concedieron un valor central a la *participación comunitaria*. Igualmente la APS y los enfoques alternativos fueron la línea central de las conferencias y las reuniones de trabajo que organizaron la OMS y UNICEF durante 1976 -1978 y que permitieron elaborar el documento principal de la *Conferencia de Salud Para Todos en el 2000*. Todos estos esfuerzos y publicaciones hicieron que muchos de los asistentes a la Conferencia de Alma Ata (1978) conocieran con antelación su contenido principal lo que facilitó su aprobación (Cueto, 2006; 40).

En común los trabajos nombrados, desarrollados durante la década de 1970, se fueron elaborando con el mismo interés de documentar y evaluar las medicalizaciones revolucionarias consideradas como experiencias locales de APS con el objetivo de internacionalizar un modelo o estrategia común que impulsara internacionalmente procesos de medicalización nacionales. Para el Doctor Newell el objetivo perseguido era: “saber por qué estas experiencias triunfaban en algunos sitios o fracasan en otros” (Litsios, 2002; 717). Los trabajos y estudios fortalecieron la creación de una red de medicalización tercermundista que relacionó diversas experiencias internacionales subrayando sus logros y apuestas médicas, dentro de una referencia clara al contexto político e ideológico, la herencia colonial y al abandono de la población rural. Así las investigaciones pusieron en común la planificación sanitaria basada en la Ujamaa de Tanzania con la de otros estados africanos, sus farmacopeas, las terapias tradicionales de la medicina ayurvédica de la India, la medicina de Guatemala y las terapias indígenas, la planificación del estado en Cuba, la aparición, formación e integración del *trabajador comunitario en salud* en diferentes estrategias sanitarias locales como en China y en otros estados africanos, las nuevas tecnologías de comunicación en Níger y

el caso de la salud materno-infantil en Nigeria y en otros territorios (Djukanovic y March, 1976).

En torno a la APS se fue creando por tanto una red que incorporaba nuevos actores como: la Comisión Cristiana, expertos sanitarios internacionales y académicos que comprendieron la APS como una estrategia médica anti-imperialistas que jugaba un importante papel en la transformación de las relaciones internacionales. Según Marcos Cueto la revista *CMC Contact* fue la primera en usar el término “atención primaria en salud” (primary health care) al interesarse por la actuación de los trabajadores rurales comunitarios que atendían a la población a través de sencillos métodos médicos y equipados con medicamentos esenciales¹²⁹. El director general de la OMS, el Dr Halfdan Mahler pidió en 1974 a la *CMC* presentar su trabajo de salud comunitaria en los países en desarrollo a los directores de la OMS (Cueto, 2006; 30)¹³⁰.

El interés de esta red, creada para impulsar el diseño de una estrategia de APS, era desplazar un poder médico internacional, sustentado en la importancia dada a la carga tecnológica y centrado en la lucha contra la enfermedad, para reforzar procesos más autónomos y cercanos a una asistencia sanitaria más completa; sin embargo se terminó desplazando el poder médico revolucionario. Es decir, la paradoja fue que las experiencias locales, propias al despliegue de un poder médico revolucionario, fueron estandarizadas con el objetivo de transformar la autoridad médica internacional pero en ese proceso perdieron su naturaleza revolucionaria. Esta preocupación continuó después de la Conferencia de Alma-Ata porque los expertos siguieron evaluando la aplicación, beneficios y límites de las experiencias de la APS. Para algunos estudios los conocimientos liderados por los expertos de la OMS desplazaron la importancia que los contextos políticos habían tenido en la planificación y el funcionamiento de la APS (Navarro. 1984).

¹²⁹ En la creación de esta red también influyó la aparición de estudios desarrollados dentro de las sociedades occidentales como fue el Informe Lalonde (1974) del Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, que creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud (Cotanda, 1994)

¹³⁰ Según David Tejada, coordinador de la Conferencia de Alma Ata, el nombre de Atención Primaria en Salud fue resultado de una mala traducción de la palabra inglesa *care* como atención cuando realmente se acercaba más al significado de cuidado (Tejada, 2003; 3)

A continuación profundizamos en la actuación que hicieron los expertos médicos de la Unión Soviética y Estados Unidos que estuvo íntimamente ligado a la pérdida del poder médico revolucionario en favor de un modelo estandarizado de Atención Primaria en Salud.

8.3. El último intento de la Unión Soviética por hacerse con el poder medico internacional.

El Dr. Dimitri Venediktov, delegado de la Unión Soviética en la OMS, propuso en la 23ª Asamblea Mundial de la Salud (1970) celebrar un debate en torno a "los principios científicos o racionales en los que debían basarse el desarrollo de un sistema nacional de salud pública" (Litsios, 2002, 713). La resolución WHA23.61 aprobó esta petición y solicitó estudiar los "Principios Básicos para el Desarrollo de Servicios de Salud" en reflejo del mandato de la constitución de la OMS¹³¹. Meses después, en enero de 1971, la junta ejecutiva de la organización seleccionó "el estudio sobre los métodos de promoción de los servicios básicos de salud" como programa de actuación¹³². El Doctor Newell¹³³, director de la recién creada *División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud* (1972), fue el responsable de conducir y entregar en 1973 el estudio "*Methods of Promoting the Development of Basic Health Services*" donde afirmaba que el enfoque de la OMS para los servicios básicos de salud había fracasado desde 1950 lo que había causado la desconfianza de pacientes y profesionales (OMS, 1973). Venediktov criticó el estudio porque no definía cuáles eran los requisitos mínimos que debían tener los servicios de salud y desatendía el valor de las experiencias demostradas por los estados socialistas y la Unión Soviética a la hora de construir "un modelo de

¹³¹ Esta resolución se relacionaba con otras anteriores como fueron, WHA 17.20, WHA 20.53, WHA 21.49 y EB 39.R35. Esta serie de resoluciones consideraron que una parte integral del trabajo de la OMS era fortalecer el desarrollo de la salud pública y la actuación de los gobiernos en el desarrollo de programas sociales, económicos y sanitarios. Durante mucho tiempo las autoridades soviéticas consideraron que la aprobación de la resolución WHA 23.61 había sido un éxito y su victoria más clara en la OMS (Litsios, 2002, 712).

¹³² Adelantando a otras peticiones relacionadas con el uso de los servicios informáticos, los sistemas de información y la gestión y la administración de la salud pública (Litsios, 2002; 713)

¹³³ Dr. Halfdan T. Mahler, era asistente del director general desde 1970 a 1973 y Dr. Kenneth N. Newell, era director de Research in Epidemiology and Communications Science desde 1967 a 1972, cuando Mahler le nombró director de la nueva División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Newell dejó la OMS a comienzos de 1977, pero antes contribuyó decididamente a la preparación de los borradores iniciales de la Conferencia de Alma-Ata (Litsios, 2002; 710).

sistema de servicios de salud que todos los estados encontrarán útil”¹³⁴. Para Socrates Litsios, las autoridades soviéticas se esforzaron por reivindicar el valor de internacionalizar su experiencia y conocimiento en la organización y planificación de un sistema de salud (Litsios, 2002). Sin embargo, el Secretario General de la OMS y muchos otros expertos de la organización consideraron que el modelo de la Unión Soviética estaba fuertemente centralizado, burocratizado y tecnologizado lo que lo alejaba de las necesidades y capacidades reales de los estados y las poblaciones post-coloniales (Brown, Cueto and Fee, 2006; 86). Por todo ello, el Doctor Mahler retrasó el desarrollo de la iniciativa soviética lo que supuso un retraso de la propia celebración de la Conferencia de Alma-Ata. Como señalamos líneas atrás, el modelo que diseñó y planificó el Doctor Nikolai Semashko para la Unión Soviética estaba ligado a una concepción flexneriana de la formación médica que reforzaba la importancia de los expertos de salud, la burocracia sanitaria, la alta carga biomédica en las intervenciones y una menor relevancia en la movilización de la población (OMS, 1963). El modelo soviético casaba mal con las aspiraciones y posibilidades de los estados postcoloniales y los intereses de los expertos de la OMS que buscaron un modelo más orientado a la población rural en línea con las experiencias históricas de la APS. Los expertos de la OMS se interesaron más por las experiencias de medicalización revolucionarias locales que comprendieron como modelos para diseñar una estrategia internacional de APS que además, como hemos señalado al comienzo del capítulo, muchos habían conocido en terreno (Litsios, 2002; 715)¹³⁵. De esta forma los soviéticos, como ya había pasado a comienzos de la Guerra Fría, fueron nuevamente desplazados; ahora no por el diseño de los programas de erradicación de la malaria y la viruela, sino por la elección de un modelo de planificación sanitaria diferente al suyo.

En este sentido, Eduardo Tejada al escribir a cerca del papel de la Unión Soviética, en sus reflexiones sobre Alma-Ata, aclara que: “la primera potencia socialista no podía permitir un triunfo de China en los países del entonces Tercer Mundo” (Tejada, 2003: 4). Es decir la Unión Soviética se resistió a la creación de una red de medicalización

¹³⁴ De hecho en 1963 la planificación sanitaria soviética había merecido un estudio específico por parte de los expertos de la OMS

¹³⁵ Por este motivo Halfdan Mahler se había mostrado reacio a celebrar la Conferencia porque no estaba totalmente de acuerdo con el enfoque soviético altamente centralizado y demasiado orientado hacia el predominio del personal profesional médico en la provisión de los servicios de salud (Brown, Cueto and Fee, 2006; 86).

tercermundista que no estuviera controlada por sus expertos. Sin embargo, aunque la Conferencia de Alma-Ata no universalizó la planificación sanitaria soviética, su celebración en una ciudad soviética fue presentada como una pequeña victoria internacional respecto a sus dos competidores, los Estados Unidos y China que fue el gran ausente de la Conferencia (Tejada, 2003; 4)¹³⁶.

8.4 Estados Unidos y el lenguaje de las Necesidades Fundamentales.

Los Estados Unidos a través del Banco Mundial liderado por su Secretario General, Robert McNamara y controlado por expertos estadounidenses lanzaron la *Agenda de las Necesidades Fundamentales* que se presentó como un nuevo lenguaje de desarrollo internacional, diferente a los enfoques más clásicos asociados a la teoría modernizadora de Rostow (Finnemore, 1997).

Cuando Robert Mac Namara alcanzó la secretaría del Banco Mundial (1968-1981) comenzó un proceso de transformación en el organismo que pasó de dedicarse a tareas de regulación financiera internacional a convertirse en una de las máximas autoridades internacionales en la construcción del lenguaje de desarrollo. Su dirección amplió las preocupaciones financieras tradicionales de la organización por un interés por el desarrollo de las infraestructuras (comunicación, transporte, energía), el desarrollo agrícola, la educación, la salud y la lucha contra la pobreza urbana¹³⁷. El Banco Mundial influyó decisivamente en las agendas y políticas internacionales de salud aunque solo el 1% de sus proyectos se dirigieran a salud, nutrición y control de población (Finnemore,

¹³⁶ Otras sedes descartadas fueron Moscú donde el Dr Venediktok comprometió una financiación de 2 millones de dólares y otros países como Irán, Egipto, Costa Rica y China (Pekín). Para Tejada las tres razones de la elección de Alma-Ata fueron que era una ciudad secundaria de provincias, la garantía de las autoridades soviéticas de cubrir los gastos financieros de su organización y la ausencia de la inestabilidad política que sufrían otros territorios (Tejada, 2003; 4).

¹³⁷ El Banco Mundial originariamente se llamó Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo. Comenzó a operar en 1946-47. Su propósito era ayudar a las economías devastadas por la Segunda Guerra Mundial principalmente las del Oeste de Europa y Japón. A comienzos de 1948 comenzó a dirigir préstamos para el desarrollo a los estados. Pero su misión fundacional junto a la del Fondo Monetario Internacional fue la de posibilitar y fortalecer internacionalmente la economía liberal. Inicialmente en 1946 con el objetivo de asistir en la reconstrucción de Europa y más tarde expandió su mandato para proveer préstamos, subvenciones y asistencia técnica a los países en vías de desarrollo. Al comienzo patrocinó grandes inversiones en capital físico e infraestructura pero luego, en los años setenta, comenzó a invertir en políticas de planificación familiar, la salud y la educación, con un énfasis en la población. (Ruger, 2005). Su apoyo a la planificación familiar se debía a que se temía entonces que la sobrepoblación reduciría cualquier avance económico que pudiesen hacer los países en vías de desarrollo (Sharples, 1995)

1997; 218). El Banco Mundial se convirtió en una autoridad internacional en la creación de los lenguajes de desarrollo gracias sobre todo a la importancia que McNamara dió a la incorporación en su organización de economistas liberales y expertos en la economía política del desarrollo procedentes mayoritariamente de las Universidades estadounidenses y vinculados al partido demócrata (Finnemore, 1997; 215)¹³⁸. El Banco Mundial impulsó un discurso de desarrollo centrado en la pobreza, entendida como una condición social y ya no sólo una característica macroeconómica del estado. Aunque sus expertos siguieran considerando que el crecimiento económico era un instrumento imprescindible para erradicar la pobreza y reducir la violencia social un nuevo lenguaje de desarrollo planteaba nuevos cálculos y estrategias para comprenderla y luchar contra ella (Finnemore, 1997; 208) .

Uno de los elementos centrales en este lenguaje fue la agenda de las Necesidades Fundamentales y el concepto del capital humano que buscaba mejorar el bienestar de la población y reforzar su fuerza productiva a través de desplegar un conjunto de intervenciones que mejoraban directa o indirectamente la vida del trabajador. El objetivo seguía siendo el crecimiento económico nacional pero ahora se proponían una serie de intervenciones para mejorar las capacidades productivas de la población postcolonial fortaleciendo o mejorando diversos aspectos de la vida como: la alimentación, la educación, la salud, la planificación familiar, la nutrición, el saneamiento (Finnemore, 1997; 215). El capital humano desplaza la figura histórica del trabajador tropical de salud que había caracterizado durante las décadas anteriores la red de medicalización de las relaciones internacionales (Packard, 1998). El capital humano como motor de la medicalización del lenguaje de desarrollo permitió romper o comprometer la relación histórica que habían mantenido la salud y el desarrollo en los programas verticales y la atención dirigida a luchar contra las enfermedades para evitar la pérdida de la fuerza laboral. La nueva agenda de las necesidades fundamentales desplegó un conjunto de intervenciones sanitarias diferentes a las verticales donde la población apareció no solo en relación a la enfermedad sino como un conjunto de variables a identificar y administrar lo que condujo a la idea de que la salud de la población podía ser desarrollada. Esta agenda de las necesidades fundamentales y el

¹³⁸ La influencia del pensamiento liberal estadounidense de los presidentes Roosevelt y Kennedy influyeron en la dirección que MacNamara dió al Banco Mundial (Milobsky y Galambos, 1995).

capital humano promovió un interés técnico por las estrategias de APS que descontextualizó su naturaleza histórica e ideológica que impulsó la publicación del Informe de *Distintos medios para atender las necesidades fundamentales de salud* donde en sus primera páginas declaraba que el interés que perseguía era históricamente novedoso al centrarse en “el descubrimiento de nuevas formas de identificar las necesidades básicas de salud y adoptar medidas preventivas y curativas sencillas” en vez de estudiar “el desarrollo de los servicios de salud ya establecidos” (Djukanovic y March, 1976; 9). El Informe además mostraba su interés específico por una serie de problemas concretos como eran:

“la malnutrición, las enfermedades transmitidas por vectores, las enfermedades del aparato gastrointestinal y las infecciones del aparato respiratorio, todas ellas resultado de la pobreza, la suciedad y la ignorancia. A ello hay que añadir las enfermedades de las madres, carencias, agotamiento debido a embarazos numerosos y seguidos, los efectos sobre los hijos antes y después del nacimiento” (Djukanovic y March, 1976; 7).

El Informe daba comienzo a una agenda de “desarrollo de la salud” que identifica objetivos concretos, grupos específicos de la población para desplegar una serie de intervenciones médicas que sin alejarse de considerar que el desarrollo económico del estado continuaba siendo el principal objetivo proponía ahora alcanzarlo a través de la administración médica de su población.

El capital humano promovió un APS caracterizada por la descontextualización de los procesos de medicalización revolucionarios y anuló la importancia que tuvieron la ideología y los procesos históricos en el surgimiento y el desarrollo de las planificaciones sanitarias tercermundistas. De esta forma, las estrategias locales ligadas al capital humano en materia de planificación sanitaria rompieron sus hilos con los procesos históricos e ideológicos que habían producido las medicalizaciones revolucionarias. Sin embargo, la publicación más relevante que relaciona la agenda de las necesidades fundamentales y la salud, y que ya hemos citado previamente, *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo* (1976) reconocía que los problemas de salud estaban relacionados con “problemas sociales como el trabajo excesivo de la mujer, el desempleo de los jóvenes, el crecimiento demográfico y la urbanización” por lo que su solución exigía “un esfuerzo

concertado en el que los servicios de salud están llamados a desempeñar un importante papel” lo que llevaba a considerar que era necesario modificar “la noción general de asistencia sanitaria” (Dubrovick y March, 1976; 15). El problema surgió porque se consideró que normalizar las experiencias de medicalización revolucionarias permitiría producir una estrategia de APS adecuada a un modelo técnicamente válido de intervención sanitaria que podía ser internacionalizado para “establecer nuevas políticas y nuevos criterios aplicables en la asistencia a los países” (Djukanovic y March, 1976: 8).

Esta descontextualización política e histórica dese plasmaba en el Informe al estudiar, desde un lenguaje técnico, una serie de ejemplos a los que daba una estructura similar. Cada estudio comenzaba repasando los datos macro y sanitarios del país, luego concedía una atención especial a la extensión de los trabajadores comunitarios de salud en contextos políticos como la movilización social y la planificación estatal de la experiencia socialista tanzana (Djukanovic y March, 1976; 65-70), el uso de las parteras tradicionales en Níger (Djukanovic y March, 1976; 88-95), la utilización de las tecnologías de comunicación en Nigeria (Djukanovic y March, 1976; 105-109). El Informe tendía descontextualizar las actuaciones sanitarias de los marcos políticos donde habían sucedido, del contexto internacional de desigualdad sanitaria y de la importancia que los principios ideológicos habían jugado en su planificación y desarrollo a diferencia que otras publicaciones e investigaciones más cercanas a la revista *Social Science & Medicine*. Todo ello hizo que el Informe presentara la APS más como un conjunto técnico de herramientas y mecanismos que podían ser trasladados para su aplicación en otros estados y territorios. Definir la APS resultaba por tanto un ejercicio técnico que perseguía producir y estandarizar un conocimiento sanitario en base a una serie de experiencias diversas como eran: las planificaciones de Tanzania, las terapias tradicionales de la medicina ayurvédica de la India, la medicina de Guatemala y las terapias indígenas, la planificación tanzana con el papel del estado en Cuba, la aparición, la formación y la integración del Trabajador Comunitario en Salud en cada estrategia sanitaria local como en China y en otros estados africanos, las nuevas tecnologías de Níger y el caso de la salud materno-infantil en Nigeria y en otros territorios (Djukanovic y March, 1976). Sin embargo el proceso de descontextualización no fue total. La internacionalización de la APS mantuvo algunos criterios propios de las

medicalizaciones revolucionarias pero abandonó otros. En el siguiente apartado lo repasamos con más profundidad.

8.5 La Conferencia de Alma-Ata y el poder médico estandarizador.

Como hemos señalado líneas atrás, la celebración de la Conferencia de Alma se demoró por el rechazo del Secretario de la OMS a las propuestas soviéticas y por la dificultad que conllevaba su propia organización (Litsios, 2002; 709). El resultado final de la misma dialoga de diferente forma con características generales de las medicalizaciones revolucionarias como eran, el papel central que tenía que asumir el estado, la importancia de la movilización de la población en materia sanitaria y la planificación de un sistema de salud nacional.

8.5.1. El refuerzo de la medicalización del estado.

La APS siguió comprendiéndose como una estrategia de medicalización asentada en unas fuertes bases ideológicas cuyo objetivo era extender la atención sanitaria a la población por medio de la planificación de los sistemas nacionales de salud, y donde la lucha por la transformación de las relaciones internacionales seguía jugando un importante papel. Así, el Doctor Mahler reforzó el papel de la actuación estatal, la importancia de los principios ideológicos y los contextos políticos cuando al inicio de la Conferencia de Alma-Ata preguntó a los representantes de los estados miembros si sus gobiernos estaban decididos a asumir el liderazgo y las reformas que requería la implantación de la APS y alcanzar el objetivo de “Salud para Todos en el año 2000”. En concreto Mahler preguntó:

¿Están listos para introducir, si es necesario, cambios radicales en el sistema de servicios de salud existentes, de modo que esto apoye cabalmente a la APS como la prioridad en la salud?

¿Están listos para enfrentar las batallas políticas y técnicas requeridas para vencer cualquier obstáculo social y económico, así como resistencias profesionales a la introducción universal de la APS? 2004, (Cueto, 2006; 39)

Para alcanzar el objetivo de “Salud para Todos en el 2000” de la Conferencia de Alma-Ata, Mahler sostuvo que la APS se debía entender como una “actividad de primera línea” y “la piedra angular para garantizar la salud esencial para todos en cualquier

sociedad” (Litsios, 2002; 722). Esta interpretación defendía combinar la APS con otras actividades como:

“alimentación, vivienda adecuadas, protección en los hogares ante insectos y roedores; agua para la limpieza y agua potable; eliminación de residuos adecuado; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia; y la prevención y el control de enfermedades endémicas locales“ (Litsios, 2002; 724).

Para eso, señaló la necesidad de que los gobiernos abordaran inmediatamente una serie de reformas necesarias y que afectaban tanto a, cuestiones internacionales, políticas y sociales locales vinculadas a la asistencia sanitaria a la población rural históricamente desatendida. Estas reformas tenían que revertir la desigualdad sanitaria, impulsar el desarrollo social y el avance en otros sectores, mejorar el acceso prioritario a los recursos de salud para quienes estuvieran en los márgenes sociales, colocar la participación comunitaria en un lugar central en la planificación, gestión y aplicación de la APS, introducir durante las dos décadas siguientes las reformas y la tecnología sanitaria adecuada y necesaria para que la población desatendida tuviera un acceso prioritario a los suministros sanitarios, combatir los obstáculos económicos, sociales y las resistencias profesionales por pérdida de autoridad y reforzar el movimiento de solidaridad internacional. Implementar la APS requería para Halfdan Mahler construir una fuerte autoridad gubernamental que fuera capaz de liderar esas transformaciones y vencer los obstáculos que pudieran aparecer (Cueto, 2006; 39).

En cierta forma este posicionamiento no se alejaba tanto de los establecidos por la Conferencia Internacional de Higiene Rural de Bandung (1937) que había defendido: descentralizar los servicios básicos de salud, introducir las políticas de salud pública dentro de los programas de desarrollo rural, reforzar el papel de la comunidad y considerar la APS como un sistema de atención sanitaria equitativo, holístico, endógeno, orientado a las necesidades y que requería la transformación de otras infraestructuras sociales (Litsios, 2002; 23). En gran medida, este movimiento internacionalista que mantuvo la línea revolucionaria dentro de la APS evolucionó a través de una serie de investigaciones que evaluaron el impacto y las posibilidades de mejorar las estrategias locales-estatales de la APS y a través de nuevas luchas como la emprendida contra los sucedáneos lácteos (Sikkink, 1986), la aprobación de la lista de

medicamentos esenciales y el uso racional de los medicamentos. El 21 de octubre de 1977 se aprueba por el primer Comité de Expertos para la Selección Medicamentos Esenciales la primera Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS Medicamento esencial (ME) según la OMS son aquellos medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud en la población. La selección viene dada por, pertinencia para la salud pública, prueba de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación a su costo (Antezana y Seuba, 2008).

8.5.2. La desmovilización de la población.

La importancia del refuerzo gubernamental y el papel del estado defendido por Halfdan Mahler y otros expertos contrastó con la desvalorización que durante la Conferencia de Alma-Ata recibieron otros aspectos centrales de las medicalizaciones revolucionarias como fueron la movilización de la población y la participación comunitaria (Morgan, 1993). Esto sucedió porque la Declaración de Alma Ata reforzó la responsabilidad individual y el papel del estado como canalizador de la participación comunitaria en salud. En esta línea definieron en 1978 los representantes de la OMS y de UNICEF la participación comunitaria en salud como derecho y responsabilidad:

[La comunidad] primero debe participar en la evaluación de la situación, la definición de problemas y el establecimiento de prioridades. Luego, ayuda a planificar las actividades de atención primaria de salud y, posteriormente, coopera plenamente cuando se llevan a cabo estas actividades. Dicha cooperación incluye la aceptación por parte de los individuos de un alto grado de responsabilidad en su propia atención médica, por ejemplo, adoptando un estilo de vida saludable, aplicando principios de buena nutrición e higiene, o haciendo uso de los servicios de inmunización. Además, los miembros de la comunidad pueden contribuir con recursos laborales y financieros y de otro tipo a la atención primaria de salud. (OMS y UNICEF 1978: 21).

Así, para diferentes investigaciones, la Declaración de Alma-Ata transformó o desideologizó la participación comunitaria al responsabilizar a la población de su autocuidado e impulsar actuaciones contrarias a la salud pública como eran la bajada de los precios del tabaco o la aprobación de ayudas para su producción (Hatch and Eng 1984). En el caso africano la participación sanitaria había sido propuesta desde enfoques ideológicos que habían movilizado la población para responder al olvido histórico de la

salud pública rural y reconocer los conocimientos y terapias desarrollados por las propias sociedades africanas, lo que supuso como vimos que la población aparecía no sólo como un ámbito de investigación y cálculo médico sino también como un espacio social producto de las capacidades y conocimientos terapéuticos. Sin embargo, como señala Lynn M. Morgan la PAHO definió la participación comunitaria de una forma más robusta y progresista que como lo hizo la Declaración de Alma Ata. Así, la PAHO acordó en 1972 con los Ministerios de Salud Americanos un plan de actuación de diez años para extender los servicios sanitarios a través del refuerzo de la participación comunitaria. El *IV Encuentro Especial de Ministros de Salud* de la PAHO (1978) definió la participación comunitaria como un proceso de formación que “capacitara para participar” y persiguiera “el desarrollo individual y social a través de operar cambios estructurales en las instituciones, las comunidades y los individuos” (PAHO, 1978; 21).

Otra crítica cuestionó que la Conferencia de Alma-Ata propusiera mejorar la salud de la población sin tocar las políticas internacionales, lo que contribuyó a descontextualizar la APS de los procesos políticos que habían acompañado su surgimiento y las reformas necesarias del cuerpo de profesionales médicos (Navarro 1984). Así, para Vicenç Navarro la APS internacionalizada por Alma-Ata se centró en un conjunto de medidas técnicas que reforzaban la actuación de las agencias internacionales y los expertos médicos sin enfrentar las políticas internacionales (Navarro 1984; 470). Como veremos en el siguiente capítulo la agenda neoliberal profundizó en esta descontextualización

Esta interpretación descontextualizada de factores históricos y políticos puso en dialo la propuesta internacional del modelo de la APS con una posición próxima al gerencialismo sanitario¹³⁹ se relacionó inicialmente con las críticas virulenta de muchos profesionales que acusaron a la APS de simplista, anti-intelectual y de dar una atención de segunda clase a los pobres que no estaba basada en la evidencia científica (Aguilar-Palacio, 2009). La comunidad médica cuestionaba así la posibilidad de alcanzar el lema

¹³⁹ Sin embargo, tras la conferencia de Alma-Ata, los países firmantes adoptaron distintas estrategias de medicalización en relación a la APS que podemos identificar con estas cinco posiciones: 1) el desarrollo de la APS en continuidad con los programas ya existentes, por ejemplo en Cuba, en zonas rurales de China o las APS de Mozambique; 2) su adaptación a partir de los sistemas existentes, desarrollado por ejemplo en los Países Bajos; 3) la innovación en países que optaron por crear una nueva estructura, como fue el caso de España, que desarrolló su actual sistema de APS (Gervás, Pérez-Fernán dez, Palomo-Cobos & Pastor-Sánchez, 2005); 4) la importación por parte del mundo de la cooperación, por medio de ONG y agencias de desarrollo; 5) la negación cuando no se llevaron a cabo medidas concretas para llevar la declaración a la práctica (Aguilar-Palacio, 2009).

de “Salud para todos en el 2000” que había impulsado la Conferencia Internacional de sobre Atención Primaria en Salud alacusar al movimiento a favor de la APS de transformar la OMS en una organización más política que médica (Cueto, 2006; 45).

8.5.3 Problematización de la APS como servicio sanitario.

Por último la comprensión de la APS no fue unívoca sino que fue entendida de diferentes formas. Muchos expertos médicos problematizaron la APS, como ya hemos señalado, desde diversos enfoques próximos al gerencialismo sanitario para producir cuatro modelos donde la APS se comprendió como: 1) la interfaz que agrupaba los servicios sanitarios y los servicios prestados a la comunidad; 2) la agrupación o integración de los servicios del Sistema Nacional de Salud (prevención, promoción de la salud, curación y rehabilitación de forma accesible para todas las personas); 3) el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud; 4) la suma de los servicios básicos de salud, la participación comunitaria y la actuación intersectorial (Huertas, 1998). Las diferencias entre defensores de un enfoque comunitario y otro centrado en los servicios sanitarios continuaron más allá de Alma-Ata (Litsios, 2002; 721). Sin embargo, la más importante problematización de la APS se produjo un año después de la Conferencia de Alma-Ata y la Declaración de “Salud para todos en el año 2000” cuando la Fundación Rockefeller organizó la Conferencia “Salud y Población en Desarrollo” (1979) en su centro de estudios de Bellagio (Italia) que marcó una ruptura trascendental con las lecciones suministradas por las de medicalización revolucionarias. Los expertos criticaron que la estrategia de la APS planteaba objetivos difícilmente alcanzables en un plazo concreto de tiempo. Durante la Conferencia se presentó y discutió el trabajo de los expertos, Julia Walsh y Kenneth S. Warren que adaptaron la APS a un modelo de intervención más limitado al que llamaron Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S) (Walsh y Warren, 1979). Su objetivo era mejorar los indicadores de salud a través de intervenciones sanitarias específicas que mejoraran los indicadores sanitarios de la población en los países en vías de desarrollo. El conjunto de estas actuaciones recibió el nombre de estrategia VRIL que agrupaba estas cuatro intervenciones: la vigilancia del crecimiento, la rehidratación oral, la inmunización y la

lactancia materna¹⁴⁰(Werner y Sanders, 1987). La Conferencia de Bellagio asumió la Atención Primaria en Salud- Selectiva como una intervención basada en un criterio de coste-eficacia para países en desarrollo (eficacia) y la UNICEF, como veremos en el siguiente capítulo, la adoptó en 1983 como parte de una estrategia para lograr una *revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil* definió perfiles epidemiológicos concretos que eran necesarios priorizar en la atención sanitaria para mejorar sus resultados de forma que se pudieran presentar objetivos claros y cuantificables que estimularan a los donantes y las agendas de desarrollo (Werner y Sanders, 1987, 45). Por ejemplo: la vigilancia del crecimiento identificaba muy tempranamente los nacidos que no crecían correctamente para lo que la solución era la nutrición adecuada; la rehidratación oral controlaba las enfermedades diarreicas infantiles a través de las soluciones farmacéuticas preparadas, la lactancia materna potenciaba el principio nutricional de los preparados sintéticos para los primeros seis meses de vida y prolongaba los intervalos entre embarazos y la inmunización apoyaba los proyectos de vacunación en edades tempranas. En la práctica la estrategia VRIL fue aún más limitada ya que muchos países restringieron sus campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral y a la inmunización, fortaleciendo con ello la dependencia biomédicas y alejándose de los enfoques sociales y políticos de la APS (Werner y Sanders, 1987, 50).

La propuesta de la *Atención Primaria de Salud Integral o Comprensiva* y la *Atención Primaria de Salud Selectiva* acrecentó las tensiones entre la OMS, UNICEF y otras agencias internacionales. En 1988, Kenneth Newell, uno de los arquitectos de la concepción primigenia de la Atención Primaria de Salud Integral, denominó en las páginas de *Social Science and Medicine* a la Atención Primaria de Salud Selectiva "una contrarrevolución" (Godlee, 1994: 1492).

8.6 Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos visto la transformación de un poder médico revolucionario en una contra conducta médica internacional. Esta transformación normalizó las medicalizaciones revolucionarias al ajustar sus estrategias a un tipo de

¹⁴⁰ En inglés GOBI siglas de; growth monitoring, oral rehydration techniques, breast-feeding, immunization

conocimiento técnico en la provisión de los suministros sanitarios a la población que desconectó la importancia que las anteriores experiencias habían dado a la transformación de los contextos históricos e internacionales. No se trató por tanto de producir y desplegar un nuevo tipo de poder médico revolucionario, sino de transformar el poder médico internacional, asentando la autoridad médica original en unas bases diferentes a las políticas centradas en la lucha contra la enfermedad.

La red internacional de la APS operó como una contra-conducta médica al cuestionar la autoridad de los expertos médicos internacionales pero no trató de anular el poder médico internacional, es decir “desmedicalizar” las relaciones internacionales sino asumir la autoridad a través de la creación de otro tipo de *excelencia médica*, vinculada al proceso de medicalización revolucionario que introduce dentro de las tensiones entre la Unión Soviética y los Estados Unidos. En el siguiente capítulo profundizamos en la evolución de este poder a través de los procesos de securitización que acompañana la extensión de una agenda neoliberal donde cobró especial relevancia la emergencia del VIH/SIDA que influye de manera decidida en la evolución del proceso de medicalización de las relaciones internacionales.

NOVENO CAPÍTULO

9. Emergencia del poder médico global.

9.1. Introducción.

En este capítulo analizamos la creación de una nueva *excelencia médica* surgida del desplazamiento de la OMS. En ello tuvo gran relevancia la aparición de la epidemia de VIH/SIDA, que participó en gran medida desde las dos últimas décadas del siglo XX, en el proceso histórico de medicalización de las relaciones internacionales. Con esta enfermedad, la medicalización de las relaciones internacionales evoluciona hacia la constitución de un poder médico global. Para ello fueron centrales tres procesos de securitización de la salud, donde los actores securitizadores relacionaron la percepción de amenaza, con tres tipos de referentes de seguridad que fueron: la seguridad humana, la seguridad nacional y la seguridad global. Estos tres procesos de securitización desplegaron tres economías políticas de la salud que muestran sus diferencias a la hora de interpretar la amenaza que la epidemia de VIH/SIDA suponía para África. Para la seguridad humana, la enfermedad presenta un conjunto de amenazas e inseguridades para la comunidad surgidas como resultado de la expansión, desde la década de 1980, de las políticas neoliberales por los estados africanos (Young, Millen, Irwin and Gershman, 2003). Para la seguridad internacional, la enfermedad suponía una amenaza específica al crecimiento económico y la estabilidad del estado post-colonial (Ostergard, 2002). Y por último, para la seguridad global la enfermedad se entendió como la punta de lanza de una serie de virus y enfermedades emergentes que amenazaban el comercio y la salud pública de los estados occidentales (Lederberg, Shope & Oaks, 1992, VI). Como veremos a lo largo del capítulo, estas tres problematizaciones del VIH/SIDA contribuyeron a producir diferentes tipos de *excelencias médicas* que construyeron la seguridad sanitaria global como un concepto en debate, y uno de los ejes centrales que asegura la continuación del proceso histórico de la medicalización de las relaciones internacionales. Para analizarlo ordenamos el capítulo en tres apartados donde explicamos cómo cada proceso de securitización del VIH/SIDA supuso una estrategia concreta de medicalización del estado africano. En un primer apartado, analizamos la *medicalización neoliberal*, que desarrollaron los Planes de Ajuste Estructural en los sistemas de salud africanos así como las resistencias locales e internacionales surgidas

como respuesta a los impactos de este proceso. En un segundo apartado, estudiamos la *medicalización asistencialista*, que resultó del despliegue de múltiples iniciativas globales surgidas que fueron surgiendo desde comienzos del S XXI con el propósito de hacer accesible los fármacos contra el VIH/SIDA, especialmente para la población africana. Y por último, en un tercer apartado repasamos la *medicalización global* impulsada por el reconocimiento científico del valor que nuevas enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA encerraban para los estados y las sociedades occidentales. Como veremos estas tres problematizaciones convergieron en el tratamiento excepcional que dieron al VIH/SIDA y en el protagonismo concedido a la *medicamentación de las relaciones internacionales*; es decir a la profusión global de actores, estrategias y tecnologías basadas en el desarrollo y dispensación de fármacos.

9.2. Medicalización neoliberal.

El poder médico global surge como respuesta a la contra conducta médica internacional impulsada desde la Conferencia de Alma-Ata y la internacionalización de una estrategia de APS, que como vimos en el anterior capítulo, había otorgado una posición central a la planificación estatal de los servicios de salud. La introducción del lenguaje de mercado en los modelos de atención sanitaria sucede en un contexto caracterizado por el conocido como consenso de Washington y las turbulencias de los inicios de la década de 1980. Como David Harvey señaló los años 1978 y 1980 fueron “un punto de inflexión revolucionario en la historia social y económica del mundo” (Harvey, 2007; 2). En 1978 Deng Xiaoping comienza la liberalización de la economía comunista de la República Popular China y un año después, a partir de 1979 la cooperación médica china con Camerún, Etiopía, Chad se interrumpe al romperse las relaciones diplomáticas entre los países africanos y el asiático (Anshan, 2006; 12). Durante este periodo China sufre importantes transformaciones económicas e internacionales lo que supuso que su gobierno priorizara la paz y el desarrollo como los principales temas de sus políticas internacionales e hicieron de la reconstrucción económica interna su principal objetivo. De tal manera que en el periodo de 1979 a 1982, descienden las relaciones China-África al reducirse la ayuda financiera, el comercio bilateral y el número de CMTs enviados a África (durante los años 1979 y 1980 no envió ningún) (Anshan, 2006; 12). A su vez en este periodo se fraguan los elementos que caracterizarán el denominado *Consenso de Washington*. En 1979, Paul Volcker asume el mando de la Reserva Federal de Estados Unidos con el objetivo de

comenzar una drástica transformación de la política monetaria y en ese mismo año Margaret Thatcher es elegida primera ministra de Gran Bretaña con el compromiso de someter a los sindicatos. Un año después, en 1980, Ronald Reagan es elegido presidente de Estados Unidos y con el objetivo de revitalizar la economía comenzó una serie de desregulaciones en los sectores de la industria, la agricultura y la extracción de recursos (Harvey, 2007; 7). A su vez en el paso de la década de los setenta a los ochenta numerosos países del Tercer Mundo presentaron graves dificultades para devolver los préstamos que los bancos internacionales les habían concedido en las décadas pasadas. En este escenario el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional justificaron su necesidad de intervenir ante la posibilidad de una crisis financiera en el sistema. El anuncio en 1982 del gobierno mexicano de que no podía ni iba a pagar la deuda empujó a los organismos internacionales a buscar una complicidad más directa de los estados occidentales para conceder préstamos económicos a los estados tercermundistas a cambio de que sus gobiernos introdujeran una serie políticas de ajuste estructural a través de los conocidos como *Planes de Ajuste Estructural* (PAE) (George, 1990).

Dentro de estos comienzos del neoliberalismo internacional una primera estrategia de medicalización del estado africano correspondió al despliegue de un lenguaje de mercado que operó sobre sus sistemas de salud a través de dos movimientos. Un primer movimiento estuvo caracterizado por los préstamos que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional concedieron a sus gobiernos, bajo la condición de introducir una serie de políticas de ajuste estructural, donde también intervino la Organización Mundial del Comercio (OMC), creada en 1993, cuyas regulaciones excluyeron a la población africana del acceso a los antiretrovirales (ART). A continuación repasamos las características principales de esta medicalización neoliberal

9.2.1. La producción neoliberal de los sistemas de salud.

El principal actor en la introducción del lenguaje de mercado en la economía política de la salud fue el Banco Mundial quien a través de la publicación de tres documentos desplazó el modelo de planificación sanitario basado en la APS. El primero fue su *Informe Mundial sobre el Desarrollo* (1980) donde el Banco proponía acelerar el crecimiento económico de los países a través del combatir la desnutrición, mejorar la salud de la población y aprobar de manera justificada el gasto sanitario que contribuyera al crecimiento económico. El segundo documento fue, *La financiación de la salud: una*

agenda para la reforma (1987) donde el Banco Mundial defendió el papel del libre mercado en la provisión de servicios sanitarios, la disminución de los programas sociales estatales y el uso eficaz de los recursos disponibles (Birdsall and Ferranti, 1987). Por último, el tercer documento, y también el de mayor trascendencia, fue el Informe anual sobre Desarrollo que en 1993 se dedicó al sector salud con el título de *Invertir en Salud* (Walt, 1998: 127-130). El Informe proponía: a) fomentar las unidades familiares como unidades de consumo en salud; b) promover la competencia y la diversidad de organismos privados y Organizaciones No Gubernamentales y c) mejorar el gasto público en función del criterio coste-beneficio en la asignación de servicios. *Invertir en Salud* reconocía las raíces económicas de los problemas de salud y proponía una mirada intersectorial a la salud que relacionaba áreas como, la violencia a las mujeres, el tabaco o los programas de medicamentos esenciales (Banco Mundial, 1993; 5). El énfasis del Banco Mundial por la recuperación de costes se acompañó de una insistencia por la austeridad, el cobro de tarifas a los usuarios y los recortes en la atención médica (Sparke, 2009; 133). El análisis costo-efectividad se presentó como un cálculo económico objetivo para determinar cuáles eran las prioridades a financiar en un contexto de recursos limitados lo que supuso la multiplicación de diferentes herramientas como, los *Quality Adjusted Life Years (QALYs)*, *Incremental Cost Effectiveness Ratios (ICERs)* y *Willingness to Pay (WTP)*. Matthew Sparke considera que estas herramientas de cálculo demostraban la relación que los fundamentalistas del mercado establecían entre el cuidado de la vida y el capital humano. (Sparke, 2009; 135). Entre ellas destacó el cálculo de los *Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD-eficacia)* que combinaban el cálculo de los años de vida saludables perdidos por la mortalidad prematura y la discapacidad para seleccionar un paquete mínimo de intervenciones médicas o cesta básica de atención sanitaria que adecuaba la prestación de servicios sanitarios a criterios de eficacia económica (Banco Mundial, 1993; 17-18). Para Meredith Thursan, en respuesta a estos cálculos los sistemas de salud africanos incluyeron servicios para garantizar la asistencia alrededor del parto, la planificación familiar o la lucha contra la tuberculosis pero excluyeron otros como, la cirugía cardíaca, el tratamiento de cáncer de pulmón, hígado y estómago o las quimioterapias costosas (Thrusan, 2000, 170).

El Banco Mundial, junto a la OMS impulsó la Iniciativa Bamako en 1987, que cuestionó también otro pilar de la planificación sanitaria basada en la APS, como era la

movilización de la población y la participación comunitaria. La iniciativa Bamako tenía el objetivo de adaptar el enfoque programático de la APS-S a los grupos más vulnerables del medio rural. La Iniciativa Bamako enfocó la atención en mujeres, niños y los sectores más pobres de la población bajo una apuesta centrada en el acceso a los fármacos y la financiación de los servicios de salud. La participación comunitaria se comprendió como una serie de actividades dirigidas a, la financiación, edificación y gestión de los servicios de salud construidos. Como resultado de su implementación se promocionaron los servicios prenatales para el parto, el tratamiento de diarrea y las infecciones respiratorias agudas lo que provocó mejoras en la salud de la población rural en áreas de Ghana, Malí y Níger (Banco Mundial, 2004; 76-77). Sin embargo, a diferencia de las experiencias históricas de los modelos de la APS, centrado en la salud pública de la comunidad, la Iniciativa Bamako individualizó la atención sanitaria e incorporó el pago individual por servicio, priorizó la atención a perfiles materno-infantiles en vez de a la comunidad, incrementó el uso terapéutico de fármacos y generó una estructura dependiente de los criterios de los donantes que comprendió a las mujeres como sujetos responsables de la salud de la comunidad, sin considerar su papel en los procesos de toma de decisión, y reduciendo sus cuidados médicos a los ginecológicos o los materno-infantiles (Mendiguren. 2006; Standing, 2000).

Tanto los Informes del Banco Mundial como la Iniciativa Bamako desplazaron la interpretación de los determinantes internacionales en la producción de la enfermedad y la mala salud de la población africana, y reforzaron la comprensión de que esta situación era una responsabilidad interna a sus estados. En el siguiente punto repasamos cómo la emergencia del concepto de seguridad humana cuestionó esta interpretación para relacionar el origen y la extensión del VIH/SIDA en África con las reformas neoliberales y la vigencia de un imaginario colonial.

9.2.2 El cuestionamiento a la economía política neoliberal.

Una resistencia a la medicalización neoliberal del estado postcolonial africano surge a través del desarrollo de un conocimiento de salud pública que denunció los efectos que las políticas neoliberales estaban teniendo en la extensión del VIH/SIDA por el continente. A este objetivo contribuyeron inicialmente dos herramientas diseñadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que cuestionaron la ideología neoliberal planteada por el Banco Mundial y contribuyeron a

producir un conocimiento que señaló la importancia que tenían las relaciones internacionales y los determinantes sociales de la salud en la extensión de la enfermedad¹⁴¹.

Estas críticas al lenguaje de mercado denunciaban que la extensión del VIH/SIDA por el continente no podía comprenderse sin atender a los efectos causados por las condicionalidades económicas impuestas a sus gobiernos por los Programas de Ajuste Estructural (PAEs). En base a la agenda de desarrollo de los sistemas de salud del Banco Mundial, que repasamos en el anterior punto, los PAEs propusieron una receta única para todos los estados africanos descontextualizada de sus procesos históricos y políticos (Poku, Barnett, Kim et al, 2002). Los estudios más detallados de la enfermedad demostraron que la epidemia no se desarrollaba de igual manera en todos los estados africanos, sino que su evolución era heterogénea lo que permitía hablar de la existencia de diferentes impactos del VIH/SIDA en el continente (Bidaurratzaga, 2007). Este enfoque recuperó las posiciones críticas propias a los defensores de la APS, que como vimos habían dado un papel central al contexto político e internacional para explicar la producción de mala salud y la falta de atención sanitaria.

En este sentido, el VIH/SIDA permitió cuestionar la economía política neoliberal y revitalizar la red internacional de APS a lo que contribuyó el papel jugado por el PNUD al atacar el lenguaje de mercado y proponer un modelo de desarrollo humano basado en dos conceptos propios a la tradición política liberal como eran, el desarrollo humano (PNUD, 1990) y la seguridad humana (PNUD, 1994). A diferencia del Banco Mundial el PNUD definió a través del desarrollo humano¹⁴²:

“un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano (...) las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de

¹⁴¹ Las dos herramientas conceptuales que produjo el PNUD, el desarrollo humano y la seguridad humana se situaron en paralelo a la aparición de otros documentos que reforzaron el papel de la comunidad y la estrategia de APS como fueron, la Carta de Ottawa (1986) que fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo que tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria y el debate sobre la acción intersectorial para la salud (Cuba Fuentes y Albrecht Lezama, 2017).

¹⁴² La concepción del Desarrollo Humano forma parte del pensamiento del economista indio Amartya Sen recogido en su obra *Desarrollo y Libertad*. (2000). El concepto de seguridad humana también tiene una profunda raíz liberal como señala Emma Rothschild, (1995).

vida decente (...) el desarrollo debe abarcar más que la expansión de la riqueza y los ingresos. Su objetivo central debe ser el ser humano” (PNUD, 1990; 34)

Para reforzar el concepto de Desarrollo Humano, el PNUD presentó en su Informe sobre el *Desarrollo Humano* (1994) el concepto de seguridad humana que se oponía al paradigma realista de la seguridad nacional y el sector militar y establecía un diálogo entre un pensamiento crítico en la disciplina de Relaciones Internacionales y el auge del enfoque liberal en los inicios de la Posguerra Fría (Pérez de Armiño, 2004; 60). El PNUD relacionó la seguridad humana con dos dimensiones básicas, “la libertad personal respecto a las necesidades básicas y la libertad personal respecto al miedo” (PNUD, 1994). La seguridad humana se centró en el ser humano, consideró la naturaleza global de nuevas amenazas que no quedaban confinadas en las fronteras nacionales e impulsó la adopción de mecanismos de prevención y alerta. Si el PNUD apuntaba con la idea del desarrollo humano a la ampliación de las oportunidades y las capacidades de las personas, con la seguridad humana defendía el ejercicio libre, seguro y sostenido en el tiempo de esas opciones (PNUD, 1994; 25-27).

Desde los orígenes del propio concepto de seguridad humana se desplegaron dos Escuelas o agendas, una amplia vinculada a las políticas de desarrollo impulsada por países como Japón y otra limitada a las intervenciones de emergencia y resolución de conflictos donde destacó la actuación de Canadá (Pérez de Armiño, 2004; 61). Inicialmente la epidemia de VIH/SIDA se asoció con el despliegue de una agenda amplia de seguridad humana que hizo visible los múltiples impactos, relaciones y amenazas que suponía la epidemia de VIH/SIDA para la comunidad y los sistemas de salud. La agenda amplia de seguridad humana participó en producir un conocimiento más global sobre el origen y desarrollo de la epidemia en el continente que demostró la responsabilidad de las políticas neoliberales en la epidemia y las múltiples amenazas que la enfermedad constituía para las sociedades africanas, entre las que destacaban: la inseguridad económica de las familias al aumentar la pérdida de ingresos por enfermedad y los gastos que conlleva su tratamiento (PNUD, 1994; 32)¹⁴³. Con ello se

¹⁴³ Por ejemplo, un estudio comparado en hogares rurales y urbanos en Suráfrica mostraba que en 2002 los hogares con alguna persona infectada por VIH tenían solo el 50-60% de ingresos per cápita que los hogares no infectados (Bachmann y Booyesen, 2002: 14). Además de los gastos del tratamiento el VIH/SIDA generaba gastos de enterramiento y funeral (Barnett and Whiteside, 2006; 203-206).

atacaba los PAEs por haber reducido los servicios públicos de salud e incorporado masivamente el mecanismo de pago por servicios lo que impidió que muchos enfermos de VIH/SIDA en África pudieran acceder a una atención sanitaria o si lo hicieran se empobrecieran o endeudaran (Whiteside, 2002). Los estudios críticos relacionaron los efectos de la epidemia en las sociedades africanas con los efectos producidos por los PAES sin los cuales no podía comprenderse el origen y extensión de la epidemia en la población. Estos trabajos explicaban cómo el pago de la deuda y la austeridad que caracterizaba los recortes presupuestarios deterioró la calidad de los servicios, los equipos y las instalaciones sanitarias (Cheru, 2002)¹⁴⁴. La reducción de las unidades hospitalarias dedicadas al control de la Transmisión de Enfermedades Sexuales favoreció la aparición de úlceras e infecciones genitales que facilitaban la infección por VIH. Sin embargo, en los hospitales occidentales estas enfermedades eran fácilmente tratadas con antibióticos (Poku, 2002; 41). La extrema debilidad a la que las políticas neoliberales condujeron a los sistemas de salud africanos se reforzó por la gran mortalidad que la epidemia de VIH/SIDA causó entre los trabajadores de salud quienes además tenían que ocupar gran parte de su tiempo de trabajo en la atención de estos enfermos (Gershman y Irwin 2000; 115). La seguridad humana reforzaba estas críticas al interesarse también por enfocar la epidemia como una amenaza múltiple que afectaba a diferentes variables de la población reguladas ampliamente desde el lenguaje de mercado. Así, el PNUD consideró que el VIH/SIDA incrementaba la inseguridad económica de las familias porque la baja laboral que causaba menguaba las posibilidades de ahorro, y reducía la mano de obra en la siembra y recolección de alimentos (PNUD 1994; 27)¹⁴⁵; además la eliminación de las ayudas y los subsidios

¹⁴⁴ Por ejemplo, el número de partos atendidos en el hospital de referencia de la región de Zaria (Nigeria) descendió en un 46% y la mortalidad materna aumentó un 56%. Los servicios de salud materno- infantil en Zimbabue durante el periodo de 1994-1998 sufrieron la pérdida de 7.000 enfermeras que abandonaron el sistema público. En Ghana se pasó de 1.782 médicos en 1985 a 965. En Senegal de 1980 a 1993 el número de personas atendidas por una enfermera creció de 1.931 a 13.174. La calidad de la atención sanitaria se devaluó al reducirse los insumos y los materiales como, guantes, jeringuillas, bandejas o gasas. Por ejemplo, en el Hospital Universitario de Abidjan la atención sanitaria ofrecida decreció un 50% mientras que el precio de los medicamentos ascendió en 1994 entre un 30%-70% (Gershman y Irwin 2000; 113).

¹⁴⁵ El VIH/SIDA reforzó también la inseguridad alimentaria al reducir la disponibilidad de mano de obra para la producción agraria alejando “el acceso tanto físico como económico a los alimentos básicos” Alex de Waal y Alan Whiteside relacionaron la hambruna producida por la epidemia del VIH/SIDA con el fallecimiento de quienes realizaban las tareas agrícolas y garantizaban el suministro de alimentos lo cual debilitaba la capacidad de las comunidades para resistir los periodos de sequía o escasez (de Waal y Whiteside, 2002).

para la compra de alimentos disminuía la calidad y la cantidad de nutrientes y calorías lo que potenció las posibilidades de infección (Poku, 2002)¹⁴⁶. Junto a ello también la epidemia debilitaba las instituciones de gobierno destinadas a la sanidad y la educación lo que aumentaba la inseguridad de la comunidad al incrementar la orfandad y aumentar los procesos de estigmatización social (PNUD 1994; 29)¹⁴⁷. Pero también desde las propias comunidades locales surgieron iniciativas para enfrentar la epidemia que repasamos en el siguiente punto.

9.2.3 La respuesta desde la comunidad.

Para responder a las inseguridades que el VIH/SIDA producía en las sociedades africanas se fueron creando, desde mediados de la década de 1980, diversos colectivos de apoyo a los enfermos con VIH/SIDA como *AIDS Support Organization (TASO)* en Uganda, *Family Health Trust of Zambia* o *Life Positive* en Suráfrica; además también funcionaron grupos o colectivos más pequeños como analiza Vinh-Kim Nguyen en África Occidental (Nguyen, 2011). Todos ellos produjeron un sentido de comunidad en torno al cuidado y la lucha contra el VIH/SIDA al dirigir su actuación hacia dos objetivos. El primero fue atender y cuidar a la población enferma en una situación caracterizada por la debilidad de los sistemas nacionales de salud y la falta de acceso financiero a sus servicios. Para Steven Robins, la experiencia de la cercanía a la muerte y la economía de los afectos, que caracterizaba el activismo de estos colectivos, permitió la conformación de nuevas formas de construcción de ciudadanía (Robins, 2006). El segundo fue la lucha contra la estigmatización, el oprobio y la denuncia del olvido gubernamental y la inacción internacional respecto al avance de la enfermedad¹⁴⁸. Como en las sociedades africanas, también se crearon otros colectivos de apoyo en las sociedades occidentales, donde fue especialmente relevante el

¹⁴⁶ Una dieta deficiente en proteínas y ciertos micronutrientes como la vitamina A contribuye a debilitar el sistema inmune, sobre todo la piel y las membranas mucosas que son particularmente importantes en su función de proteger el cuerpo de las enfermedades de transmisión sexual (Poku, 2002; 41).

¹⁴⁷ Se consideró que la epidemia iba a dejar un gran número de huérfanos que podrían ser reclutados por grupos rebeldes o terroristas. Tony Barnett y Alan Whiteside expresaron sin ambages esta preocupación cuando afirmaron: “los huérfanos pueden ser indiferentes a las normas y los valores prevalecientes, pueden buscar la salvación en creencias milenarias y fundamentalistas de un tipo u otro, y en última instancia pueden hacerlo con la ayuda de un Kalashnikov o una bomba“(Barnett and Whiteside, 2006: 29). Además hay que sumar, la feminización o inseguridad por razón de género.

¹⁴⁸ La exigencia de una mayor atención sanitaria para la población enferma llevó a que estos colectivos tomaran parte activa en la lucha por el acceso global a los ART y llegaron a influir en los debates en torno al conocimiento de la enfermedad y el desarrollo de la investigación farmacéutica (Epstein, 1996).

movimiento surgido en Estados Unidos denominado *ACT-up*, que también impulsó la lucha contra el estigmatización y la investigación científica de la epidemia (Rand, 2012). Estos grupos de apoyo fueron construyendo una red de activistas transnacionales que participaban de “valores compartidos, un discurso común y densos intercambios de información” (Keck and Sikkink, 1999; 89).

Esta red transnacional de apoyo a los enfermos de VIH/SIDA logró frenar y responder a los enfoques estigmatizadores y negacionistas pero posteriormente produjo también efectos contradictorios debidos a la extensión de un enfoque de derechos humanos centrado en el individuo como principal estrategia de lucha contra la enfermedad, que no consideró los contextos locales. Como decimos, los primeros éxitos de esta red transnacional los encontramos en la construcción de un discurso de derechos humanos en torno a la epidemia para desplazar el discurso estigmatizador. Durante la década de 1980 y 1990 dos posiciones éticas caracterizaron el desarrollo de un conocimiento científico en torno al origen y la transmisión del VIH/SIDA. Uno era un discurso estigmatizador que culpabilizaba a ciertas poblaciones y conductas sexuales de la enfermedad y otro centrado en un enfoque de salud pública y derechos humanos (Seidel, 1993). La vigencia de las posiciones estigmatizadoras se mantuvieron porque muchos estados negaron la existencia de la enfermedad en su territorio, ocultaron los datos epidemiológicos de su extensión, establecieron cuarentenas para no nacionales e introdujeron test obligatorios de VIH para los estudiantes y extranjeros, que querían traspasar sus fronteras (Elbe, 2006; 127). La publicación de Renée Sabatier y Jon Tinker *Blaming Others. Perjudice, race and worldwide AIDS* (1988) atacó los discursos de estigmatización y consideró que la lucha contra la estigmatización y el enfoque de derechos humanos eran los ejes centrales del diseño de unas políticas de salud pública frente al VIH/SIDA¹⁴⁹. La publicación contenía diferentes ejemplos y casos de estudio

¹⁴⁹ También hay que destacar la figura del Doctor Jonathan Mann, coordinador en la década de 1980 de los primeros programas de lucha contra el VIH/SIDA de la OMS. Mann dirigió los esfuerzo de los programas a crear un discurso de derechos humanos, el desplazamiento del discurso estigmatizador y la construcción de un abordaje holístico de una enfermedad de la que todavía se desconocían muchos aspectos (Fee and Parry, 2008)

que rebatían las tesis que culpaban del origen y la extensión del VIH/SIDA a grupos de población específicos como migrantes, homosexuales o prostitutas¹⁵⁰.

El triunfo de un discurso de Derechos Humanos produjo también una estrategia de lucha contra el VIH/SIDA basada en un enfoque centrado en los enfermos de VIH/SIDA

¹⁵⁰ De hecho a lo largo de las últimas dos décadas del siglo XX Didier Fassin documenta diferentes ejemplos científicos que demostrarían estas visiones racistas en diversas ciencias –sexología, biología, epidemiología demográfica, genética (Fassin, 2007). Mirko Gmerk, Director de la École Pratique des Hautes Études en París señaló en su Historia del SIDA, una de las primeras obras de referencia sobre la historia de la epidemia, la existencia de una variante específica de la enfermedad entre la población africana que denominó como SIDA africano. La rápida progresión de la infección en África respondería así a la extensión de esta variante causada por la “promiscuidad sexual que existía desde tiempo inmemorial” pero que el “empobrecimiento urbano y la expansión de la prostitución” desde mediados del siglo XX había reforzado coincidiendo con “la superación de los obstáculos morales y materiales que imponía el medio rural tribal” (Gmerk, 1989; 279). Daniel Hrdy especialista en enfermedades infecciosas y antropólogo en la Universidad de California responsabilizó a las prácticas culturales africanas de contribuir a la transmisión del virus en África. Aunque estudio de la relación que establecía la enfermedad con rituales como: la escarificación, la circuncisión, las prácticas de extirpación y los tatuajes el investigador se detuvo en analizar la relación entre el comportamiento sexual africano y la expansión de la enfermedad para señalar que según los estándares Occidentales las sociedades tradicionales africanas eran promiscuas y que el abandono de los espacios tradicionales, la expansión de la prostitución y el aumento de la migración laboral habían hecho que la promiscuidad aumentara. El investigador sostenía que en los monos verdes donde la promiscuidad de sus hembras las permitía mantener múltiples parejas y realizar hasta doce cópulas al día se había encontrado un virus semejante al SIDA (Hrdy, 1987). John Caldwell y Pat Caldwell pioneros de la antropología demográfica del SIDA señalaron que el SIDA en Estados Unidos y Europa se expandía entre los usuarios de drogas intravenosas, homosexuales y hemofílicos pero que entre los haitianos y africanos el patrón de infección era distinta y marcaba una incidencia semejante entre hombres y mujeres 1:1. (Caldwell and Caldwell; 1996). Aunque sin datos epidemiológicos contrastados los investigadores consideraron que su causa era la promiscuidad sexual de la población africana y su comprensión tradicional de la fertilidad como un valor. (Caldwell, 15; 996). Los psicólogos Philippe Rushton y Anthony Bogaert (1989: 1214-1218) publicaron un estudio donde analizaban las diferencias de susceptibilidades de la población al SIDA y defendieron que la enfermedad afectaba más a la población Negra, luego a la población Caucásica (blanca) y menos a la población Mongólica (amarilla). Para los investigadores esta variación respondía a las diferencias evolutivas entre las razas (anatomía, temperatura, comportamiento sexual) pero también a un factor al que denominaron “restricciones sexuales” que identificaron más presente entre los mongolos, después entre los caucásicos y por último entre los negros. Los medios contribuyeron a impulsar o divulgar esas representaciones racistas. Otro ejemplo, las sociedades occidentales asumieron que el escaso control de las transfusiones sanguíneas fue una de las causas que ayudaron a la extensión de la epidemia por sus territorios. Sin embargo, esta razón no se tuvo en cuenta para el continente africano como tampoco otros determinantes internacionales que después veremos con más atención. En 1983 los medios de comunicación estadounidenses hablaban de “víctimas inocentes” cuando se referían a personas que habían contraído la enfermedad por accidente (hemofílicos, personas infectadas por su cónyuge, niños) y “las víctimas culpables” que formaron el conocido como “grupo de las 4-H”, homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos (Ostergard, 2002; 338-39). A comienzos de la epidemia la población haitiana fue culpada de introducir el VIH en EEUU y sufrieron por ello: intimidación, acoso en las escuelas, desahucios y pérdida de empleos (Fassin, 1992). Igualmente en Europa y Rusia muchos africanos fueron estigmatizados al considerarles portadores de la enfermedad (Schoepf 2004). De hecho, el Presidente Ronald Reagan (1981-1989) no se pronunció sobre la enfermedad hasta 1986 (Informe ONUSIDA; 8). El VIH/SIDA produjo un relato histórico de la epidemia vinculado a las formas coloniales de representar la inferioridad del africano a través de la enfermedad que vimos en los capítulos previos – higiene moral y cultural- (Packard and Epstein, 1991). Esta representación combinaba las críticas a una conducta sexual depravada y su pertenencia a una cultura poco higiénica y propensa a la enfermedad.

conocido como GIPA (*Great Involvement of People live with Aids* o *Mayor participación de las personas que viven o están afectadas por el VIH/SIDA*) (MPPS) internacionalizada durante la Conferencias Sanitaria Internacional de París en 1994. El GIPA respondió a la orientación que los colectivos de lucha del ACT-up en Estados Unidos habían dado al papel central que las *PLWA* (*People Live With Aids*) debían tener en el diseño de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA. Estos principios estaban basados en multiplicar las comunidades de apoyo para fortalecer la auto-estima de los enfermos con VIH y luchar contra la estigmatización de la enfermedad (ONUSIDA, 2004; 2). En el contexto de la revolución terapéutica, que supuso la síntesis de los antiretrovirales en 1996, la red transnacional construida por las comunidades de apoyo a los enfermos con VIH evoluciona dramáticamente en África, al pasar del acompañamiento y la lucha contra el oprobio a decidir los criterios para repartir las mínimas cantidades de medicamentos que llegaban al continente. Desde la Conferencia de Vancouver de 1996 que anuncia la síntesis y la comercialización de los fármacos antirretrovirales (ART), la administración de estos fármacos se convirtieron en la terapia de referencia para combatir la enfermedad. Las comunidades de apoyo comienzan a constituirse como ámbitos de competencia por el acceso a los pocos fármacos que llegan a África. Vinh-Kim Nguyen analiza, para el caso de Costa de Marfil y Burkina Faso, cómo esas comunidades de apoyo construidas también inicialmente con el apoyo de activistas occidentales se convirtieron en espacios privilegiados donde se decidía quién accedía a los ART y quién quedaba excluido. Esta actuación transformó la solidaridad y el apoyo inicial de esos grupos hacia una forma de competencia por la posibilidad de sobrevivir en un contexto neoliberal de privación de la atención médica al que Nguyen llamó “soberanía terapéutica” (Nguyen, 2010) y Alan Ingram “neoliberalismo terapéutico” (Ingram, 2013; 450). Nguyen explica que estos grupos operaron a través de un tipo de *triaje terapéutico* propio al cálculo médico que opera en catástrofes o después de una batalla para identificar qué víctimas atender en base a las posibilidades de mantener sus funciones vitales (Nguyen, 2010; 10). En el caso del VIH/SIDA un tipo de triaje terapéutico identificaba qué personas de la comunidad podían tener acceso a los ART en función de las aportaciones económicas, laborales, sociales que hacían para mantener el propio grupo de apoyo. Las comunidades de apoyo se transforman en trágicos ámbitos de pugna y conflicto por acceder a esos pocos ART que a través de donaciones o viajes llegaban desde los estados occidentales. Hasta la aparición de los programas verticales de suministro de

medicamentos estas donaciones, junto a algunos proyectos pilotos, fueron las únicas vías para acceder a una reducida cantidad de ART que llegaban a África. El sentido inicial de pertenencia a una comunidad se transformó ante la necesidad de decidir quién podía acceder a los contados fármacos que llegaban (Nguyen, 2010; 89-91). En este contexto, aparecieron las primeras formas de acceso a los medicamentos para la población África en forma de proyectos pilotos que seleccionaba las personas con posibilidad de acceso a los ART calculando para ello su adherencia al tratamiento. Por ejemplo, en África occidental algunos criterios de adherencia usados por estrategias multilaterales para acceder a los antiretrovirales exigieron un cierto nivel económico para garantizar la continuidad del tratamiento, beneficiaron a ciertos perfiles socio-productivos (se valora a sanitarios y funcionarios), y asentaron principios deontológicos (tratamiento gratuito a infancia) o pertenencia a los grupos de apoyo que informan y previenen sobre la enfermedad (Delaclaux, 2004). Estos proyectos pilotos mantuvieron así un sistema de triaje que trató de seleccionar a la población no solo en respuesta a su estado de la infección sino en base a criterios sociales, económicos, profesionales, liderazgo o valor para el colectivo que hacían que *ciertas poblaciones fueran elegibles al tratamiento y otras quedaban excluidas*.

Antes de la expansión de las iniciativas globales de acceso a los antiretrovirales, que explicamos en el siguiente punto, otra forma de acceso a los medicamentos para la población africana lo constituyó su participación en los ensayos clínicos que investigaban el diseño de nuevos fármacos contra el VIH/SIDA¹⁵¹. La investigadora Marcia Angell dio a conocer que los Centros para el Control y la Prevención de la Enfermedad (CDC) y los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de Estados Unidos llevaban dos años (1995-1997) financiando la realización de ensayos clínicos con placebo con 12.211 mujeres embarazadas infectadas por el VIH en África, Tailandia y la República Dominicana. El objetivo de estos estudios era determinar si un régimen de zidovudina (AZT) más corto, más simple y, por tanto, más barato que el estándar, conocido como ACTG 076, era igualmente efectivo para reducir la tasa de transmisión perinatal del VIH. El “tratamiento estándar” basado en un régimen de ACTG 076 costaba unos mil dólares por persona y reducía la transmisión perinatal del VIH en dos

¹⁵¹ Los ensayos en África se dirigieron muy especialmente a la investigación y desarrollo de medicamentos para cortar la transmisión materno-infantil durante el embarazo

tercios. El ensayo usó placebos lo que supuso que nacieran cientos de niños infectados por VIH que, según Angell, podría haberse evitado (Angell, 1997). El uso de los placebos estaba prohibido por las directrices éticas marcadas por el *Código de Nuremberg* y la *Declaración de Helsinki* que establecía que los sujetos del grupo de control debían recibir el mejor tratamiento conocido y que las personas que participaban en los ensayos en los estados del Sur debían recibir las mismas garantías y protecciones que daban en el país patrocinador del ensayo. Los protocolos señalaban que la utilización de placebo en un ensayo clínico sólo está justificada cuando no existe ningún tratamiento de eficacia probada. Hubo irregularidades tanto en los comités de ética nacionales que aprobaron la realización de los ensayos en los países del Sur, como en la obtención del consentimiento "libre e informado" de las participantes. Un "tratamiento estándar", el mejor posible, sería solo para quienes pudieran pagarlo en las sociedades occidentales y otro "más simple" sería el adecuado para estas poblaciones al tener un coste inferior¹⁵². Estas denuncias fueron reforzadas por el trabajo de Peter Lurie y Sidney Wolfe, que demostró que quince de los dieciséis programas de investigación clínica desarrollados fuera de EEUU por el NIH, habían usado un placebo, que exponía a la infancia al riesgo natural de contaminación, y que nueve de los once países donde se habían desarrollado estos ensayos eran africanos (Lurie and Wolfe, 1997)¹⁵³.

Los ensayos clínicos que los laboratorios de EEUU desarrollaban en África volvían a usar el cuerpo del africano como un tipo de laboratorio natural pero ya no operaba sobre una población colonial o postcolonial, como en los anteriores capítulos, sino sobre una población regulada por el lenguaje neoliberal cuyas políticas habían reducido el acceso a los servicios de salud por la condicionalidad económica impuesta por los PAE. La participación en los ensayos clínicos suponía acceder a unos servicios mínimos durante el periodo del ensayo que suministraban alimentos, atención sanitaria, medicamentos. A

¹⁵² Las críticas denunciaron que el ensayo recordaba el experimento Tuskegee desarrollado entre 1930 y 1970 donde se siguió el curso natural de la sífilis una serie de pacientes negros tratados con un placebo para observar la progresión natural de la sífilis si no era tratada y si se podía llegar hasta la muerte (Gamble, 1997).

¹⁵³ Otros casos fueron por ejemplo el ambicioso ensayo conocido como "028" y desarrollado en 1997 por la firma farmacéutica Merck en Brasil que comparó una triple terapia (indinavir y otros dos fármacos) con una monoterapia (indinavir). Durante el desarrollo del ensayo se tuvo conocimiento de las ventajas de la terapia triple sobre la monoterapia por lo que tenía que haberse suspendido, algo que no sucedió. Más adelante se comprobó que los pacientes tratados con la monoterapia desarrollaron resistencias al fármaco lo que comprometió la eficacia que otros tratamientos posteriores (Oliveira, Santos y Mello, 2001)

diferencia de lo que ocurría en EEUU o en otros estados occidentales, donde los enfermos se ofrecían como conejillo de indias y obligaban de esta forma a que los laboratorios tuvieran que desarrollar más investigaciones y admitiera en los ensayos a población afrodescendiente y embarazadas (Epstein, 1996).

A lo largo de este punto hemos visto las características de la medicalización neoliberal desplegada desde inicios de la década de 1980 en los estados africanos. En paralelo hemos señalado cómo una red de académicos, investigadores y comunidades de apoyo fueron respondiendo a la amenaza que el fundamentalismo de mercado suponía para la población africana pero también hemos podido ver cómo ciertos modelos de actuación, como el enfoque GIPA basado en la extensión de un discurso de derechos humanos, produjeron también tensiones locales y conflictos comunitarios. En el siguiente punto repasaremos la medicalización asistencialista que comenzó a inicios del siglo XXI a través de la creación y el despliegue de una red global de iniciativas centradas en el acceso a los ARTR como principal estrategia en la lucha contra el VIH/SIDA.

9.3 Medicalización asistencialista.

Una segunda estrategia de medicalización del estado africano respondió a la creación de una multiplicación de iniciativas verticales de lucha contra el VIH/SIDA, que comenzaron a funcionar a comienzos del siglo XXI, como respuesta a la falta de acceso a los antiretrovirales en sus sociedades. Estas iniciativas globales intervinieron de forma diferente al fundamentalismo de mercado o medicalización neoliberal repasada en el anterior apartado. El tipo de condicionalidad que impulsaron estas iniciativas permitió pasar de una seguridad humana globalista o centrada en las necesidades del individuo y la comunidad a una estado-céntrica, que interviene al comprender cómo ciertas enfermedades suponen, una amenaza a las instituciones, la estabilidad del estado y un impedimento para su incorporación a la economía global (Sachs, 2001). En conjunto, estas iniciativas verticales dieron un tratamiento de *excepcionalidad* a la lucha contra el VIH/SIDA respecto a otras posibles intervenciones sanitarias. Para comprender esta actuación en los siguientes apartados analizamos lo que Stefan Elbe denominó como máquina de curación global (Elbe, 2010; 99) y el programa bilateral US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR).

9.3.1 Máquina de curación global.

La miríada de iniciativas de acceso a los medicamentos antiretrovirales que operó en los estados africanos desde comienzos del siglo XXI respondió inicialmente a las necesidades de acceso a los antiretrovirales para su población. La evolución de su actividad durante las dos primeras décadas del siglo XXI conllevó la aparición de una agenda de desarrollo más limitada y menos globalista, que centrada en salvar las vidas, reunió las actuaciones de diversos actores globales como la Fundación Gates, el Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (2002), la Alianza GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization, 2000) cuyo objetivo es investigar y hacer accesibles los medicamentos, principalmente a las sociedades africanas, convirtiéndose en un importante estímulo para las empresas farmacéuticas. El tratamiento excepcional dado a la lucha contra el VIH/SIDA por la *máquina de curación global* comenzó a cuestionarse antes de finalizar la primera década del siglo XXI.

Durante esas dos décadas, la evolución de los lenguajes del desarrollo de la salud en África se puede entender como una respuesta continua a la necesidad de gobernar un sector salud donde operaba una multiplicidad de iniciativas verticales de acceso a los medicamentos, surgidas de alianzas público-privadas, y cuya actuación en terreno no se coordinaba con los debilitados sistemas nacionales de salud¹⁵⁴. Ello supuso que la agenda de desarrollo de la salud evolucionaria a través de un lenguaje técnico basado en el buen gobierno del sector salud y una menor relevancia en la actuación sobre los determinantes internacionales de salud. A continuación repasamos la evolución de estas agendas de desarrollo durante la primera década del siglo XXI.

A través de las Conferencias sobre Ayuda Internacional de Roma (2003), París (2005), Accra (2008), herramientas como los enfoques programáticos y la armonización moldearon un enfoque del Banco Mundial conocido como “Multi-country AIDS Program” que promovió la creación de una sociedad civil encargada de vigilar y dar seguimiento (“dog-watch”) a las actuaciones de los gobiernos africanos, acusados de

¹⁵⁴ El refuerzo de los sistemas nacionales de salud y su planificación bajo criterios de universalidad y acceso ha sido una demanda constante por parte de ONGs sanitarias y amplias redes globales que recuperan la APS como modelo para el fortalecimiento de los servicios sanitarios (People's Health Movement, 2005; Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus, 2015; 167-174)

manera continua de malversación. La Declaración del Milenio dió una relevancia especial a la situación del continente africano, que se reforzó con la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la diversas Declaraciones Internacionales posteriores, que desplegaron una agenda técnica de buen gobierno que sirvió de marco de actuación en el sector salud. La problematización que compartieron estas agendas fue comprender que la enfermedad era una “trampa para el desarrollo” de las sociedades africanas porque suponía una carga de mortalidad, un obstáculo para su desarrollo económico y un factor de retraso en la incorporación de África a la globalización económica. En este sentido, el *Informe de la OMS de Macroeconomía y Salud* cifró en 27.000 millones de dólares, la cantidad necesaria para garantizar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud. Con ese aporte calculó que se salvarían 8 millones de vidas y los países de renta media y baja obtendrían unos beneficios económicos de unos 168.000 millones de dólares al año¹⁵⁵ (Sachs, 2001; 16-17). La Declaración de Monterrey (2002) comprometió a los países donantes a aumentar los recursos financieros, aliviar el peso de la deuda y ampliar el acceso al comercio y la tecnología a los estados receptores quienes se comprometían a fortalecer sus instituciones. La Declaración de Roma (2003) se centró en la necesidad de armonizar la ayuda. La Declaración de la Cumbre del Milenio (2005) relacionó las necesidades de armonizar la ayuda y promover la creación de estrategias nacionales para la consecución de los ODM por país. Entre estas destacó la Declaración de París (2005) que para mejorar la eficacia y la armonización de las políticas de cooperación propuso la construcción de un nuevo marco de relación entre donantes y receptores basado en la apropiación, la alineación, la armonización, la gestión orientada a resultados y la mutua responsabilidad. Para su su concreción creó una herramienta de apoyo sectorial conocida como *SWAP* (Sector-Wide Approach Program) que proponía una mirada holística o sistemática sobre el conjunto de los sectores de la ayuda y ligaba la calidad de las políticas de cooperación a la lucha contra la corrupción, la gestión de la información, la coordinación de los esfuerzos de todos los actores (donantes y receptores) y el aprendizaje crítico adaptado al desarrollo del programa (Pita, 2006). Esta herramienta cumplimenta el principal instrumento para

¹⁵⁵ La Comisión Macroeconomía y Salud fue duramente criticada porque los expertos que la constituyeron estaban vinculados históricamente al Banco Mundial, cuyo análisis financiero desplazaba la investigación sobre los determinantes sociales y económicos de la salud (Waitzkin, 2003)

erradicar la pobreza los *Documentos Estratégicos para la Lucha contra la Pobreza*, que regulaba la cooperación y la asistencia del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional así como la condonación de la deuda externa de los *Países Pobres Muy Endeudados*. La ayuda programática estaba estrechamente vinculada a los enfoques sectoriales y con ella se pretendía integrar los fondos disponibles de la ayuda sanitaria dentro de los propios presupuestos del estado receptor. Desde estos planteamientos se consideró que los organismos internacionales eran los actores capacitados para regular las actividades de los donantes y coordinar las políticas contra el VIH/SIDA en relación a los sistemas de salud. Los PRPS fueron también cuestionados por ser marcos disciplinarios que imponían modelos de actuación cuya implantación tenía altos costos de establecimiento y cumplimiento (Craig and Porter, 2003)

La evolución explicada de los marcos reguladores de la agenda de desarrollo durante la primera década del siglo XXI priorizó la lucha contra el VIH/SIDA y mostró resultados diferentes según los estados africanos analizados. Bostwana es una historia de éxito en una lucha contra el VIH/SIDA liderada por el estado pero con dificultad para incorporar a las organizaciones de la sociedad civil (Kiley and Hovorka, 2006). En Etiopía la lucha contra el VIH/SIDA se incorpora dentro de un contexto local caracterizado por la pugna por el estado entre diferentes grupos sociales o facciones y un contexto internacional muy influido por las relaciones estratégicas y de seguridad que EEUU mantenía con su gobierno, como parte del control geoestratégico del Cuerno de África, lo que facilitó diferenciar el sector de VIH/SIDA del sector salud o matenorinfantil (Mendiguren y de la Flor, 2012). Y en Suráfrica, cuya actuación es de gran importancia para el desarrollo del continente, las formas de gestionar la epidemia por sus gobiernos evolucionaron desde las posturas negacionistas hasta adquirir una influencia notoria a través del desarrollo y evolución de una estrategia internacional de lucha contra la epidemia (Brown, 2014)¹⁵⁶.

Los expertos comenzaron a plantear dudas y críticas a la respuesta excepcional dada al VIH/SIDA. Para Hellen Epstein las principales estrategias de prevención que los

¹⁵⁶ Didier Fassin en su estudio *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa* ofrece una interpretación socio-histórica de las posturas negacionistas del gobierno de Thabo Mbeki comprendiendo su respuesta a la enfermedad con los legados y las tensiones políticas y sociales propias a la construcción de una sociedad libre que había superado el apartheid (Fassin, 2007)

donantes promovían no respondían adecuadamente, estaban mal alineadas o incidían demasiado en el modelo de transmisión sexual sin atender a otras causas de riesgo de la transmisión de epidemia (Epstein, 2007). Epidemiólogos que habían trabajado en la elaboración de los informes anuales de ONUSIDA reconocieron que los miembros del personal de la organización habían tratado de dramatizar la información sobre las epidemias de VIH/SIDA al subrayar los rápidos aumentos en vez de los niveles absolutos de prevalencia del virus (Pisani, 2008). Sin embargo, el factor que más influyó en rebajar la excepcionalidad dada a la lucha contra el VIH/SIDA fueron las estadísticas que comenzaron a indicar una estabilización general de la prevalencia de la epidemia (Ingram, 2012; 444). Estos argumentos se alinearon con las reivindicaciones a favor de "desfinanciar" el VIH/SIDA y redistribuir sus recursos hacia otros programas. En este sentido, Roger England (2007: 344) atacó directamente el excepcionalismo del VIH/SIDA al argumentar que tal respuesta había producido:

“el programa vertical más grande de la historia, con su propio personal, sistemas y estructura. Esto está teniendo efectos nocivos, además de la falta de fondos para otras enfermedades, que incluye la separación del VIH de la salud sexual y reproductiva, la creación de estructuras paralelas que limitan el desarrollo de los servicios de salud. Las comisiones nacionales sobre el SIDA, los mecanismos de coordinación de los países, las agencias de la ONU, etc., se están tropezando entre sí en busca de fondos e influencia.” (England, 2008; 334).

England preguntó por qué no había fondos especiales para la neumonía o la diabetes que mataban a más personas y argumentó que el VIH había sido tratado más como un sector económico que como una enfermedad por lo que abogó por abolir ONUSIDA para unir toda la ayuda sanitaria y asignarla sobre la base de una contribución relativa según el grado de la enfermedad (England, 2008; 334). Elizabeth Pisani criticó también la multiplicación de organizaciones surgidas al calor de los fondos destinados al VIH/SIDA porque consideró que su principal prioridad era obtener y gastar el presupuesto logrado en lugar de lograr resultados reales (Pisani, 2008; 269- 272). Pero también otras voces cuestionaron que estas críticas amenazaban con devolver las políticas de salud global a la década de 1980, cuando no había financiación suficiente para luchar contra la enfermedad (Ingram, 2012; 446).

Para Alan Ingram estos debates reflejaron claramente la línea de separación entre dos tendencias a la hora de responder a la epidemia. Una consideraba la lucha contra el VIH/SIDA como un tipo de intervención excepcional, enmarcada en términos humanitarios y de asistencia para “salvar vidas”, mientras que otra la comprendía como un elemento más para producir una agenda de salud global más amplia, equitativa y radical (Ingram, 2012; 446). Entre los programas que más claramente han reflejado estas dos tendencias encontramos el PEPFAR que desplegó un tipo de medicalización del estado post-colonial africano, no tanto basado en los principios de los lenguajes de del desarrollo, sino en los intereses geopolíticos de Estados Unidos. A continuación lo repasamos.

9.3.2 US President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR).

Una segunda estrategia de medicamentación que repasamos la representa el PEPFAR al establecer un encuentro entre los intereses de las empresas farmacéuticas de EEUU y una agenda geopolítica de la Casa Blanca en su guerra global contra el terrorismo (Burkhalter, 2007). El PEPFAR no respondió por tanto a una actuación enmarcada dentro de la evolución del lenguaje de desarrollo de la salud como la *maquina de curación global*, sino a los intereses estratégicos perseguidos por EEUU en su Guerra Global contra el Terrorismo; lo que también supuso un giro desde el multilateralismo demócrata de Bill Clinton al unilateralismo republicano durante la presidencia de George Bush en la Casa Blanca (enero de 2001 - enero de 2009). Durante su gobierno destacaron dos programas de lucha contra el VIH/SIDA que actuaron preferentemente en los estados africanos: el *U. S. Department Of Defense HIV/AIDS Prevention Program* (DIIAPP) que fue el primer programa militar contra el VIH/SIDA creado en respuesta a la Resolución 1308 y el lanzamiento en 2002 del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) por George Bush Jr que llega a ser el programa de asistencia más cuantioso e importante dirigido a luchar contra el VIH/SIDA¹⁵⁷ (Ingram, 2010; 609)

¹⁵⁷ Con anterioridad al lanzamiento del PEPFAR se desplegó el U. S. Department Of Defense HIV/AIDS Prevention Program (DHAPP). El programa bilateral U. S. Department Of Defense HIV/AIDS Prevention Program (DHAPP) trató de reducir la prevalencia del VIH entre los militares africanos para facilitar su participación de las operaciones de paz. El Programa se creó en marzo de 2001, antes del 11-S para dar asistencia a 9 ejércitos africanos pero cuatro años después, en 2005, el Programa se había extendido a un

Desde los últimos años de la Guerra Fría, los servicios de seguridad de EEUU habían elaborado informes donde analizaban la amenaza que suponía el VIH/SIDA para los intereses de la política exterior de Estados Unidos. Estos trabajos habían subrayado la gravedad que podía alcanzar la epidemia en África¹⁵⁸. A comienzos de la Guerra Global contra el Terrorismo esta percepción se mantuvo en los cálculos e informes de los expertos de seguridad de EEUU pero identificó en cuatro áreas geográficas donde la extensión del VIH/SIDA alcanzaba cifras preocupantes que eran Nigeria, Etiopía, Rusia, India, y China. El National Intelligence Council en su trabajo *The next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China* (NIC, 2002) consideró que en estos estados su alta tasa demográfica y su situación geopolítica podía suponer un riesgo para la estabilidad internacional. El diseño del PEPFAR relacionó esta amenaza con otras tres demandas estratégicas de la política exterior de George Bush que fueron la de acceder a otras fuentes de petróleo, distintas a las del Golfo Pérsico, la de usar la lucha contra el VIH/SIDA para ganar el apoyo de los gobiernos africanos en la estrategia global contra el terrorismo de la administración Bush (Ingram, 2008), y la de promover una faceta humanitaria y filantrópica en su política exterior que pudiera contrarrestar las críticas a sus intervenciones militares unilaterales en el contexto de la Guerra Global contra el Terrorismo (Pereira, 2009).

El PEPFAR en sus dos primeros tramos de funcionamiento, el primero de 2004-2008 y el segundo de 2008-2012 privilegió especialmente la actuación en África Subsahariana donde desplegó una “mirada a la enfermedad” ligada al relato culturalista que culpabilizó a la sexualidad africana de la extensión de la epidemia. El PEPFAR extendió

total de 71 ejércitos. Su estrategia y los servicios de prevención que suministraba tenían como objetivo “promover la educación sexual y el acceso a materiales educativos entre los militares extranjeros” (Lim; 2004: 14). En muchos estados africanos los programas sanitarios militares fueron las primeras políticas públicas que sus gobiernos desarrollaron para luchar contra la epidemia. Por ejemplo, los gobiernos de Uganda, Malawi y Etiopía comenzaron a tomar en consideración la epidemia y a liderar una respuesta estatal contra ella cuando conocieron la alta infección de VIH en sus tropas. Además estas intervenciones sanitarias no se limitaron sólo al sector militar porque los soldados socializaron sus conocimientos y aprendizajes sobre educación sexual y uso del preservativo con el resto de la población (Elbe, 2009: 101).

¹⁵⁸ El interés por el estado africano comienza en relación con la situación de la epidemia en sus ejércitos. La Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos (National Intelligence Center; NIC) publicó en 1987 el primer informe sobre la amenaza que suponía el VIH/SIDA y lo centró en su impacto en África Subsahariana. El informe titulado “Sub-Saharan Africa: Implications of the AIDS pandemic” (NIC, 1987) y desclasificado en 200 aclaraba que las estadísticas de VIH/SIDA eran “anecdóticas o basadas en programas de investigación médica sin una fuerte base epidemiológica” (NIC, 1987; 1). Estas limitaciones no impidieron que el Informe considerara que la enfermedad se extendía “sin control en África Subsahariana” (NIC, 1987; 1) afectando especialmente a “las clases económicas medias, los funcionarios políticos, los trabajadores rurales y urbanos y el personal militar” (NIC 1987: 4-5).

la normalización del comportamiento sexual de la población africana y condicionó el envío de su ayuda a que los gobiernos receptores prohibieran cualquier ley sobre interrupción voluntaria del embarazo y suspendieran cualquier cooperación con asociaciones de trabajadoras sexuales (Ingram, 20010; 614). El PEPFAR fortaleció el papel normativo de las autoridades religiosas e impulsó la creación de grupos o comunidades locales de apoyo para implantar un modelo de conducta sexual basado en la conocida como estrategia ABC (del inglés "Abstinence, Be faithful, use a Condom": Abstinencia, fidelidad y uso del preservativo) (Burchardt, Patterson and Rasmussen, 2013; 179). En el centro de la estrategia de intervención biopolítica encontramos dos actores concretos, los grupos evangélicos y la industria farmacéutica estadounidense que dieron un giro de 180 grados a las relaciones que los gobiernos demócratas de la Casa Blanca habían mantenido durante el anterior periodo demócrata con los colectivos de apoyo a personas con VIH. (Burkhalter, 2004; 10) El lobby farmacéutico estadounidense presionó a favor de la aprobación del Programa porque aseguraba la compra masiva de sus medicamentos antiretrovirales ante la amenaza de expansión de los genéricos. La agencia nacional Food and Drug Administration (FDA) era la encargada de aprobar y regular la comercialización de los fármacos e igualmente tenía que aprobar las compras del gobierno para proyectos internacionales, como el PEPFAR.

El segundo tramo del PEPFAR aprobado en 2008, por un periodo de otros cuatro años (2008-2012), rebajó la estrategia "A,B,C" pero continuó reforzando la centralidad del medicamento, mientras se excluía otro tipo de intervenciones biopolíticas más amplias sobre la salud de la población como, el suministro de agua y alimentos (Ingram, 2010; 613). Durante la reautorización legislativa del PEPFAR en 2008 se dieron una serie de debates entre quienes pedían una reducción de la respuesta para centrarse en ampliar el acceso a tratamiento como un medio comprobado, entregable y verificable de "salvar vidas" y aquellos que argumentaron que la respuesta había revelado la necesidad de un esfuerzo de desarrollo mucho más expansivo que debía abarcar otros aspectos como la provisión de agua potable, alimentación y educación (Loewenberg, 2008). Al final, el PEPFAR II reflejó un compromiso incoherente entre estas posiciones continuando reforzando el suministro de fármacos (Ingram, 2012, 614).

También en 2008, el discurso del excepcionalismo dado al tratamiento del VIH/SIDA por el PEPFAR comenzó a enfrentar una serie de cuestionamientos y crisis de legitimidad. Siempre había habido matices sobre cómo los actores percibían el problema

de seguridad que suponía el VIH/SIDA, pero a partir de 2005, una serie de evaluaciones comenzaron a erosionar la idea de que el VIH/SIDA podría agravar el fracaso del estado o promover los conflictos violentos (Barnett and Prins, 2005). Diferentes estudios cuestionaron las relaciones establecidas entre los estados, los conflictos y la extensión del VIH/SIDA en África por lo que había sido central la elaboración de estadísticas que favorecieron la securitización de la enfermedad (McInnes and Rushton, 2010; 230). La falta de acceso a una información estadística fidedigna del VIH/SIDA en África aparece en el mismo momento en que se comprueba que los estados no colapsaban. Tony Barnett y Gwyn Prins criticaron que los valores estadísticos que habían señalado la gravedad de la extensión de la epidemia estaban basados en un conjunto de suposiciones no comprobadas científicamente a los que denominaron *factoids* (Barnett and Prins, 2005; 359). Los autores criticaron que la opacidad de los estados, la ausencia de censos y la falta de metodología en los estudios epidemiológicos había permitido repetir de manera insistente una serie de consideraciones que no tenían fundamento científico contrastado¹⁵⁹. Como vimos en el apartado anterior al abordar el funcionamiento de la maquina de curación global, diferentes estudios cuestionaron la excepcionalidad que suponía dirigir la mayoría de los fondos a la lucha contra el VIH/SIDA. Ahora las críticas que presentamos cuestionaron especialmente los datos epidemiológicos del papel del VIH/SIDA en los ejércitos africanos y las relaciones entre la epidemia y los conflictos bélicos en el continente. Así se supo que durante la guerra civil en Angola, la violencia impidió que la población pudiera desplazarse, lo que contribuyó a frenar la extensión de la epidemia e incluso redujo los niveles de infección, al contrario de lo que siempre se había sostenido al relacionar ineludiblemente los conflictos bélicos con la extensión de la epidemia (ONUSIDA, 2005; 26). A estas nuevas consideraciones hay que sumar que los estados más afectados, en el sur y este África, no se habían derrumbado ni el VIH había causado una seria desestabilización en los países de la "segunda ola" (especialmente China, India y Rusia y otros lugares de Europa del Este, Asia Central, Asia del Sur y Sudeste). Todo ello debilitaba la imagen de una epidemia fuera de control.

¹⁵⁹ Como hemos visto en el anterior punto también hubo muchas estadísticas en torno al VIH/SIDA que fueron usadas para romper la imagen de homogeneidad de la epidemia en África y reivindicar su diversidad, sus efectos y las situaciones que creaban en los estados africanos.

Hemos visto a lo largo de este segundo punto cómo la medicalización asistencialista propuso un encuentro de las actuaciones de las agendas de desarrollo y los intereses estratégicos de EEUU en torno al valor central otorgado al VIH/SIDA y el impulso dado a la medicamentación como principal estrategia de lucha contra la epidemia. A continuación veremos un tercer tipo de tratamiento excepcional dado al VIH/SIDA, en este caso el que surge como respuesta a la actualización de la red global de vigilancia epidemiológica.

9.4 Medicalización global.

La tercera estrategia de medicalización del estado africano dialoga con el proceso de devaluación de la OMS que comienza durante la década de los ochenta y que estuvo caracterizado por, la irrupción del Banco Mundial con su agenda propia para el desarrollo de los sistemas de salud, que ya repasamos en el primer apartado de este capítulo, y la creación del *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA* (ONUSIDA; 1996), que elaboró un conocimiento estadístico sobre la epidemia fundamental para coordinar la respuesta internacional. A la aparición de estos organismos tenemos que agregar los problemas creados por la retirada de la financiación que EEUU, su principal donante, proporcionaba a la OMS; la aparición de nuevos financiadores cuyas aportaciones se situaron fuera del presupuesto oficial de la agencia, y por tanto del control de su Asamblea; y las acusaciones de corrupción y nepotismo hacia su Secretario General (Cueto, 2006; 26). Todas estas circunstancias debilitaron la autoridad internacional de la OMS, y facilitaron que sus expertos atendieran las peticiones de sus colegas estadounidenses, por adecuar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional a uno global, capaz de responder a las amenazas que planteaban la circulación de nuevas enfermedades infecciosas. El temor de la OMS porque EEUU y otros socios pudieran establecer un sistema de vigilancia epidemiológico global, con independencia de la OMS, impulsó la respuesta de la organización a sus demandas (Weir; 2014). Esta adecuación sucedió en dos momentos; en primer lugar incorporó el concepto de *virus emergente* en su agenda, y en un segundo movimiento realizó las transformaciones tecnológicas y normativas necesarias para disponer de un nuevo sistema de vigilancia epidemiológico global. En todo ello, como a continuación repasamos, la epidemia de VIH/SIDA volvió a jugar un papel central.

9.4.1 El concepto de virus emergente.

Como vimos en el capítulo siete, tras la Segunda Guerra Mundial la percepción de la enfermedad, como un problema de seguridad, había decaído en los estados occidentales. Sin embargo, durante este mismo periodo los expertos de seguridad de EEUU y los epidemiólogos del CDC habían dado forma a diferentes dispositivos de emergencia capaces de responder a una agresión o accidente vírico en su territorio (Collier and Lakoff, 2008). A comienzos de la Postguerra Fría virólogos, microbiólogos y medios de comunicación estadounidenses reforzaron el significado de amenaza que suponía la re-emergencia internacional de las enfermedades infecciosas para la salud pública, la seguridad nacional y el comercio internacional (King, 2002; 765). El comienzo de este renovado interés se sitúa el 1 de mayo de 1989 con la celebración de la Conferencia *Emerging Viruses: The Evolution of Viruses and Viral Disease* organizada por el virólogo Stephen S. Morse, el microbiólogo Joshua Lederberg y patrocinada por el *National Institutes of Health* y la Universidad Rockefeller. La Conferencia abordó la amenaza que suponía los nuevos organismos infecciosos aparecidos desde comienzos de la década de 1980 como, el VIH, el virus del Ebola, el hantavirus y las nuevas resistencias a antibióticos desarrolladas principalmente en el caso de la tuberculosis¹⁶⁰. Durante la Conferencia Stephen Morse presentó el concepto de “virus emergentes” y propuso profundizar en los factores que caracterizaban su naturaleza, como eran: sus causas de aparición, sus modelos de propagación, los riesgos sanitarios que planteaban y las estrategias necesarias para prevenir o gestionar su circulación global (King, 2002; 766). Tres años después de la Conferencia el *Institute of Medicine (IOM)* publicó el Informe “*Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*” que amplió el concepto de “virus emergente” a través de la creación del término “enfermedad emergente”. El informe fue “la pieza central de una importante campaña” para alertar a los dirigentes y la sociedad de Estados Unidos de que las enfermedades infecciosas, que parecían históricamente relegadas al mundo en

¹⁶⁰ La Conferencia 'Emerging Viruses: The Evolution of Viruses and Viral Disease', fue celebrada con la colaboración “científica” del NIH's Fogarty International Center y the Division of Microbiology and Infectious Diseases of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases. A ella asistieron más de 200 participantes entre los que había importantes científicos como Robert E. Shope, Alfred S. Evans, Frank Fenner y Donald Henderson. (King, 2002; 764)

desarrollo, amenazaban también su territorio e intereses (King, 2002: 768). En palabras del propio Informe:

“Como la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) seguramente debería habernos enseñado, en el contexto de las enfermedades infecciosas, no hay ningún lugar en el mundo del que estemos alejados y nadie de quien estemos desconectados. En consecuencia, algunas enfermedades infecciosas que ahora afectan a personas en otras partes del mundo representan amenazas potenciales para los Estados Unidos debido a la interdependencia global, el transporte moderno, el comercio y los cambios en los patrones sociales y culturales. (Lederberg, Shope & Oaks, 1992, VI)

Como vemos, el Informe daba un papel central al VIH/SIDA como una “enfermedad infecciosa emergente” y mostraba también su preocupación por otras enfermedades como la Enfermedad de Lyme, úlcera péptica, malaria, dengue y el aumento reciente de la resistencia a la tuberculosis y la malaria, sobre todo en zonas de África. Según el mismo informe diversos factores habían alterado los vectores de transmisión, exponiendo así a nuevos grupos de población a enfermedades procedentes de otros territorios. La investigación relacionó esas dinámicas con una multiplicación de factores entre los que encontramos: la rápida urbanización, los movimientos migratorios, el crecimiento de la población, los refugiados y desplazados por guerras o crisis económicas, la construcción de presas, la deforestación, el cambio climático, las inadecuadas condiciones sanitarias, la falta de campañas de inmunización o programas de control de los vectores y los comportamientos personales que incluían las actividades sexuales, la propia vulnerabilidad inmunológica de la población y la rapidez de los medios de transporte (Lederberg, Shope & Oaks, 1992: 34). El interés por las “enfermedades infecciosas emergentes” se multiplicó cuando centros de inteligencia como *National Intelligence Council*, prestigiosos medios científicos como CDC y National Science and Technology Council (CDC; 1994, CISET; 1995), y congresos anuales, como el celebrado en 1995 por la Academia de Medicina de Nueva York y el IOM centraron su atención en la problemática de las “enfermedades emergentes”. Nicholas B. King agrupa el creciente interés que durante esos años suscita el nuevo campo de investigación y que conllevó que en 1995, el CDC lanzara la publicación online, *Emerging Infectious Diseases* que se convirtió en el referente para la publicación de trabajos científicos sobre “la comprensión de los factores involucrados en su

aparición, prevención y eliminación” para lograr una “difusión rápida y amplia de información confiable sobre enfermedades infecciosas emergentes”; el año siguiente, como respuesta a una petición de los editores del *Western Journal of Medicine*, el *Journal of the Norwegian Medical Association*, y el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 36 publicaciones médicas en 21 países dedicaron algún número o parte de sus publicaciones a la cuestión de “las enfermedades emergentes o reemergentes” (King, 2002; 769-770). En el contexto creado por la multiplicación de las investigaciones científicas se comienza a impulsar el diseño de una respuesta vírica, centrada en prevenir el riesgo de un estallido global, priorizando para ello una serie de actuaciones como fueron, la financiación para fortalecer la vigilancia epidemiológica, el refuerzo de la investigación en virología y biología molecular, la creación de las alianzas publico-privadas para desarrollar vacunas y medicamentos y la mejora de la coordinación entre instituciones de salud pública locales, nacionales e internacionales (Lederberg, Shope & and Oaks, 1992). Esta respuesta desplazaba ya desde sus orígenes la actuación sobre los factores ecológicos, que habían sido considerados determinantes en la aparición de los estallidos.

Una serie de sucesos internacionales contribuyeron a elevar la preocupación social por las enfermedades emergentes, como fueron, el uso en 1988, durante la guerra irano-iraquí, de gases tóxicos por el ejército iraquí contra la población kurda de Halabja, la disolución de la Unión Soviética a comienzos de la década de 1990 que dejó abierta la posibilidad de que el material biológico almacenado en sus antiguos laboratorios pudiera pasar a manos de redes terroristas u otros estados con intenciones de usarlo y el ataque con gas sarín que perpetró en 1995 la secta Aum Shinrikyo en el metro de Tokio (Collier, Lakoff y Rabinow, 2003). Esta preocupación aumento también a través de las revistas de divulgación científica, como *Bioscience*, *Medical World News* y *Science News*, películas catastróficas y los artículos publicados por Richard Preston y Laurie

Garrett (King, 2002; 769)¹⁶¹. Todo ello contribuyó a cuestionar la creencia que operaba desde el final de la Segunda Guerra Mundial y que había permitido que las sociedades occidentales consideraran que los avances médicos, la mejora de la calidad de vida y los avances en la salud pública habían hecho que las enfermedades infecciosas fuera una amenaza superada.

Para Lorna Weir y Eric Mykhalovskiy el concepto de “*enfermedad infecciosa emergente*” comienza a adecuarse a otras agendas nacionales e internacionales en diciembre de 1993, cuando el *Laboratory Center for Disease Control* de Canadá organizó un taller en Lac Tremblant (Quebec) con el propósito de incorporar el concepto de *enfermedad emergente* dentro de sus políticas. El taller contó con la asistencia de 37 participantes canadienses y 5 internacionales; 3 de los Estados Unidos, que había participado activamente en las principales investigaciones relacionadas con la creación y difusión del concepto, y dos expertos de la OMS que fueron, el Dr. James LeDuc¹⁶² y el Dr. Giorgio Torrigiani, expertos del Departamento de Enfermedades Infecciosas de la OMS (Weir and Mykhalovskiy; 41). El taller finalizó con la firma de la *Declaración de Lac Tremblant* (1994) que abogaba por contener estas enfermedades en sus territorios de aparición, para lo que consideró necesario que la OMS reconociera que estas *enfermedades emergentes* eran un problema de salud pública tanto para los países occidentales como para los del Sur global, por lo que recomendaba adoptar “un enfoque global” que incluyera “un sistema de alerta temprana” y “un sistema de vigilancia global activo” (Lac Tremblant Declaration 1994; 5). Lorna Weir destaca que la Declaración de Lac Tremblant no ofreció un listado concreto de “*enfermedades*

¹⁶¹ En octubre de 1992, Richard Preston publicó el artículo *Crisis in the Hot Zone* (Preston; 1992¹⁶¹) donde describía la aparición en 1989 de un brote de fiebre hemorrágica de Ebola en un envío de monos de laboratorio importados desde Filipinas a Nueva York que habían sido sometidos a cuarentena en Reston (Virginia) al detectarse que portaban la enfermedad. El periodista bautizó este suceso como el “incidente de Reston” y afirmó que el accidente demostraba la validez del Informe del IOM de 1992 en el que identificaba las nuevas “enfermedades emergentes” y el hecho de que aunque se tratara de virus diferentes todos suponían por igual una grave amenaza para los Estados Unidos (Preston; 1992: 80). La periodista Laurie Garrett también cubrió el “incidente de Reston” (Garrett; 1990a) y los dos periodistas publicaron el mismo año de 1994 sendos libros dedicados a la amenaza de las “enfermedades emergentes”. Garret escribió *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance* y Preston *The Hot Zone* lo que además de aumentar sus ventas garantizaron según King que durante la década de 1990 las “enfermedades emergentes” permanecieran en las primeras páginas de los diarios (King, 2002; 769)

¹⁶² Del Medical Officer, Division of Communicable Diseases y que había participado en artículos y publicaciones con Morse

emergentes” sino que habló de manera general para señalar la posibilidad de emergencia de otras aún desconocidas (Weir, 2014; 20).

La firma de la *Declaración de Lac Tremblant* (1994) impulsó que los expertos de EEUU, Canadá y la OMS cooperaran para adecuar su sistema de vigilancia epidemiológica internacional a uno global, para lo que propuso que la estrategia nacional canadiense de vigilancia y control de las enfermedades emergentes sirviera a los expertos de la OMS como modelo para la creación de un sistema de vigilancia global (Weir, 2016; 19). Siguiendo estas recomendaciones, los expertos de la OMS celebraron del 24 al 26 de abril de 1994 una reunión en su sede central de Ginebra para adecuar y desarrollar los compromisos adoptados en la *Declaración de Lac Tremblant*. En la reunión, a la que acudieron representantes de EEUU y Canadá, Joshua Lederberg propuso la internacionalizar del concepto de *enfermedad infecciosa emergente* más allá de los “países desarrollados” (OMS, 1994; 5). En una segunda reunión, celebrada los días 12 y 13 de enero de 1995, los expertos de la OMS relacionaron el concepto de EID con otros programas que la organización había desarrollado a lo largo de su historia en el ámbito de la vigilancia y el control de enfermedades infecciosas como, la malaria, viruela, gripe, poliomielitis, VIH, leishmaniasis, enfermedades transmitidas por los alimentos y las resistencias antimicrobianas generadas a la tuberculosis. (OMS; 1995; 2). Estos antecedentes históricos en materia de vigilancia epidemiológica permitían que la OMS reclamara su autoridad médica para liderar la respuesta internacional a estas nuevas amenazas víricas tratando de evitar así que los Estados Unidos y Canadá emprendieran actuaciones unilaterales (Weir, 2014; 20). Cuatro meses después de esta segunda reunión, la Asamblea anual de la OMS aprobó la Resolución 48.13, *Communicable Disease Prevention and Control: New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases* donde reconocía la necesidad de revisar la regulación sanitaria internacional en vigor desde 1951 y daba instrucciones en este sentido al director general de la OMS (Fidler, 2005; 342). La interpretación de la amenaza como un riesgo potencial e impredecible impulsó que los expertos de la OMS reformaran el sistema de vigilancia epidemiológico internacional, que vigente desde la Guerra Fría había sufrido su última modificación en 1969; se entendió así que el sistema había quedado desactualizado para responder a las nuevas amenazas ya que limitaba su actuación a los espacios fronterizos (OMS, 2007; XIV). Para ello fue necesario impulsar la creación y despliegue de nuevas tecnologías de vigilancia epidemiológica que transformaron el

sistema internacional en uno global, pero no se mostró igual interés por operar sobre las relaciones ecológicas o promover el diseño de planes nacionales o regionales que operaran considerando estas enfermedades como problemas de desarrollo (Weir, 2014: 20)¹⁶³. A continuación repasamos las principales características de estas nuevas tecnologías.

9.4.2 La tecnología del sistema de vigilancia epidemiológico global.

Las dos principales tecnologías que desarrollaron los expertos de la OMS fueron la *Red Global de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos* (Global Outbreak Alert and Response Network-GOARN) y la revisión y aprobación de un nuevo *Reglamento Sanitario Internacional* (RSI). El diseño del GOARN se basó en implementar un sistema informático dedicado a la vigilancia, detección y respuesta rápida a un estallido y el nuevo RSI internacionalizó las denominadas *preparaciones para pandemias* como protocolos de actuación estatales para contener un estallido vírico en su territorio. Ambas tecnologías han permitido que los expertos de la OMS dispongan del acceso más rápido y completo de su historia a la información sobre enfermedades infecciosas y otros accidentes de salud pública (Fidler and Gostin, 2006; 93). A continuación repasamos las principales características de estas dos tecnologías.

Como vimos, la Resolución 48.13 de la Asamblea Mundial de la Salud de 1995 posterior al taller de Lac Tremblant demandó desarrollar un *sistema de vigilancia epidemiológica global*. Las anteriores estrategias de vigilancia epidemiológicas internacionales se consideraron obsoletas, entre otras cosas porque los estados no cumplían el mandato emanado de la Regulación Sanitaria Internacional (1969) que obligaba a notificar a la organización cualquier brote identificado en su territorio en relación a seis enfermedades que eran: cólera, peste, fiebre recurrente, viruela, tifus y fiebre amarilla (Fidler and Gostin, 2006; 88). Para enfrentar este problema los expertos de la OMS, en colaboración con sus homólogos canadienses y estadounidenses, crearon un nuevo sistema de monitorización con el objetivo de recoger información no oficial, es decir procedente de otras fuentes diferentes al estado. Así, en octubre de 1995 después de la aprobación de la Resolución 48.13, *Communicable Disease Prevention*

¹⁶³ La excepción a todo ello fue el VIH/SIDA que se incorporó a los programas de desarrollo (Weir and Mykhalovskiy, 2010; 62).

and Control: New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, la OMS creó la oficina *Emerging and Other Communicable Diseases* que comenzó el desarrollo de un plan estratégico de alerta y respuesta global denominado *The World on Alert* (OMS, 1996). El objetivo del plan era ser capaz de reconocer el estallido de una *enfermedad emergente* durante las 24 horas posteriores a su eclosión de forma que pudiera contenerse lo más rápidamente posible (Weir and Mykhalovskiy, 2010; 148–149). En base a ese trabajo en 1997 comenzó el desarrollo de la *Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos* (Global Outbreak Alert and Response Network-GOARN) que entró en funcionamiento finalmente en el año 2000 con la finalidad de facilitar la circulación de información entre diferentes actores con el objetivo de identificar, confirmar y responder rápidamente a cualquier estallido vírico que pudiera suponer un brote epidémico de importancia internacional (Weir and Mykhalovskiy, 2010; 166-167). La estrategia de la red del GOARN recupera la desarrollada por el programa on-line *Global Public Health Intelligence Network* de Canadá (GPHIN) que perseguía: “ser una fuente indispensable de alerta temprana para posibles amenazas a la salud pública en todo el mundo, incluidas las químicas, biológicas, radiológicas y nucleares” (Health Canada, 2018)¹⁶⁴. El GPHIN funciona a través de un programa informático que rastrea redes globales donde diferentes actores (profesionales de la medicina, institutos médicos o de investigación, trabajadores en terreno, ONGs o periodistas) intercambian información epidemiológica no oficial, noticias, rumores o eventos relacionados con un posible estallido vírico, algo menos novedoso de lo que parece porque, como vimos en un sistema de información no oficial, o secundario, ya había sido desplegado internacionalmente durante el Programa de Erradicación de la Viruela¹⁶⁵ (Weir and Mykhalovskiy, 2010). La colaboración entre los expertos de la OMS y los de Canadá supuso, que los primeros verificaban la información no oficial sobre estallidos que recopilaba el sistema de alertas epidemiológicas canadiense; de esta forma la autoridad internacional de la OMS se reforzaba al tener la potestad de verificar la información proveniente de fuentes no estatales. Este sistema de monitoreo actúa como un programa de datos masivos que acumula variables de la población con el

¹⁶⁴ https://gphin.canada.ca/cepr/aboutgphin-rmispnbref.jsp?language=en_CA

¹⁶⁵ Otros programas habían desarrollado con anterioridad las posibilidades que la revolución tecnológica permitía a la vigilancia epidemiológica global como el PROMed (1994) monitorizado por la Federation of American Scientists (Elbe, 2010).

objetivo de analizar e identificar, a través de logaritmos y cálculos de gestión, las probabilidades de un estallido vírico (Elbe, 2010; 6-8). El programa no confirma tanto la aparición de un estallido vírico, algo que sigue recayendo en las autoridades estatales consultadas por la OMS, pero informa de la circulación de ciertos datos o noticias por la red que avisa de la posibilidad o riesgo de su eclosión. Para verificar las alertas enviadas por *Health Canada* a través de la red GPHIN los expertos de la OMS crearon un cuerpo específico al que denominaron *Outbreak Verification Team* y que opera desde Ginebra para consultar a fuentes estatales y confirmar o desmentir la veracidad de la información transmitida (Mykhalovskiy and Weir, 2006; 43).

En mayo de 2001, antes de los atentados del 11-S, la Asamblea de la OMS aprobó la Resolución 54.14 por la cual autorizaba a que el GOARN detectara también riesgos y accidentes relacionados con la manipulación intencionada o accidental de los agentes biológicos (OMS; 2001). Más adelante, en mayo de 2002, después de los atentados contra el World Trade Center y la posterior liberación intencionada de esporas de ántrax en Estados Unidos, se aprobó extender el mandato de las funciones de la seguridad sanitaria global a otras amenazas consideradas tradicionales como eran el uso de agentes químicos, biológicos o radionucleares que pasan a ser interpretadas también como “una amenaza para la salud pública mundial” (Weir, 2014; 21).

Si analizamos los estallidos advertimos cómo de los 685 brotes epidémicos o eventos verificados por la OMS entre 2003 -2006 que podían revestir importancia para la salud pública internacional, 288 se localizaron en África (OMS, 2007; 67). Sin embargo, las emergencias epidémicas que más preocuparon en ese momento provinieron de las regiones asiáticas. En 2002 estalló el brote de *Síndrome Respiratorio Agudo Severo* (SRAS), concretamente en la provincia china de Cantón y que se extendió más allá de la región asiática hasta afectar a Canadá y EEUU. La respuesta al SRAS reforzó la autoridad de la OMS porque la capacidad de contener el brote se entendió como el resultado compartido del envío de sus equipos de expertos al país, después de que durante meses sus gobernantes desautorizaran su entrada, y la eficacia del GOARN que suministró una información epidemiológica fundamental, para rastrear las cadenas de contagio ante la negativa de las autoridades chinas de facilitar las noticias referentes a la epidemia (Fidler, 2003). La respuesta dada al SRAS fue fundamental en estos tres aspectos: introdujo la securitización de la salud en las agendas de los países asiáticos, y en sus organismos de cooperación regionales, (Caballero-Anthony, 2007), construyó

una narración sobre el estallido y el riesgo global de nuevas enfermedades infecciosas que aumentó la ansiedad socio-sanitaria en Occidente (Leach, Scoones and Stirling, 2010; 370) y reforzó la securitización internacional de las “enfermedades emergentes” (King, 2002; 767). El SRAS dialogó con el concepto de “enfermedades emergentes” para reforzar la elaboración de un relato periodístico que consideraba que estas enfermedades eran naturales a una parte del globo, especialmente África y Asia, pero que los medios de transportes podían llevar fácilmente a los estados occidentales, como ya había sucedido con el VIH, el Ebola y el West Nile Virus. Los relatos subrayaron la aparición de nuevas figuras como los “superspreaders” (“super-propagadores”) quienes por medio de los vuelos internacionales podían contagiar la enfermedad por diferentes puntos del planeta, en un par de semanas y causar así una epidemia de dimensiones planetarias (Wald, 2008; 9). El relato también indicaba el origen animal de estas “enfermedades emergentes”, que por diversas razones pasó a los seres humanos, lo que reforzaba la percepción de enfrentarse a un peligro de dimensiones desconocidas. Este relato volvió a prescindir de explicar las causas estructurales o ecológicas de la aparición de los estallidos para localizar su reaparición en las prácticas de las granjas familiares, los mercados locales y desplazar el interés por la actuación en las explotaciones ganaderas, reforzar el temor del paso de virus o enfermedades del mundo animal a los humanos (Wald, 2008; 7).

El SRAS también contribuyó decisivamente a otra reforma dentro del sistema de vigilancia epidemiológico internacional. La resistencia que las autoridades chinas pusieron a permitir la intervención en su territorio y a compartir la información que tenían sobre el virus impulsó la creación de un grupo de trabajo que revisó el Reglamento Sanitario Internacional (Fidler, 2005; 326). El resultado de este trabajo supuso que en junio de 2007 entrara en vigor un nuevo RSI que introducía las denominadas *preparaciones para pandemias* que son un conjunto de recomendaciones y actuaciones que los estados deben obligatoriamente incorporar en sus sistemas nacionales de salud para identificar y contener con celeridad un estallido vírico de alcance global sucedido dentro de sus fronteras (Fidler, 2005; 340). Entre las actuaciones que reúnen estas *preparaciones para pandemias* destacan los protocolos de alerta epidemiológica, los mecanismos de compra y almacenamiento de fármacos y las guías o planes de actuación gubernamentales para coordinar la actuación entre el sector salud y otros sectores de gobierno (Cox, Tamblin and Tam, 2003). Estas preparaciones

difieren de las medidas anteriores que estipulaba el sistema de vigilancia epidemiológico internacional al no limitar su actuación exclusivamente a las rutas, fronteras, puertos y aeropuertos sino que intervienen al interior de los estados y sus sistemas nacionales de salud (Fidler, 2005; 361-365). Las *preparaciones pandémicas* agrupan una serie de contramedidas médicas entre las que destacamos aquellas que refuerzan la respuesta farmacéutica al incentivar la investigación, compra y almacenamiento de fármacos como: antivirales, vacunas, antibióticos, antitóxicos y otros productos médicos. En EEUU, la Unión Europea, los estados asiáticos estas *contramedidas médicas* han sido la principal estrategia para enfrentar estas inseguridades sanitarias globales (Enemark, 2007). La securitización de las enfermedades infecciosas ha permitido que en la UE y los Estados Unidos se hayan introducido un conjunto de medidas excepcionales destinadas a estimular la investigación y el desarrollo de fármacos antivirales, como por ejemplo: el financiamiento público dirigida especialmente a su investigación, la protección legal a las compañías farmacéuticas ante posibles reclamaciones por las lesiones o efectos adversos que pudieran provocar, la aprobación de decretos especiales para permitir la comercialización más rápida de medicamentos y los procedimientos extraordinarios para dispensar medicamentos de manera masiva fuera de los centros de salud o las oficinas de farmacia usando para ello las redes de comunicación (e-mail) (Elbe, Roemer-Mahler, Long, 2015). Así desde la primera década del siglo XXI los gobiernos occidentales han movilizado sus fondos para incentivar el desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas contra una gama variada de amenazas a la seguridad sanitaria. Por ejemplo, en 2004, el gobierno de los Estados Unidos a través del *Proyecto Bioshield* proporcionó 5.6 millones de dólares para la compra y almacenamiento de medicamentos y vacunas contra enfermedades que pudieran suponer una amenaza a su seguridad. A la vez, el Congreso de los Estados Unidos aumentó el presupuesto de defensa biológica de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de 53 millones de dólares en 2001 a 1.7 mil millones de dólares en 2005 (Elbe, Roemer-Mahler, Long, 2015; 494-495). El sistema de vigilancia epidemiológico global no protege solo el comercio frente a las circulaciones infecciosas, como hacía en el pasado, sino que el incentivo económico de las medidas excepcionales para estimular la industria farmacéutica se convierte también en un elemento central de la propia estrategia de vigilancia epidemiológica global.

9.4.3 Cuestionamientos al funcionamiento de la red de vigilancia epidemiológica.

Después del éxito que supuso el control del SRAS la respuesta dada por la OMS a posteriores circulaciones infecciosas, consideradas como amenazas internacionales, supusieron la aparición de diferentes resistencias y cuestionamientos al modelo de actuación del sistema de vigilancia epidemiológico global. Tras la amenaza sanitaria internacional declarada por el estallido de gripe aviar H5N1 de 2004-2005 se analizó, evaluó y comparó el grado de implementación de las preparaciones pandémicas en 37 estados africanos (Otu et al; 2008). El resultado del análisis mostró que el grado de adecuación variaba en función del estado examinado pero también que todos ellos compartían los problemas técnicos y presupuestarios que dificultaban introducir las tecnologías de vigilancia epidemiológica en sus sistemas nacionales de salud (Ortu et al., 2008). El mismo examen realizado a un grupo de estados del sureste asiático ofreció resultados semejantes y demostró que si bien sus gobiernos asumían las reformas propuestas por la OMS sus dificultades técnicas y financieras impedían llevarlas a cabo (Davies, 2011). Un ejemplo de esta situación lo encontramos durante la gestión de la amenaza de gripe aviar H5N1 (2004-2005) en Zambia. En este caso la estrategia epidemiológica que desplegó la OMS en colaboración con el Banco Mundial y la FAO estuvo centrada en coordinar distintos sectores de gobierno (infraestructuras, ganadería, agricultura, salud) y fortalecer las labores de vigilancia sanitaria sobre el sector avícola lo que desvió la atención, que los escasos veterinarios del país centraban en la vigilancia de la brucelosis y la tuberculosis bovina, las dos enfermedades más extendidas entre sus reses, para dedicar sus esfuerzos a la detección del virus H5N1. Esta tarea interfería seriamente con un modelo de desarrollo económico que el gobierno zambiano había basado en el desarrollo de la ganadería vacuna (Mwacalimba, 2012). Otro ejemplo del desplazamiento de las necesidades locales en favor de la vigilancia epidemiológica global sucedió cuando la oficina regional de la OMS-Afro criticó que las preparaciones pandémicas de la OMS desplazaban otras estrategia de vigilancia epidemiológica más integradas en la APS como era el IDSR (*Integrated Diseases Surveillance and Response*) donde las actividades de vigilancia epidemiológica se integraban dentro de los servicios de salud y tenía como objetivo responder a las inseguridades sanitarias más comunes a su población como son eran el sarampión, la meningitis o el cólera (Ijamakinwa and Stephenson, 2012; 117).

En el caso del brote de la gripe H1N1 de 2009 las críticas a las preparaciones pandémicas surgieron por la falta de acceso a los medicamentos para los estados africanos. En junio de 2009, Sudáfrica, Kenya y Uganda tenían reservas de antivirales en una cantidad de 100.000, 50.000 y 10.000 dosis respectivamente. Estas cantidades eran claramente inferiores a la de los países desarrollados, por ejemplo Australia disponía de 8,75 millones de antivirales (una de las más altas reservas per cápita en el mundo). La farmacéutica Roche fijó un precio de venta para los paquetes de 10 cápsulas de antiretrovirales inferior para los países en desarrollo (entre 2-6 dólares). En estas condiciones el inicio del brote en 2009, Sudáfrica y Egipto, los países más ricos del sur y norte de África, pudieron comprar 1,3 millones y 5 millones de dosis de la vacuna, respectivamente. Sin embargo, otras naciones, entre ellas Nigeria y Kenia no pudieron obtenerlas y tuvieron que depender de la donación de vacunas de la OMS, que llegaron casi un año después, para cumplir con las recomendaciones de la organización. Los gobiernos africanos no pudieron comprar las dosis necesarias para cumplir con las recomendaciones de la OMS por lo que tuvieron que pedir la cooperación del organismo. La OMS envió reservas y donaciones de antiretrovirales a Nigeria y a otros países considerados vulnerables al brote de H1N1. La donación a Nigeria valorada en 2.8 millones de dólares solo hubiera cubierto la atención a 18.800 pacientes. Considerando el cuadro epidemiológico final de las tasas de infección y mortalidad de H1N1 en África, los antivirales y las vacunas adquiridas fueron excesivos. Sin embargo, las vacunas no estuvieron disponibles para prevenir la posible mortalidad en los países en desarrollo (Ijamakinwa and Niamh Stephenson, 2012; 118).

Sin embargo, la resistencia más significativa a estas preparaciones pandémicas la opuso el gobierno de Indonesia al negarse a participar en el sistema de cooperación de cepas víricas *Global Influenza Surveillance Network (GISN)* durante la crisis de gripe aviar H5N1 en 2006 (Irwin, 2010). Su Ministra de Salud justificó la actuación denunciando que la OMS transfería el material genético encontrado en su territorio a laboratorios farmacéuticos de Estados Unidos y Australia, quienes lo usaban para investigar el desarrollo de posibles nuevas vacunas, que en caso de desarrollarse tendrían un precio de venta en el mercado inaccesible para su población (Irwin, 2010; 3). El gobierno de Indonesia solicitó revisar las normas comerciales que regulaban el acceso a los medicamentos para volver a compartir su material vírico y alegó que las cepas encontradas en su territorio quedaban bajo control de sus autoridades en base al

concepto de «soberanía vírica» (Elbe, 2010; 482). Otros países del Sur apoyaron la postura del gobierno de Indonesia lo que reabrió el debate en torno a la revisión de las normas que regulaban el comercio global de fármacos. La suspensión de los mecanismos de cooperación científica abrió una crisis en los protocolos y las regulaciones de seguridad de la OMS. Los países del Sur que se alinearon con el gobierno de Indonesia se opusieron a las demandas de cooperación de la OMS y otros estados occidentales liderados por Estados Unidos. Sin embargo, los estados occidentales a diferencia de los estados africanos habían podido hacer uso de la suspensión de las patentes al presentar como un problema de seguridad nacional los ataques de ántrax posterior al 11-S (Elbe, 2010; 483).

9.5 Conclusión.

A lo largo del capítulo hemos presentado el despliegue de tres redes impulsoras de un tipo de poder médico global que surgió del encuentro entre los procesos de securitización de la salud, el fundamentalismo neoliberal, la evolución de las agendas dedesarrollo y la transformación del sistema de vigilancia epidemiológico internacional. En todo ello hemos visto la centralidad que tuvo en sus orígenes y desarrollo la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA y los diferentes significados de excepcionalidad que supuso. En común, los tres procesos de securitización de la salud repasados, y las iniciativas lanzadas han supuesto la evolución de una medicalización de las relaciones internacionales hacia una medicamentación caracterizada por la relevancia dada a la investigación, desarrollo y dispensación de fármacos y el desplazamiento de la actuación sobre los factores estructurales de la enfermedad y la mala salud.

DÉCIMO CAPÍTULO

10. La 24° EVE. La crisis en la medicamentación de las relaciones internacionales.

Durante la 24° EVE, las tres estrategias repasadas en el anterior capítulo continuaron desplegándose pero fueron cuestionadas de distinta forma. El desarrollo de la 24° EVE supuso una reflexión crítica del alcance logrado por estos procesos de medicamentación. El ébola había sido interpretado como una *enfermedad infecciosa emergente* (EID), que podía ser usada como un agente de guerra biológica, lo que permitió movilizar la atención política y desbloquear temporalmente los presupuestos para su investigación militar (Honigsbaum, 2017; 273). El poco interés que al ébola había suscitado, en otros laboratorios diferentes a los militares, hizo de la EVE un ejemplo prototípico de enfermedad olvidada por la industria farmacéutica, algo que la OMS denomina como una “enfermedad tropical desatendida”. Como veremos a continuación la securitización de la 24° EVE impulsó un cambio en el tratamiento dado a la enfermedad porque abrió líneas para financiar su investigación pero siguió sin actuar sobre las causas internacionales y sociales que condicionaron su emergencia y desarrollo.

10.1 Retraso en la respuesta.

Mark Honigsbaum explica que la actuación de los expertos de la OMS durante la 24° EVE puede ser explicada de tres maneras. Un primer relato incide en la "falta de liderazgo" para desarrollar una respuesta rápida y en la incapacidad de la OMS-AFRO de lograr la colaboración de los países afectados (MSF, 2015; 8)¹⁶⁶. De hecho, la OMS reconoció en una evaluación interna filtrada a la prensa el 8 de mayo del 2015 que demoró la declaración de emergencia sanitaria internacional por miedo a las previsibles consecuencias negativas que podía tener para la economía y la política de los estados africanos (OMS, 2015; 15). Un segundo relato relaciona el fracaso inicial, o la lentitud

¹⁶⁶ Lawrence O. Gostin and Eric A. Friedman, ‘A Retrospective and Prospective Analysis of the West African Ebola Virus Disease Epidemic: Robust National Health Systems at the Foundation and an Empowered WHO at the Apex’, *The Lancet*, 385, 9980 (2015) 1902–9.

de la respuesta de la OMS con los recortes presupuestarios (OMS, 2015; 18). La reducción, hasta un 50% la financiación de los sistemas de vigilancia epidemiológico, supuso que de los 469 millones de dólares destinados en 2012 se pasara a 208 millones de dólares en 2014 lo que mermó su capacidad real de respuesta (Philips and Markham, 2014; 1181). Pero la tercera crítica, que consideramos más interesante y productiva, sostiene que el proceso de securitización de las enfermedades infecciosas sucedido durante las anteriores décadas influyó decisivamente en el modelo de respuesta a la 24^o EVE. A diferencia de brotes anteriores de viruela, polio o nuevos subtipos de gripe, que fueron notificados de manera automática, la OMS sometió a la 24^o EVE a un conjunto de clasificaciones, algoritmos y mecanismos para calcular cuándo y en qué punto podría ser un “riesgo significativo de propagación internacional” y declararla así como una “emergencia de salud pública de preocupación internacional”¹⁶⁷. Los expertos de la OMS siguieron estos procedimientos lo que inevitablemente conllevó una demora en la respuesta¹⁶⁸. También para comprender el retraso en la respuesta hay que recordar que durante los 23 brotes anteriores de EVE para controlar los estallidos había sido suficiente con tomar una serie de medidas: de vigilancia, aislamiento temprano de los pacientes infecciosos, entierro rápido de las víctimas y rastreo de contactos para romper la cadena de transmisión (OMS, 2015; 15). Este conocimiento de una enfermedad letal pero controlable a través de medidas de vigilancia y control influyó también en que la respuesta inicial de la OMS no fuera tan rápida¹⁶⁹. Todo ello, explicaría en parte que los expertos de la OMS desconsideraran la información que el 31 de marzo suministró Médicos Sin Fronteras en donde hablaba de un estallido de ébola “sin precedentes” debido a diversas causas como eran: los debilitados sistemas de salud, la falta de experiencia en la lucha contra la enfermedad y la fácil extensión de la enfermedad a otros territorios. Los expertos de la OMS rebajaron este anuncio al afirmar que el virus

¹⁶⁷ La identidad del Ébola a nivel molecular y el conocimiento de nuevos subtipos virales con su propia nomenclatura distintiva y diferente posición en el árbol filogenético del Ébola provocó disputas sobre el nombre correcto del género y su subespecie y la especulación sobre las variaciones en la virulencia y la mutabilidad del virus. (Honigsbaum, 2017; 273)

¹⁶⁸ Por ejemplo, durante la epidemia de EVE de Kikwit en 1995 el virus circuló durante trece semanas antes de que la enfermedad fuera detectada y aparecieran los primeros casos de fallecimiento de trabajadores de salud. Sin embargo, después de su identificación el brote fuera rápidamente controlado. que no no sucedía en el caso de la 24^o EVE (Honigsbaum, 2017;277)

¹⁶⁹ Por ejemplo, durante la epidemia de EVE de Kikwit en 1995 el virus circuló durante trece semanas antes de que la enfermedad fuera detectada y aparecieran los primeros casos de fallecimiento de trabajadores de salud. Sin embargo, después de su identificación el brote fuera rápidamente controlado.

no era excepcional sino que presentaba dinámicas características a brotes anteriores, lo que permitía pensar en un modelo de actuación ya conocido (MSF, 2015; 6). Esta desautorización se repitió a finales de junio de 2014 cuando MSF volvió a informar de que “la epidemia está fuera de control” y demandó “una reacción internacional para que llegaran medios al terreno (personal médico preparado, formación para personal local, etc...)” y la OMS respondió tildando nuevamente estas declaraciones de «alarmista» (MSF, 2015; 7).

La respuesta a la epidemia llegó de la mano del aumento del crecimiento de la mortalidad que la enfermedad estaba causando en África Occidental y del incremento del interés mostrado por los medios de comunicación ante el aumento de las repatriaciones y de las estimaciones de extensión global de la enfermedad. En un escenario global caracterizado por la percepción del riesgo y la ansiedad socio-sanitaria de la opinión pública occidental, atemorizada por el contagio, fue fácil dar la bienvenida a medidas de aislamiento, políticas de excepcionalidad y recursos extraordinarios para reforzar la investigación farmacéutica. De hecho la 24^o epidemia vírica del ébola (EVE) fue “uno de los eslabones de la gestión integral (y) percepción de la crisis” fuertemente ligada a un relato audiovisual de la epidemia que construyó la “crisis del Ébola” en línea al tratamiento informativo dado habitualmente a la realidad africana y caracterizado por “la dramatización y la descontextualización (...) para ofrecer una “explicación simple y fácil de digerir (...) que oculta la complejidad, la historia y, sobre todo, a los protagonistas locales y sus dinámicas” (Sendín y Nieto, 2015; 221). Los medios de comunicación occidentales recuperaron así “las viejas historias del África de las tinieblas, donde la naturaleza y la cultura aparecen en simbiosis entre ellas”. Por ejemplo, el *New York Times* y la *CNN* informaron que el virus había sufrido una metamorfosis “y había pasado de transmitirse a través de fluidos a transmitirse por el aire” lo que reforzaba su “amenaza a Occidente” (Utas, 2015; 77). La construcción de la epidemia desde un enfoque culturalista permitió que sin hechos ni pruebas contundentes se señalara que “los hábitos alimenticios de la región fueron la causa de la epidemia” (Utas, 2015; 79) llegando a sugerir que la difusión del Ébola era “debida al comercio con los chimpancés de Bonobo desde la República Democrática del Congo a Guinea” (Utas, 2015; 78) responsabilizando a los entierros “típicamente tradicionales” de ser responsables de extender la epidemia (Utas, 2015; 79). De hecho, la cobertura informativa de las 24^o EVE “decreció radicalmente una vez que los casos detectados en

países del Norte fueron controlados” (Sendín y Martín, 2015; 223). La interpretación de la amenaza del virus del ébola como una *enfermedad infecciosa emergente* y el papel de los medios de comunicación reforzaron su securitización y la necesaria respuesta de emergencia, que como veremos a continuación supuso desplegar medidas excepcionales tradicionales como eran las vinculadas a la suspensión de los movimientos de la población y otras más novedosas que continuaron reforzando la medicamentación de las relaciones internacionales.

10.2 Respuesta de emergencia.

El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional comunicó el 8 de agosto de 2014 que “se han cumplido las condiciones para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional” (OMS, 2014). El 11 de agosto, la OMS convocó una reunión para decidir si era ético tratar a los pacientes de ébola con fármacos experimentales, que todavía no se habían probado en seres humanos, y si era adecuado suspender temporalmente las cláusulas contenidas en los procesos de investigación farmacológicos para tratar de desarrollar con mayor celeridad fármacos y vacunas que pudieran combatir el virus y ofrecer un tratamiento paliativo. Finalmente la reunión aprobó que era “ético ofrecer intervenciones no comprobadas aún de las que se desconocen la eficacia y los efectos adversos, como posible tratamiento o prevención”. Así, ya a principios de septiembre en una reunión adicional de la OMS acordó una lista de medicamentos y vacunas experimentales cuyo desarrollo debería priorizarse (Roemer-Mahler and Elbe, 2016; 490). Esta dispensación paliativa conllevó la aprobación de nuevas normativas que aceleraban o incentivaban la dispensación de estos fármacos aunque estuvieran todavía en su periodo de ensayo. En este sentido, la OMS, el gobierno de los Estados Unidos, los investigadores y los organismos de financiación instaron a elaborar nuevas regulaciones nacionales para aprobar medicamentos experimentales y vacunas. Sin embargo, solo algunos estados de Europa y en Estados Unidos existía la posibilidad de usar productos farmacéuticos en investigación y medicamentos experimentales en caso de situaciones de emergencia. En las semanas posteriores a esta reunión de la OMS, varios pacientes recibieron tratamientos experimentales en Europa, Liberia y Estados Unidos que priorizaron la atención de pacientes occidentales. La mayoría de los pacientes recibieron uno o más medicamentos experimentales incluyendo brincidofovir, sangre y plasma convalecientes, favipiravir, TKM-Ebola y ZMapp (Roemer-Mahler and Elbe, 2016;

495). La aceleración del desarrollo clínico y la aprobación requirió revisar la regulación internacional de los ensayos clínicos. En noviembre, el *Foro Africano de Reguladores de Vacunas* acordó realizar una revisión reglamentaria de los de ensayos clínicos en África. Esto se puso en marcha un mes más tarde cuando las autoridades nacionales de bioética y regulación del medicamento de Camerún, Ghana, Malí, Nigeria y Senegal, revisaron de manera conjunta sus procedimientos para aprobar un ensayo de vacunas. Mientras tanto, la OMS comenzó a trabajar en una vía reguladora de emergencia para disponer y dispensar las vacunas de ébola. (Roemer-Mahler and Elbe, 2016; 496).

También se impulsaron medidas excepcionales para acelerar la distribución de medicamentos y vacunas. Para acelerar el desarrollo clínico, los expertos de la OMS vieron necesario desbloquear, además de los criterios éticos y regulatorios, también los canales financieros. Según la OMS, el "alto sentido de urgencia" y el carácter de emergencia de la situación, que la hacía algo "sin precedentes en escala y distribución geográfica", hacían necesaria una "acción inmediata" (Roemer-Mahler and Elbe, 2016; 496). Por ello, de manera extraordinaria se aprobó la movilización de fondos públicos para el desarrollo farmacéutico. Los gobiernos destinaron enormes recursos financieros para el desarrollo de medicamentos y vacunas. Por ejemplo, en los primeros seis meses de la respuesta internacional al ébola, solo los Estados Unidos autorizaron más de 500 millones de dólares para apoyar el desarrollo acelerado y la fabricación porque considerar que la enfermedad era "una prioridad de seguridad nacional" (White House, 2015). El estudio de Anne Roemer-Mahler y Stefan Elbe ofrecen también otros ejemplos de la financiación que recibió la investigación del ébola; en Reino Unido, *Wellcome Trust*, que proporcionó 3.2 millones de libras inglesas para financiar un consorcio de ensayos clínicos para abordar "uno de los agentes infecciosos más virulentos conocido por el hombre, [que] ha sido declarado una amenaza para la paz y la seguridad internacionales", la *Iniciativa de Medicamentos Innovadores* de la UE aportó 215 millones de euros para financiar el desarrollo de ocho vacunas, y por último el GAVI se comprometió a proporcionar 300 millones de dólares para comprar una cantidad estimada de 12 millones de dosis de vacuna una vez que estuviera lista y aprobada por la OMS. (Roemer-Mahler and Elbe, 2016; 494).

La securitización del ébola supuso, además de la medicamentación, el despliegue de una serie de medidas excepcionales que podemos considerar tradicionales como los cordones sanitarios, el confinamiento y la prohibición de cruzar pasos fronterizos. Estas

medidas fueron adoptadas por el gobierno liberiano el 30 de julio cuando cerró “todas las escuelas” con el objetivo de contener la propagación de la enfermedad. Un día después, Sierra Leona decretó el estado de emergencia extendiendo una cuarentena a diversas áreas de su territorio afectadas por la enfermedad (MSF, 2015, 11). Otras medidas excepcionales afectaron a los vuelos internacionales por ejemplo, el 28 de octubre, Australia negó el visado a las personas procedentes de los países afectados por la enfermedad. Por su parte el Congreso de Estados Unidos discutió la conveniencia de restringir los visados temporales para personas procedentes de la zona epidémica y la necesidad de establecer cuarentenas obligatorias para los trabajadores de salud procedente de los territorios afectados (Stewart and Siegel, 2014). A finales de agosto de 2014, la mayoría de las compañías aéreas internacionales habían suspendido sus vuelos con los países afectados y solo dos compañías (Air Maroc y Brussels Airlines) mantuvieron vuelos regulares con las capitales de Guinea, Sierra Leona y Liberia (Worland, 2014).

Estas medidas excepcionales también supusieron la movilización de otros recursos sanitarios y económicos para frenar la expansión de la epidemia. Así el 2 de septiembre de 2014, diez meses después del inicio del estallido vírico, la Asamblea de las Naciones Unidas (NNUU) celebró una sesión especial dedicada a la 24° EVE donde exigió “el despliegue urgente de equipos internacionales especializados en amenazas biológicas” (MSF, 2015; 15). Cinco días después, el 7 de septiembre, el presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, declaró que el brote era una "prioridad de seguridad nacional" por lo que anunció una multimillonaria intervención para contener la expansión de la epidemia y, en respuesta a la petición de la Primera Ministra de Liberia, Ellen Johnson-Sirleaf, envió 3.000 militares del AFRICOM que aterizaron en el país africano el 30 de septiembre (Rock, 2014). En las siguientes semanas, China, Francia y el Reino Unido anunciaron también el despliegue de personal y equipo militar en África Occidental y países como Cuba y China enviaron cuerpos médicos no militares (Munckton, 2014) Toda esta movilización sucedió en paralelo a la adopción el 18 de septiembre de la Resolución 2771 por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSN) que declaró la 24° EVE como una “amenaza para la paz y la seguridad internacional” ordenando así la creación de la Misión de la ONU para la Respuesta de Emergencia al Ébola (*UN Mission for Ebola Emergency Response-UNMEER*), la primera misión

médica de emergencia en la historia de las Naciones Unidas (Global Ebola Response, 2014)¹⁷⁰.

La relevancia de EEUU como principal actor securitizador se mantuvo cuando su gobierno, sin esperar las revisiones de la OMS, comenzó a impulsar de manera bilateral una serie de iniciativas globales como “Global Health Security Agenda (GHSa)” a la que se sumaron a finales de 2014, 6 estados y diversos organismos internacionales como la OMS, la FAO y la Organización Mundial para la Salud Animal (OIE). La Iniciativa propuso un plan de trabajo que identifica doce objetivos para fortalecer las tareas de alerta epidemiológica y seguridad sanitaria global que incluyen un sistema nacional de bioseguridad, que asegure unas buenas prácticas para contener el material biológico peligroso, una red de laboratorios nacionales con un sistema de referencia y alerta biológica que cubra al menos el 80% de su población y un programa de diagnóstico que detecte los estallidos epidémicos e informe a tiempo real de la emergencia de un brote infeccioso a organismos como la OMS, OIE, FAO. La Iniciativa reforzó la actuación de los estados en, la creación de un centro nacional de operaciones dedicado específicamente al control y respuesta de las emergencias de salud pública dentro del plazo de dos horas y en la formación de trabajadores de salud que alcanzara el ratio de un epidemiólogo por cada 200.000 habitantes (Katz, Sorrell, Kornblet and Fischer, 2014, 231). La intención del GHSa continuó las recomendaciones de la OMS, de implementar las Regulaciones Sanitarias Internacionales, con un especial énfasis en lograr que los estados del Sur contaran con un sistema de vigilancia epidemiológico nacional que pudiera asegurar “un mundo seguro y protegido de las amenazas globales de salud” capaz de prevenir tanto las enfermedades infecciosas como los agentes patógenos “de origen natural, accidental o intencionado” (Katz, Sorrell, Kornblet and Fischer, 2014, 233). Hasta ahora hemos visto cómo las medidas securitarias desplegadas para responder a la 24ª EVE se centraron en la medicamentación de la seguridad y la extensión de medidas excepcionales. Para Anne Roemer-Mahler y Stefan Elbe el

¹⁷⁰ Las funciones de la UNMEER se alargaron desde el 19 de septiembre de 2014 hasta el 31 de julio de 2015 UNMEER. Su objetivo inicial era lograr un 70% de entierros seguros para evitar lo que era el principal vector de transmisión de la enfermedad y conseguir que el 70% de los nuevos pacientes infectados recibieran el tratamiento apropiado de rehidratación ante la falta de fármacos específicos. Una vez alcanzada esta meta el siguiente objetivo de la UNMEER fue controlar la epidemia y eliminar el contagio (alcanzar la cifra de cero contagios). Tres días después de la declaración de la Resolución 2771, el 21 de septiembre, tuvo lugar la segunda repatriación de un ciudadano español diagnosticado de EVE en Sierra Leona (Global Ebola Response, 2014).

enfoque centrado en la respuesta farmacéutica fue desconcertante porque hubiera sido altamente improbable que cualquiera de estos medicamentos y vacunas pudieran usarse en el brote. Todos se encontraban en etapas muy tempranas de su desarrollo, e incluso los pronósticos más optimistas sobre los desarrollos más avanzados no preveían que estuvieran disponibles para su uso generalizado. Además, muchos expertos en salud pública señalaron, como ya vimos, que la búsqueda de contactos y el aislamiento habían sido los métodos clave para el éxito en la contención de brotes anteriores (Roemer-Mahler and Elbe, 2016; 490). Es por eso que a continuación recuperamos una serie de estudios que problematizan otros factores que también influyeron en el origen y desarrollo del estallido. Estos trabajos arrojan luz sobre diferentes relaciones: sanitarias, sociales, políticas y ecológicas y proponen otras vías de medicalización de las relaciones internacionales que no quedan limitadas exclusivamente en la medicamentación.

10.2. Ébola y medicalización de las relaciones internacionales.

La securitización de la 24^o EVE, con el importante papel que hemos visto que concedió a la medicamentación, supuso el desplazamiento de la intervención sobre otros determinantes sanitarios, económicos, sociales y ecológicos. En este sentido hay que recordar que Guinea, Liberia y Sierra Leona ocupan los últimos puestos en los Indicadores de Desarrollo Humano¹⁷¹, lo que demostraría que el estallido no fue algo “misterioso o al azar”, sino que su aparición estuvo relacionada con factores internacionales vinculados a la ecología, la economía, el sistema de salud pública, los años de conflicto civil o el fracaso de las políticas de desarrollo. A continuación los repasamos.

10.2.1 Economía política de la salud.

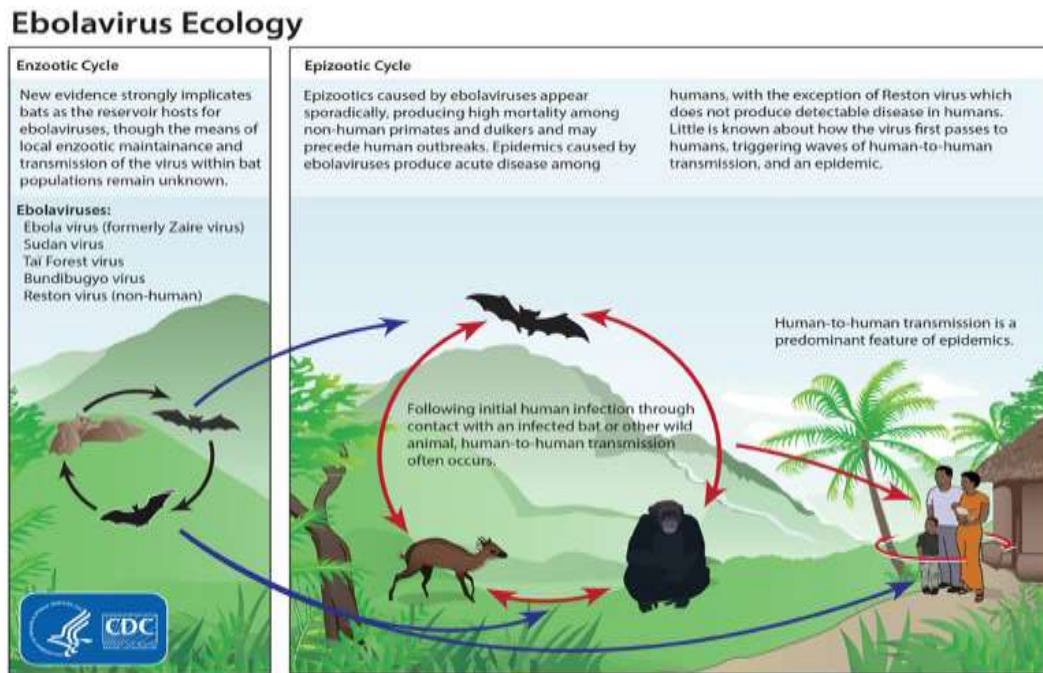
Los procesos de acaparamiento de tierras con vistas a la explotación internacional de aceite de palma causaron impactos negativos no comparables a la agricultura de subsistencia que practicaba la población que habitaba la región forestal de Guinea que fue donde comenzó el estallido. La agricultura en la región estaba caracterizada por el

¹⁷¹ Según el índice de Desarrollo Humano (IDH) que valora la renta per cápita, esperanza de vida e índice de alfabetización), Liberia ocupaba en 2014 la posición número 175 (IDH; 0,412), Guinea Conakry la 179 (IDH: 0,392) y Sierra Leona la 183 (IDH; 0,374) de un total de 187 países en el mundo

cultivo de café, cacaco y nuez de kola por medio que se hacía a través de una práctica agroforestal local que suponía plantar maíz y arroz inicialmente, para luego, durante el segundo año, plantar mandioca y cacahuates. La introducción de la producción del aceite de palma mejorado conllevó el arrinconamiento de este modelo de cultivo (Bausch y Schwarz, 2014). Desde 2007 el gobierno de Guinea comenzó a exportar aceite de palma y planeó un incremento de su producción con el objetivo de llegar a exportar 84.000 toneladas en el 2015. Los estudios ecológicos señalan que la industria agraria basada en la extracción masiva de aceite de palma aceleró la transformación de las relaciones naturales establecidas entre el murciélago, el virus y la población facilitando la infección al ser humano (Benton y Dionne, 2015). El inicio del estallido sería así debido a la afectación del “hábitat en el que viven los murciélagos reservorios y transmisores de la enfermedad” (Serra Cobo, 2015; 43). De hecho como han señalado algunas investigaciones, los árboles de palma ofrecen un hábitat deseable para los murciélagos quienes se alimentan de sus frutas y se refugian en gruesas hojas pudiendo usar los caminos creados por los monocultivos para moverse fácilmente (Wallace et al, 2014; 2534). La deforestación previa a la extensión de las plantaciones destinadas al aceite de palma pudo posibilitar que los murciélagos de la fruta, al perder su hábitat natural y sitios de forrajeo, se aproximaran más al ganado y los humanos. Además, en Gueckedou, la zona inicial del estallido, la recolección de palma ocurre a lo largo del año pero la cosecha más importante se sitúa al arranque de la temporada seca que fue el momento en que el brote comenzó¹⁷² (Urey, 2014).

¹⁷² Es importante considerar también el efecto que el impacto medio ambiental puede tener sobre la variabilidad de las diferentes cepas del virus para comprender que factores favorecen su adecuación a diferentes entornos y cuáles pueden afectar a la variabilidad epidemiológica de la enfermedad porque todo ello dificultaría la consecución de una vacuna estable (Wallace et al, 2016; 2535).

Figura 10.1. Ecología en la transmisión de la 24ª EVE



Fuente: Urey, 2014

Otros factores históricos y sociales explicarían la mortalidad causada por el virus del ébola, más allá de la responsabilidad concedida a la naturaleza biológica del virus. Por ejemplo desde la década de 1980 la reforma continua de los servicios de salud y las políticas de condicionalidad fiscal impulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional redujeron las prestaciones sanitarias de Guinea, Liberia y Sierra Leona debilitando así la capacidad real de responder a la epidemia (Kentikelenis, King, McKee and Stuckler, 2014). Los programas de reforma económica del FMI requirieron, a los tres países, reducciones en el gasto público, priorización del servicio de la deuda y refuerzo de las reservas de divisas. Dichas políticas a menudo han sido extremadamente estrictas, absorbiendo fondos que podrían destinarse al sector salud. Para mantener bajo el gasto del gobierno, el FMI a menudo requiere límites en la factura salarial del sector público lo que supone reducciones en los fondos para contratar o remunerar adecuadamente a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud (Kentikelenis, King, McKee and Stuckler, 2014; 69). Esto no es ajeno a las bajas inversiones sanitarias y el reducido ratio de médicos por habitante. Por ejemplo, en 2012 el gobierno de Guinea-Conakry invirtió en sanidad 9 dólares estadounidenses por habitante, el de Sierra Leona 16 dólares y el de Liberia 19 dólares. Guinea Conakry tiene 10 médicos/100.000 habitantes; Sierra Leona 2 médicos /100.000 habitantes y

Liberia 1 médico/100.000 habitantes. Además el FMI ha abogado durante mucho tiempo por la descentralización de los sistemas de atención de salud, con la idea de hacer que la atención sea más receptiva a las necesidades locales; sin embargo, en la práctica, este enfoque dificulta las respuestas coordinadas y centrales a estallidos epidémicos (Kentikelenis, King, McKee and Stuckler, 2014; 70). Estas medidas chocan con las propuestas de los lenguajes de desarrollo de la salud y con los objetivos para 2020 que subrayan la importancia de la resiliencia de los servicios de salud y critican el abandono de la respuesta en la fase de post-emergencia (Leach, 2015) La epidemia también causó una alta mortalidad en los trabajadores de salud lo que afectó gravemente, a los ya de por sí debilitados sistemas de salud. Según la OMS desde el 1 de enero de 2014 al 31 de marzo de 2015 hubo 815 casos probables y confirmados de EVE entre los trabajadores de salud (además de 225 casos sospechosos). De ellos, 328 correspondían a Sierra Leona, 288 a Liberia y 199 a Guinea. Más del 50% de estas infecciones se debieron a trabajadores de enfermería o ayudantes de enfermería, el 12% a doctores y estudiantes de medicina, el 7% a trabajadores de laboratorio y otro 7% a trabajadores de mantenimiento (Evans, Goldstein, and Popova, 2015; 439). La 24ª EVE causó graves impactos en la prestación de asistencia sanitaria a otras enfermedades y aumentó la mortalidad causada por la tuberculosis, la polio, la malaria o el VIH. En términos de mortalidad los efectos secundarios de la 24ª EVE fueron peores incluso que el propio virus (Benton, 2014). El Banco Mundial informó que la epidemia además de colapsar los servicios sanitarios impactó muy negativamente en los sistemas educativos al interrumpir las clases, y en la economía local aumentando el desempleo y cerrando pequeños y medianos comercios (Banco Mundial, 2014). Según la *Comisión Económica para África de Naciones Unidas* (UNECA) la 24ª EVE redujo el Producto Interior Bruto (PIB) de los tres estados afectados entre un 2 % y un 5 % (UNECA, 2015). Asimismo, según la FAO, la inseguridad alimentaria se incrementó de manera alarmantemente debido a la reducción de mano de obra para recoger las cosechas, la incapacidad de vender los productos al encontrarse las carreteras bloqueadas y los mercados cerrados y el aumento que tuvo el precio del arroz por encima de un 40 % de su precio antes de la epidemia. Solo en Sierra Leona más de 300.000 personas estaban en una situación de grave riesgo alimentario como consecuencia de la epidemia. (Banco Mundial, 2015). Además hay que sumar cómo las políticas de reconstrucción desplegadas durante la década de 1990, tras los largos periodos de conflicto e inestabilidad que atravesaron los estados afectados, centraron su actuación en reforzar

ciertas funciones del estado como la justicia, parlamento, seguridad pero no las políticas de bienestar social ni sus sistemas nacionales de salud¹⁷³ (Mateos, 2015). A continuación señalamos diferentes actuaciones que demuestran cómo las sociedades africanas respondieron al origen y desarrollo de la epidemia.

10.2.2 Resistencias sociales, derivas nativas y cuidado femenino.

Las sociedades africanas no fueron pasivas durante la 24° EVE sino que desplegaron un conjunto de prácticas, cuidados y conocimientos comunitarios para responder a sus necesidades sanitarias.

Las tareas de cuidados, cuya importancia ya vimos en las comunidades de apoyo a los enfermos de VIH/SIDA, volvieron a ser la primera respuesta de la comunidad a la epidemia y estuvo protagonizada principalmente por la actuación de las mujeres. Inicialmente algunas informaciones aparecidas durante julio de 2014 indicaron, sin disponer de datos contrastados, una mayor mortalidad a la epidemia por género¹⁷⁴. Aunque las estadísticas finales de la epidemia negaron esta percepción, un sesgo de género existió en la medida que las labores de cuidado, desarrolladas mayoritariamente por las mujeres, fueron una de las principales vías de contagio. Los informes de anteriores epidemias de ébola mostraban también la mayor exposición de las mujeres al contagio. En este sentido, Martha Anker afirmó, que durante las epidemias de EVE de 2000-2001 en Gulu (Uganda) y 2001-2002 en Congo y Gabón «las diferencias en la exposición entre hombres y mujeres había demostrado ser un factor importante en la transmisión de la fiebre hemorrágica del ébola» (Anker, 2007; 2007). Durante la 24° EVE, Lauren Wolfe criticó que solo después del fallecimiento de muchas mujeres se mostrara interés por comprender “cómo la atención a las dinámicas de género podría ayudar a salvar vidas”. Para Sophie Harman la desatención del papel central de las mujeres como cuidadoras no era algo puntual a la respuesta dada a la epidemia de ébola sino una de las características de “la respuesta de emergencia” y de “la planificación a largo plazo del sistema de salud” (Harman, 2016). La antropóloga Sharon Abramovitz

¹⁷³ Esas políticas serían aun más necesarias debido a las estimaciones por las cuales la región acogió a 59.000 refugiados desplazados por los conflictos internos de Sierra Leona, Liberia y Costa de Marfil (Bausch and Schwarz, 2014).

¹⁷⁴ Las informaciones sobre una mayor mortalidad entre las mujeres se basaron en la experiencia de los equipos sanitarios y no en un registro estadístico donde aparecieran los fallecimientos “desagregados por género y edad” como denunciaron numerosos organismos internacionales” (Álvarez, 2015; 94).

incorpora el cuidado desarrollado por las mujeres dentro del acervo de conocimientos locales desde los que se desplegaron diferentes respuestas a la epidemia que difirieron de la intervención realizada por la ayuda internacional. Para Abramovitz, los equipos internacionales podían haber usado los conocimientos locales para diseñar intervenciones efectivas y “calcular la morbilidad y la mortalidad en contextos sin sistemas formales de registro de natalidad ni mortalidad, infraestructuras públicas de salud ni organización moderna de entierros masivo” (Abramovitz, 95; 2015). Según la investigadora la Antropología podía mediar entre las instituciones internacionales y las poblaciones africanas para “explicar las perspectivas locales sobre la respuesta a la epidemia” e identificar nuevas respuestas al virus del ébola basadas en “las potencialidades de la salud local y las capacidades socio estructurales latentes” (Abramovitz, 2015; 94). Una de estas capacidades la encontramos en la actuación de las autoridades locales durante la epidemia. En Liberia, las autoridades tradicionales agrupadas en torno al *National Traditional Council of Liberia* trabajaron para informarse sobre el ébola y llevar a cabo así tareas de prevención en sus respectivas comunidades. Desde principios de abril de 2014, el gobierno liberiano comenzó a colaborar con autoridades tradicionales y sanadores para evitar la diseminación del virus, anulando temporalmente los ritos de iniciación en el bosque (Tomàs, 2015; 62). Otros ejemplos parecidos los encontramos en el puesto fronterizo de Vonemal, entre Liberia y Guinea Conakry, donde los líderes de los dos principales grupos étnicos de la zona, loma y mandinga, se pusieron de acuerdo para aislar el pueblo, establecer controles de seguridad e impedir la circulación de la gente, ya fuera de entrada o salida. Los líderes tradicionales liberianos recomendaron a sus habitantes no albergar extranjeros, incluso si fueran familiares, y evitar cualquier actividad transfronteriza con Guinea Conakry. Igualmente en Burkina Faso y Costa de Marfil, previsiblemente los dos primeros estados que más fácilmente podían entrar en contacto con los enfermos, al ser territorios fronterizos, los sanadores tradicionales pidieron, a las autoridades estatales y a las organizaciones sanitarias internacionales, formación para prevenir el ébola. (Tomàs, 2015; 63). Las sociedades africanas también fueron activas en el desarrollo de programas de gestión de macrodatos que permitieron construir una red de información epidemiológica para trazar cadenas de transmisión e información para desmentir rumores y bulos que estigmatizaban a la población africana al acusarlas de ser vectores de la enfermedad (Bajo Erro, 2015; 114).

En contra de la información distorsionada y culturalista que ofrecían los medios occidentales, los cuidados y las funciones desarrollados por las poblaciones locales, que hemos repasado, demuestran que estas son “ingeniosas, adaptativas y capaces de responder a enormes amenazas (...)” (Abramovitz, 2015; 94). La actuación local y los conocimientos autóctonos fueron una de las formas de resistencia al discurso culturalista de los medios, que presentaba la población africana como pasiva e incapaz. Pero también la respuesta fue un mecanismo necesario ante la desconfianza de la población hacia un gobierno y un estado incapaz de frenar la epidemia (Mateos, 2015; 204). La desconfianza hacia los gobiernos se expresaba responsabilizando de la epidemia a “los gobiernos, la CIA o incluso los trabajadores humanitarios sanitarios” y acusando a las élites acceder a “las altas sumas de dinero de la ayuda internacional” (Utas, 2015; 82). La hostilidad hacia el estado se rebajó cuando medidas como los cordones sanitarios se cambiaron por otras sanitarias y de prevención. Por ejemplo, en Sierra Leona los trabajadores sanitarios se dedicaron a informar a la población sobre cómo actuar ante la enfermedad, suministrar equipo muy básico y tratar a las víctimas del Ébola que seguían en las casas (Utas, 2014; 84). Estas actuaciones crearon “la imagen de un Estado solidario y solícito con una capacidad que la mayoría de ciudadanos previamente no habían experimentado” (Utas, 2014; 85). Por ejemplo el gobierno de Nigeria tras informar que había identificado un diagnóstico en el aeropuerto de Lagos procedente de Liberia empleó “los medios de comunicación y las redes sociales para combatir la epidemia” y logró así cortar su transmisión y ganar el reconocimiento internacional. Senegal fue un ejemplo de transparencia y celeridad en la respuesta dada al primer caso de ébola encontrado en su territorio.

10.3. Conclusión.

La centralidad de las autoridades de EEUU y la multiplicación de actores globales como actores securitizadores, CSN, ONGs, estados africanos impulsaron una securitización de la 24ª EVE que reforzó la necesaria respuesta de emergencia y el envío de recursos humanos y financieros para detener la expansión de la epidemia. Esta actuación fortaleció también la simbiosis entre securitización de la salud y medicamentación de las relaciones internacionales. Las medidas proactivas para facilitar la investigación y diseño de un medicamento contra el ébola contribuyeron a desplazar la atención y el trabajo sobre otros determinantes sociales, ecológicos y

políticos de la enfermedad. Las sociedades africanas y las investigaciones críticas mostraron la importancia de las respuestas comunitarias y la intervención sobre estos determinantes, lo que creemos que promueve un encuentro entre esos dos modelos de medicalización de las relaciones internacionales.

UNDÉCIMO CAPÍTULO

11. Conclusiones

A lo largo de nuestra investigación hemos podido responder a las preguntas que nos habíamos realizado inicialmente. Hemos explicado cómo ha surgido y ha evolucionado un tipo de poder médico en las relaciones internacionales que continua en el presente a través de los procesos de securitización de la salud. El origen de ese poder médico respondió a la necesidad de constituir una red de actores europeos que fuera capaz de producir una *excelencia médica* con la cual perseguir sus intereses imperiales. Una de las características del funcionamiento de este poder médico ha sido la pugna continua por el control de la red, que caracterizó las peleas iniciales entre los estados europeos y Estados Unidos; donde vimos la extensión de una red de vigilancia epidemiológica imperial que excluyó al segundo en beneficio de los intereses de los primeros, y cómo, desde la Segunda Guerra Mundial, los expertos de Estados Unidos arrebataron el control de esta red a sus homólogos europeos, para lo que jugó un papel central la lucha contra la malaria. El control que mantienen los expertos estadounidenses en el desarrollo de los procesos de securitización de la salud permite que la actual medicalización de las relaciones internacionales avance hacia la creación de una estrategia de medicamentación que refuerza la respuesta farmacéutica y desplaza la intervención sobre otros determinantes de la salud. También hemos visto cómo históricamente los procesos de medicalización revolucionarios, desarrollados durante la Guerra Fría, intentaron construir una red de poder autónoma a través de la producción de un tipo de *excelencia médica* centrada en la organización y planificación de los sistemas nacionales de salud. Esta red que bebió de múltiples experiencias previas, vinculadas a la medicina social y la higiene rural, fue contenida y transformada en una contra-conducta médica internacional durante la Conferencia de Alma-Ata, que internacionalizó una *excelencia médica* basada en la Atención Primaria en Salud. La medicalización de las relaciones internacionales ha estado vinculada así a la creación y evolución de diferentes redes y *excelencias médicas* que han posibilitado la reproducción histórica de un tipo específico de poder médico que ha calculado y operado sobre las relaciones internacionales. A continuación presentamos las principales conclusiones de esta tesis que organizamos en tres apartados. El primero

reúne las principales características del análisis histórico de la *excelencia médica*, el segundo apartado reúne las diferentes estrategias de medicalización de las relaciones internacionales que hemos ido identificando a lo largo de nuestra tesis. Y el tercer y último apartado señala las principales aportaciones que hace nuestra investigación al desarrollo de los ECSS. A continuación repasamos cada apartado con más atención.

11.1 Excelencia médica, poder médico y producción de las relaciones internacionales.

En este primer apartado repasamos las cuatro principales características del análisis de la *excelencia médica* que relaciona el despliegue de su red con la creación de cuatro ámbitos interdependientes de las relaciones internacionales: la evolución de un conocimiento médico vinculado al propio desarrollo de las ciencias de la salud, la creación de diferentes estrategias espaciales de unificación médica del globo, el despliegue de tres tipos de órdenes sanitarios internacionales y la localización del papel jugado por África en su origen y despliegue. Dedicamos un punto a cada una de ellos.

- La medicalización de las relaciones internacionales ha producido históricamente diferentes *excelencias médicas* relacionadas con la evolución del conocimiento médico. Durante el imperialismo vimos cómo la emergencia de las disciplinas de la Bacteriología y la Medicina Tropical posibilitaron el inicio de un proceso de medicalización de las relaciones internacionales; en la Guerra Fría el conocimiento médico adquirió un valor central como un tipo de tecnología científica que expresó claramente el despliegue de los programas de erradicación; sin embargo también durante ese periodo histórico los procesos de medicalización revolucionarios impulsaron un conocimiento en salud pública centrado en la planificación de unos servicios sanitarios orientados especialmente hacia la población rural; con la postguerra fría la excelencia médica no abandona la relevancia dada a los modelos sanitarios, como proveedores de servicios de salud a la población, pero introduce su organización dentro de los modelos de gestión neoliberal; por último los actuales procesos de securitización de la salud impulsan la creación de una *excelencia médica* que refuerza la respuesta centrada en la investigación, el desarrollo y la dispensación de nuevos tratamientos farmacéuticos. A lo largo de la investigación hemos podido ver cómo la constitución de distintos tipos de *excelencias médicas* no ha sido ajeno a las intencionalidades u objetivos materiales perseguidos por los actores internacionales. Por ejemplo, a comienzo del proceso de

medicalización de las relaciones internacionales, la *excelencia médica* trató de superar las fronteras, económicas y territoriales, que producía la enfermedad para los intereses del imperialismo europeo, pero también dio forma a la competencia nacional entre sus estados; posteriormente, durante la guerra fría, el conocimiento biomédico participó activamente de la pugna ideológica que mantuvieron los Estados Unidos y la Unión Soviética, quien fue doblemente desplazada tanto por Estados Unidos, en la red de medicalización internacional, y por la República Popular China, en la red de medicalizaciones revolucionarias. Ya en la postguerra fría, esta *excelencia médica* comienza a dialogar con la incorporación del lenguaje neoliberal en la gestión de los servicios de salud lo que supuso una estrategia efectiva para frenar el proceso de descolonización del poder médico internacional impulsado por las medicalizaciones revolucionarias y la contra cultura médica de la APS. La producción de estas diferentes *excelencias médicas* demuestra que el funcionamiento de la red de medicalización de las relaciones internacionales se ajusta a un tipo de naturaleza mutable y una capacidad continua de transformación. Por eso, la producción y desarrollo del conocimiento médico que ha permitido la construcción de un imaginario de superioridad se ha expresado históricamente a través de diferentes formaciones como; la competición nacionalista entre estados europeos, durante la carrera de la malaria, o la cooperación para la lucha e investigación contra la tripanosomiasis; la competencia ideológica, tecnológica y científica que mantuvieron los bloques durante la Guerra Fría, que tomó forma con los programas de erradicación y con el uso geopolítico de la tecnología médica para “ganar mentes y corazones”. Los procesos de medicalización revolucionarios supusieron un enfrentamiento con ese imaginario de superioridad al reivindicar las capacidades de la población nativa y sus saberes médicos tradicionales. Los modelos de gestión de los servicios de salud caracterizados por la evolución de la agenda neoliberal recupera por otras vías la producción de un imaginario de superioridad que liga la *excelencia médica* con la eficacia, el buen gobierno del sector salud o la respuesta farmacológica. En este sentido, los procesos de securitización de la salud son también procesos de memoria por dos razones. La primera razón es porque reproducen un tipo de poder médico en las relaciones internacionales, que salvo el breve periodo de tiempo en que se desplegaron las medicalizaciones revolucionarias, ha estado estrechamente controlado y ligado a los intereses y el control de los estados occidentales. Y la segunda razón por la cual los procesos de securitización de la salud son también procesos de memoria es porque reproducen la constante batalla, que a la

hora de producir y reproducir las diferentes *excelencias médicas*, libran dos tipos de intervenciones; una centrada en la evolución del conocimiento biomédico y otra basada en un enfoque de salud pública.

- El despliegue histórico de esta red de medicalización de las relaciones internacionales ha producido tres tipos de procesos espaciales de unificación médica. El primero es la *unificación del globo por la enfermedad*, que como señalaba Le Roy Laudeire era un proceso histórico que no está cerrado, como las epidemias actuales demostrarían. El segundo es el proceso de *unificación del globo contra la enfermedad* caracterizado por la expansión de unas intervenciones centradas en la lucha contra la enfermedad (Huber, 2006). El tercero es la *unificación de globo por la salud* identificado con la internacionalización de un modelo de atención sanitaria para administrar la salud de la población, donde también participan intervenciones holísticas próximas a la salud pública y los determinantes sociales de la salud. El funcionamiento histórico de los organismos sanitarios internacionales, como hemos podido ver a lo largo de los capítulos históricos, ha estado siempre en diálogo con estos procesos espaciales de unificación médica. La actividad de sus expertos a la hora de desplegar diferentes modelos de intervención médica sobre la población ha tenido la capacidad de producir diferentes geopolíticas médicas. Esto ha sido posible porque estos expertos y los organismos internacionales no han funcionado aislados sino como parte de una red de medicalización más amplia que ha ido englobando diferentes actores. Por ejemplo, la extensión de las Conferencias Sanitarias Internacionales, la creación de las primeras burocracias sanitarias de la PAHO, la OIHP participaron en construir una red de medicalización de las relaciones internacionales que produjo un sentido imperial caracterizado por problematizar, desde un conocimiento médico, diferentes territorios, como eran: los puertos británicos en la India, las rutas de transporte de peregrinos por el Mar Rojo y el Canal de Suez. Más adelante, los expertos de la LHNO se incorporaron a una red caracterizada por la multiplicación de comisiones de investigación, campañas médicas, proyectos de la Fundación Rockefeller, prácticas de los expertos médicos coloniales, investigaciones en Europa, debates en torno a las estrategias de lucha contra la malaria y el propio despliegue de un sistema de vigilancia epidemiológico que permitió dar forma a una percepción de una unidad geopolítica imperial. Posteriormente, la OMS, surgida tras la Segunda Guerra Mundial y en los comienzos de la Guerra Fría, recuperó la unificación médica pero no a través tanto del funcionamiento

de un sistema de vigilancia epidemiológico, sino desplegando unas tecnologías médicas centradas en luchar contra la enfermedad, especialmente la malaria y la viruela, que supusieron un ejercicio de control sobre los recién creados estados post-coloniales. Así, una red de actores en torno a la erradicación fue reuniendo a expertos procedentes de la Fundación Rockefeller, la UNRRA, PAHO u OMS que operaron en diferentes territorios, crearon diversos espacios técnicos y de debate, como la Comisión Interina o la Conferencia de Kampala, y desarrollaron investigaciones para medir el alcance del efecto rebote causado tras la fumigación. Esta red desplegada por diferentes territorios incorporó posteriormente nuevos actores, como USAID y CDC, quienes a través del despliegue de unas técnicas de inoculación y vigilancia internacional destinadas a lograr la erradicación de la viruela produjeron una unificación médica del globo. Por su parte, las medicalizaciones revolucionarias, donde nos hemos detenido en estudiar la de Tanzania, reunieron una serie de experiencias desarrolladas en los países tercermundistas que influyeron decisivamente en los expertos de la OMS y en su objetivo de institucionalizar la APS durante la Conferencia de Alma-Ata, lo que impulsó el proceso de unificación del globo caracterizado por la expansión internacional de un modelo de organización de la atención sanitaria. Este proceso continúa en el presente a través de la incorporación del lenguaje de mercado en la organización de los servicios de salud y su posterior encuentro con los procesos de securitización de la salud que impulsan la actual medicamentación de las relaciones internacionales. El mantenimiento de este proceso espacial de unificación médica del globo ha sido posible gracias al debate continuo establecido entre dos tipos de estrategias médicas; el *derecho a la salud o mirada a la enfermedad*, que a lo largo de nuestro trabajo ha aparecido en relación con una economía política de la salud basada en la tecnología para el control y la erradicación de las enfermedades, y el *derecho a la atención sanitaria o mirada a la salud* más relacionado con una economía política de la salud centrada en la salud pública que desafía la alta carga tecnológica. Sendos modelos tienen diferentes orígenes genealógicos; la mirada a la salud está relacionada con la medicina social, el refuerzo de la respuesta estatal y una mirada holística sobre la necesidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la enfermedad. La mirada a la enfermedad se despliega y refuerza más claramente con el propio avance de las ciencias de la salud y los adelantos tecnológicos.

- En tercer lugar, el despliegue de un poder médico y la evolución de las relaciones internacionales han sido procesos que históricamente se han influido mutuamente. Por eso, el conocimiento y la tecnología médica que caracteriza la estructuración internacional de diferentes *excelencias médicas* no ha sido tanto un producto a posteriori del orden internacional, sino que ha participado en su propia construcción y transformación. Es por ello, que la creación y despliegue hitórico de una red de poder médico en las relaciones internacionales permite vincular los procesos de cambio y transformación con la producción de tres tipos de órdenes normativos sanitarios que señalamos a continuación: 1º) El primer orden sanitario internacional que nuestro trabajo permite señalar supone la construcción de una *comunidad sanitaria global* que introduce el derecho a la salud y una mirada médica preocupada por analizar e intervenir sobre los factores sociales que producen la mala salud y la enfermedad. Aquí encontramos las redes de medicalización internacionales que han producido un conjunto de enfoques sociales y una economía política de la salud, que asume la lucha contra enfermedad dentro de un movimiento más amplio por la promoción de la salud y la intervención sobre diversos factores: sociales, económicos, ecológicos, salubristas... Ejemplos de este tipo los hemos visto en diversos momentos de la historia de las relaciones internacionales como por ejemplo: en las estrategias holísticas para luchar contra la malaria, la red de la APS o los actuales modelos comunitarios del cuidado médico. Como vimos, esta mirada que se desarrolla en paralelo a la evolución histórica del derecho a la salud y la atención sanitaria tiene por objetivo regular y administrar la vida para promover su cuidado y bienestar; 2º) El segundo orden sanitario internacional que nuestro trabajo permite identificar corresponde a la constitución de una *sociedad sanitaria internacional* caracterizada por la creación de un tipo de cultura médica organizada en torno al predominio dado al conocimiento médico y la producción de un imaginario de superioridad médico occidental que construye la enfermedad como una forma de representar la inferioridad de las sociedades africanas, y a la vez una estrategia de normalización del territorio, el comportamiento de los individuos y el estado postcolonial; 3º) El tercer, y último orden sanitario, que nuestro trabajo permite identificar corresponde a la creación de una *estructura sanitaria internacional*, que privilegia el asilamiento de las sociedades occidentales de las enfermedades infecciosas procedentes de los territorios imperiales y post-coloniales, que comenzó operando sobre el territorio, y avanzó a través de un sistema de vigilancia y regulación de las funciones vitales. Este tipo de orden es responsable también de producir un sistema jerárquico

sobre las tareas de investigación y acceso a los fármacos, donde África es sistemáticamente penalizada. Estos tres tipos de órdenes sanitarios internacionales señalarían que el tipo de estudio aplicado al análisis de la medicalización de las relaciones internacionales, y por ello a la producción histórica de una *excelencia médica*, debería de responder también a la pregunta de cómo su trabajo contribuye a reforzar o debilitar un tipo concreto de orden sanitario internacional.

- Otra aportación de nuestra investigación ha sido localizar la incorporación y participación de África en la evolución del proceso de medicalización de las relaciones internacionales. África no ha sido solo un espacio intervenido o desatendido por las políticas médicas sino que también ha jugado un importante papel como laboratorio natural para la producción del conocimiento médico. En muchas ocasiones esto ha sucedido con independencia de las necesidades sanitarias de su población, que han seguido mayoritariamente desatendidas facilitando así la reaparición histórica de la enfermedad. Como hemos visto, las investigaciones desarrolladas en el continente han influido poderosamente en la creación y el desarrollo de diferentes *excelencias médicas* que han producido diferentes efectos en África como: la vigilancia de su territorio, la normalización del cuerpo y comportamiento de sus habitantes, la exclusión o regulación del acceso de su población a los suministros sanitarios y la condicionalidad médica en la construcción del estado post-colonial. Dentro de esta intervención, queremos destacar cómo la producción de un conocimiento médico ha supuesto también, y en sí misma, una forma de gobernar a su población como vimos que sucedió durante; la epidemia de tripanosomiasis a comeinzos del siglo XX, los experimentos en Pare-Taveta relacionados con la fumigación contra la malaria, las experimentaciones con la vacuna y los modelos de contención contra la viruela, o los ensayos clínicos en relación al VIH/SIDA. Estas formas de gobierno nos permiten señalar, que la medicalización de las relaciones internacionales en África ha producido diferentes distorsiones o efectos negativos, que van más allá de la dialéctica entre dominación y emancipación. Un ejemplo de ello es el papel central que tuvo África en el desarrollo de medicalizaciones revolucionarias, que contaron con la influencia de China, y que desplegaron estrategias médicas concretas que supusieron formas de ordenar el territorio, la población y construir un modelo de estatalidad post-colonial africana (derecho al estado); y que dieron forma al intento más claro por descolonizar el poder médico internacional. Sin embargo, este poder médico revolucionario tuvo que enfrentar tanto, un proceso de

institucionalización que desembocó en la Conferencia de Alma-Ata, como la extensión de una agenda neoliberal que revirtió el propio proceso de descolonización impulsado. Por todo ello, el proceso de medicalización de las relaciones internacionales supone una forma histórica peculiar para analizar la participación de África en la evolución de las relaciones internacionales. De hecho, la medicalización del estado africano aparece como un proyecto abierto que históricamente ha adquirido diferentes formas; a veces ha sido más un peón de ajedrez en las disputas de las potencias de la Guerra Fría y el diseño del Programa de Erradicación de la Malaria; en otras ocasiones ha demostrado poseer una agenda propia como en el caso del Programa de Erradicación de la Viruela e incluso impulsar, como ya hemos dicho, procesos de descolonización internacional al diseñar sus propias soluciones sanitarias para su población. En este sentido sería interesante profundizar en otros ejemplos específicos del comportamiento de los estados africanos durante el PEV, las medicalizaciones revolucionarias y su relación con las autoridades que emergen a través de la organización de comunidades de apoyo, como sucedió durante el VIH/SIDA y la 24ª EVE.

11.2 Estrategias de medicalización de las relaciones internacionales

En este segundo apartado destacamos cómo el despliegue de un poder médico en las relaciones internacionales ha supuesto la construcción y transformación histórica de distintos tipos de racionalidades médicas o *medicalizaciones internacionales*, dentro de las cuales se han ido produciendo los diferentes tipos de *excelencia médica* que han ido dando forma al desarrollo histórico de un Dispositivo Médico Internacional. Aunque los hemos ido visitando a lo largo de los capítulos históricos de esta tesis doctoral a continuación los repasamos brevemente subrayando la autoridad que emana de ellos.

El inicio de la medicalización de las relaciones internacionales

El origen imperial del poder médico de las relaciones internacionales supuso que la autoridad europea en el control del despliegue de su red relacionaron la defensa de su estatalidad o soberanía y la necesidad colonial de superar el impedimento que creaba la enfermedad para la persecución de sus objetivos imperiales. La medicalización de las relaciones internacionales surge así como una racionalidad propia del proyecto imperial europeo que relacionó sus intereses expansionistas con un imaginario de superioridad.

La Erradicación como medicalización

El Programa de Erradicación de la Malaria aparece como “el gran fracaso” de la OMS y recuerda los límites de un modelo de desarrollo centrado en las posibilidades de la tecnología. Mientras el Programa de Erradicación de la Viruela es “el gran éxito” de la OMS y el gran hito de la cooperación médica que aúna las posibilidades de la ciencia y la filantropía cuando las diferencias ideológicas se dejan de lado (Manela, 2007). Frente a estos relatos normativos, nuestro estudio ha presentado la erradicación como una estrategia de medicalización de las relaciones internacionales, a través de la cual, los expertos de EEUU, a través de los esfuerzos de eliminar la malaria, lograron arrebatarse a sus colegas británicos el control sobre la red de poder médico imperial y transformarlo en una red de medicalización internacional. Posteriormente, la erradicación de la viruela, un gran triunfo del que todavía hoy nos beneficiamos, fue debida no solo o exclusivamente a la pericia técnico-científica o a la abnegación médica, sino al interés de los expertos de EEUU por mantener su autoridad y desplazar las pretensiones de control de la Unión Soviética sobre la red.

La medicalización revolucionaria

Esa estrategia de medicalización introdujo el conocimiento y la tecnología médica en manos de la creación de una autoridad o derecho al estado post-colonial, una expresión histórica de la soberanía estatal africana que también supuso, como vimos para el caso de Tanzania, el ejercicio de formas de coerción y violencia. Las medicalizaciones revolucionarias impulsaron un proceso histórico de descolonización del poder médico que ligó la emergencia de una nueva autoridad estatal con la planificación sanitaria nacional y la desconexión de los modelos occidentales.

La APS como contra-conducta médica

La Atención Primaria en Salud ha sido presentada como la máxima expresión de la “justicia sanitaria y el derecho a la salud” (Thomas and Weber, 2006) El relato genealógico permite puntualizar estas afirmaciones al presentar la emergencia de una contra-conducta médica como un tipo de medicalización de las relaciones internacionales, que sin impugnar la autoridad de los expertos, trató de dirigir su actuación hacia la creación de una *excelencia médica* dedicada a la planificación de un sistema nacional de atención sanitaria.

La Seguridad Sanitaria como medicalización global

La *medicalización de la seguridad* es así un tipo de racionalidad concreta y contingente que adopta el poder médico en las relaciones internacionales y que es el resultado del despliegue de diferentes procesos de securitización de la salud que hacen posible en encuentro entre la racionalidad neoliberal y el lenguaje de seguridad. Frente a la originalidad e innovación que suponía considerar la seguridad sanitaria como un ámbito de debate (Aldis, 2006) o una definición normativa (OMS, 2007, VII) hemos mostrado que los procesos de securitización de la salud continúan el proceso histórico de medicalización de las relaciones internacionales, repasado en esta tesis, lo que conlleva que la seguridad sanitaria sea ante todo un tipo concreto de racionalidad que permite reproducir un poder médico en las relaciones internacionales. Además esta reemergencia del poder médico sucede a través de una forma histórica característica como es la medicamentación de las relaciones internacionales. Al considerar que la seguridad sanitaria es un tipo de medicalización señalamos que el despliegue de su estrategia constituye también la producción de un tipo particular de *excelencia médica* que reproduce la constante batalla entre las formas de intervenir la salud de la población vinculados, a enfoques más biomédicos, en este caso farmacológicos, frente a otros más próximos a enfoques sociales de la salud.

11.3 Aportaciones a los ECSS

El tercer y último apartado de nuestras conclusiones hace referencia a los ECSS donde esta tesis se localiza. Así, hemos analizado la medicalización de las relaciones internacionales como respuesta al creciente interés mostrado por los Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria. La aparición académica de unos ECSS había supuesto que dentro de la disciplina de Relaciones Internacionales emergiera un ámbito de investigación vinculado específicamente al estudio de la salud global (Davies, Elbe, Howell and McInnes, 2014). Creemos que la visión histórica y contingente del origen y desarrollo de un poder médico en las relaciones internacionales que hemos ofrecido en esta tesis cuestiona la pretendida originalidad de aquellas voces que a la hora de comentar el reciente interés mostrado por los ECSS sin atender a considerar o estudiar el proceso histórico de medicalización de las relaciones internacionales que los procesos de securitización de la salud continúan.

Al confirmar las hipótesis que nos planteábamos al inicio de nuestro estudio y sostener cómo a lo largo de la historia de las relaciones internacionales se ha ido creando y reconstruyendo un tipo de poder médico, del que la seguridad sanitaria global sería una de sus últimas configuraciones; y cuyo despliegue ha estado controlado por los actores occidentales. Por ello las actuales agendas y políticas de seguridad sanitaria global estarían contribuyendo a la propia reproducción de este poder ligado fuertemente a los valores, intereses y agendas políticas de los actores occidentales. Estas confirmaciones y las aportaciones anteriormente señaladas dialogan abiertamente con los intereses concretos perseguidos por las tres Escuelas que constituyen los Estudios Críticos de Seguridad Sanitaria lo que permite trazar futuras líneas de trabajo. A continuación señalamos algunas de las principales aportaciones que dialogan abiertamente con los intereses perseguidos por, la Escuela de Copenhague, la Escuela de Gales y la Escuela de París. Estos diálogos crean espacios de encuentro y cooperación entre las diferentes Escuelas por lo que sus aportaciones permiten profundizar en diferentes líneas de interés para la disciplina de Relaciones Internacionales. Se cumple así la argumentación de R.B.J Walker que sostenía que los debates y los conceptos propios a los estudios de seguridad no quedaban limitados a ese ámbito académico, sino que influyen poderosamente en el propio desarrollo de la disciplina de Relaciones Internacionales (Walker, 1993).

La *Escuela de Copenhague* sostenía que el investigador debía ser consciente de las implicaciones que supone usar la herramienta de la securitización en sus trabajos. Nuestra investigación ha profundizado en este interés al localizar los procesos de securitización de la salud dentro de un proceso histórico más amplio como es el de la *medicalización de las relaciones internacionales*. Esta relación permite ver cómo los dilemas normativos, surgidos desde la última década del siglo XX, y asociados a los procesos de securitización de la salud están vinculados inevitablemente al despliegue y funcionamiento histórico de un poder médico en las relaciones internacionales. En segundo lugar, nuestra investigación dialoga con la propuesta que hacía Thierry Balzacq de adecuar un modelo sociológico al uso de la teoría de la securitización. El interés de Balzacq, muy próximo al constructivismo era profundizar en el análisis de las características que participaban en los procesos de securitización y no limitar su estudio a evaluar su éxito o fracaso. En línea con esta preocupación nuestro estudio refuerza el análisis del proceso histórico donde se producen y transforman los intereses de los

actores demostrando así la influencia recíproca entre el contexto y el poder médico. Por último, los dilemas normativos que interesan a la Escuela de Copenhague se reproducen con el funcionamiento histórico del poder médico de las relaciones internacionales que relaciona las *excelencias médicas* con un tipo normativo de orden sanitario internacional.

En relación a la *Escuela de Gales*. Recordamos que uno de sus intereses era denunciar cómo los procesos de securitización de la salud al responder a los intereses de los actores occidentales aumentaban la desigualdad sanitaria, haciendo un especial incapie en las realidades materiales y las desatenciones médicas que sufren las poblaciones del Sur global. El estudio histórico de la medicalización de las relaciones internacionales demuestra que el origen y la evolución histórica de un poder médico en las relaciones internacionales han estado controlados por los estados occidentales. Solo, durante un corto periodo de tiempo, los estados post-coloniales lograron arrebatárselo desplegando diferentes procesos de medicalización revolucionarios. De esta forma, el eurocentrismo sanitario funciona, no tanto como una lógica o una estructura fija, e inalterable, sino justamente como su contrario, es decir su dinamismo y transformación permite históricamente a los actores occidentales controlar la extensión de un poder médico en las relaciones internacionales.

En relación a los intereses de la *Escuela de París* y la aplicación de los estudios de Foucault a nuestra disciplina señalamos estas dos principales aportaciones, La primera es que el proceso de medicalización de las relaciones internacionales, y el despliegue de un poder médico internacional, no reproduce los procesos de medicalización nacionales que sucedieron en los estados europeos. Como hemos visto a lo largo de la investigación la historia de la medicalización de las relaciones internacionales no responde tanto a la evolución directa de las medicalizaciones nacionales de los estados occidentales del siglo XVIII ni del Plan Beveridge que constituyó el *National Health Service*. La segunda es que las medicalizaciones que impulsan históricamente el poder médico en las relaciones internacionales no quedan limitadas exclusivamente al cálculo de riesgo sino que producen otras racionalidades. A lo largo de la tesis doctoral hemos podido analizar la construcción y transformación de otra serie de medicalizaciones o racionalidades políticas, que ya hemos recuperado también en esta conclusión, como por ejemplo, la erradicación, la medicalización revolucionaria, la consta-conducta médica que supuso la APS, la vigilancia epidemiológica o la seguridad sanitaria. Por

últimos señalamos dos medicalizaciones que no presentadas en las conclusiones anteriores son de interés para seguir explorando las posibilidades que abre el trabajo de Foucault para los ECCS.

La internacionalización de las cuarentenas

Foucault en sus conferencias dedicadas a la medicalización señaló que:

“La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia” (Foucault, 1977; 14).

En *Vigilar y Castigar* (1975) Foucault mostró cómo a finales del siglo XVIII, en las ciudades europeas, ante una declaración de peste se adoptaban unas medidas de vigilancia que operaban principalmente sobre el territorio de forma que las personas debían permanecer en sus casas, con el fin de estar aisladas mientras un sistema de vigilancia dividía la ciudad en distintos sectores patrullados por inspectores que elaboraban informes detallados sobre las personas que a su paso no se presentaban en sus ventanas y que por tanto debían ser transportados a un hospital fuera de la ciudad al considerar que habían contraído la peste lo que suponía también desinfectar sus casas (Foucault, 1977; 217-8).

Siguiendo al filósofo francés, Allison Bashford afirma:

“Si, como dijo Foucault, "la higiene pública fue una refinada variación de la cuarentena" (1994: 146), me atrevo a decir que los desarrollos del siglo XX en el gobierno del espacio mundial fueron, en parte, un refinamiento adicional, una declinación adicional de la cuarentena” (Bashford, 2006; 69).

Nuestro estudio refuerza la afirmación de Bashford porque, como vimos no hubo tanto una expansión directa del esquema la cuarentena, sino una declinación muy específica del sistema de vigilancia y normalización del territorio que operaba, no tanto en las ciudades, como en las fronteras marítimas y terrestres y que compartiendo el mismo esquema de vigilancia, operaba sobre un medio distinto a la ciudad relacionando la estrategia de vigilancia especial con la evolución de las ciencias de la salud, la superación del debate entre miasmáticos y contagionistas, un imaginario de superioridad sobre el Impero Otomano y la pugna por la balanza de poder entre estados europeos.

Foucault relaciona un primer proyecto de investigación sobre la gubernamentalidad con el estudio histórico de la emergencia de un poder de dirigir la conducta de las personas que profundiza al investigar la aparición de un poder pastoral entre los pueblos hebreos y asirios de la antigüedad (Foucault, 1990). Para explicar la naturaleza de este poder Foucault recupera tres figuras centrales de la religión hebrea, que son: el pastor, el rebaño y la oveja. El poder pastoral explicado por Foucault tiene resonancias con el poder de conducta que desplegaba el médico pre mansoniano anterior a la aparición de la Medicina Tropical. A continuación explicamos estas relaciones que se trazan entre ambas experiencias. En primer lugar, el médico, anterior a la emergencia de una Medicina Tropical, como el pastor tenía el deber de conducir al rebaño allá donde hubiera pasto lo que suponía mantener viva la promesa de un territorio por lo que su poder era “sobre un rebaño más que sobre una tierra” (Foucault, 1990; 100). Antes de la creación de la Medicina Tropical, la autoridad del médico europeo en los trópicos era muy limitada y emanaba de un conjunto de recomendaciones que podía establecer para que los europeos pudieran mantener la vida en los trópicos. Este conjunto de medidas y conductas nos permiten relacionar al médico premansoniano con las características que Foucault señaló cuando apuntó que “el rebaño existe gracias a la presencia inmediata y a la acción directa del pastor” pero también con el hecho de que el pastor como el médico atendiera a la salvación de “cada una de sus ovejas sin excepción para que coma y se salve” (Foucault, 2010; 101-102). El ejercicio del poder pastoral era así un deber abnegado, “porque todo lo que hace es por el bien de su rebaño” (Foucault, 2010; 102). Este tipo de poder y la evolución de un tipo de autoridad pastoral se puede continuar investigando en su adecuación a otras formas más contemporáneas como las comunidades de apoyo que se constituyen en torno al cuidado de enfermos con VIH/SIDA o EVE.

EPÍLOGO

12. COVID19 y medicalización de las relaciones internacionales

Mientras acabábamos nuestra tesis doctoral comenzaba y se extendía la epidemia de COVID19. Por ello presentamos en este epílogo dos textos publicados y cuyas propuestas están basadas en la investigación que hemos presentado a lo largo de esta tesis doctoral. Consideramos que la incorporación de sendas piezas al epílogo de este trabajo refuerza el valor de la investigación realizada y permiten abrir nuevas líneas de reflexión crítica en torno a las relaciones entre la epidemia de COVID19 y la evolución de la medicalización de las relaciones internacionales. Este epílogo se ordena en dos textos que proponen sendos diálogos con la historia de la medicalización de las relaciones internacionales que hemos presentado en los capítulos anteriores.

El primer texto “África, COVID19 y orden sanitario internacional”, publicado el 23 de junio en la página web del Grupo de Estudios Africanos de la Universidad Autónoma de Madrid, propone una lectura crítica del fallo del dispositivo de seguridad sanitario global que relaciona con el eurocentrismo de su origen y evolución histórica. Desde este reconocimiento el texto sostiene que los efectos que la epidemia del COVID19 tiene en las relaciones internacionales son el resultado del impacto que ha causado su circulación sobre tres tipos de órdenes sanitarios internacionales vinculados con tres procesos, la globalización de la enfermedad, la geopolítica epidemiológica y el mercado de la atención sanitaria. A lo largo de los apartados del artículo, y en base a la investigación desarrollada en este trabajo, localizamos la centralidad que África ha tenido tanto en el desarrollo de estos tres órdenes sanitarios como en el impacto causado en la actualidad por la epidemia de COVID19.

El segundo texto “Límites en la seguridad. Horizontes para los cuidados” fue publicado el 21 de abril en AFRICAYE, un blog dedicado especialmente al análisis de la realidad de África Subsahariana. Este segundo texto aborda nuevamente, como el anterior, la crítica a la construcción histórica de las políticas de seguridad sanitaria global para proponer, en base a las experiencias en las sociedades africanas, la necesidad de su evolución desde una lógica de actuación centrada en la seguridad a una más cercana a una concepción del cuidado sanitario global. A continuación presentamos ambos textos

12.1 África, COVID19 y orden sanitario internacional

La extensión global del COVID 19 demuestra el fallo o la superación del dispositivo de seguridad sanitaria global. Muchos trabajos han analizado críticamente la respuesta dada por la OMS, así como las previsiones o cálculos que sus expertos usaron para responder globalmente a la epidemia, evaluar su verdadera amenaza y el alcance del virus (Sohrabi, Catrin, et al, 2020; Lancet, 2002). Otros han examinado las respuestas nacionales de diferentes estados, deteniéndose en el éxito de los asiáticos o las diferentes respuestas de otros estados europeos (Legido-Quigley, Helena, et al, 2020; Wu and McGoogan, 2020; Nacoti et al, 2020; Wang, 2020), y por último los riesgos que la epidemia de COVID19 presenta al continente africano (Martínez-Álvarez, 2020; Yancy, 2020; El-Sadr and Justman, 2020). A través de estas investigaciones se puede trazar un relato crítico de la respuesta global dada a la epidemia de COVID19. Este artículo continúa este interés para explicar cómo la naturaleza del impacto causado por el COVID 19 cuestiona la construcción histórica del dispositivo de seguridad sanitario global que, durante las tres últimas décadas, ha priorizado la defensa de los estados occidentales de las circulaciones infecciosas internacionales. Para ello en primer lugar repasamos la constitución de la seguridad sanitaria como un dispositivo global de marcado carácter eurocéntrico. A continuación, en un segundo apartado, ofrecemos una lectura histórica del impacto que la epidemia de COVID19 causa al orden sanitario internacional para lo que recuperamos diferentes experiencias africanas. En base a esta lectura acabamos trazando unas conclusiones que señalan los posibles horizontes que la epidemia del COVID 19 deja abierto en el desarrollo de las relaciones internacionales.

12.1.1. El dispositivo de seguridad sanitario global

Uno de los primeros ámbitos afectados por la epidemia de COVID19 ha sido el de la seguridad sanitaria global, el dispositivo internacional que debía haber respondido a la epidemia para evitar, en gran medida, el tamaño impacto global alcanzado por el coronavirus. La seguridad sanitaria global agrupa: “el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales” (OMS, 2007; IX). La definición anterior se aleja de una

concepción tradicional de seguridad para adecuarse a un cálculo de riesgo sanitario. Veamos con más detenimiento los tres movimientos que permiten este distanciamiento. En primer lugar, la definición refuerza la *autoridad* de los expertos de salud por encima de los actores tradicionales de seguridad, vinculados históricamente a los estudios estratégicos o el sector militar. En segundo lugar, el *nuevo tipo de amenaza sanitaria* se aleja de la centralidad dada por el realismo político al conflicto bélico o el uso de la fuerza. Y en tercer lugar, en nombre de la seguridad sanitaria se han desplegado medidas urgentes y excepcionales, como cordones sanitarios e intervenciones militares, sin embargo su *lógica de actuación* ha primado los sistemas de vigilancia epidemiológica para poder prevenir, anticipar y contener la extensión global de un estallido (Elbe, 2010).

La creación y el funcionamiento, desde la última década del siglo XX, de este dispositivo de seguridad sanitaria global han estado caracterizados por su naturaleza eurocéntrica donde ha jugado un papel central la actuación de los expertos de Estados Unidos. En sus inicios jugó una importancia central la epidemia de VIH/SIDA, que fue la enfermedad que mejor recogió los temores que impulsaron la demanda de crear un dispositivo de seguridad sanitaria global. Los virólogos y los centros de inteligencia de EEUU comenzaron a preocuparse por la reaparición de las enfermedades infecciosas y, muy concretamente por la amenaza que podía suponer el VIH/SIDA. Este interés despertó a los estados occidentales del sueño de considerar que los avances médicos y sociales habían dejado atrás para siempre la amenaza que suponía la circulación internacional de las enfermedades infecciosas (Lederberg, Shope & Oaks, 1992). Así, a comienzos de la postguerra fría, el virólogo Stephen Morse reclamó considerar la aparición de nuevas “enfermedades infecciosas emergentes” como los virus de, VIH, Ébola, Nipah o la enfermedad de Lyme, de origen bacteriano, como amenazas para la seguridad nacional de los EEUU (Morse, 1991). Los informes identificaban los terribles efectos adversos que estas enfermedades podían tener para, la salud pública y la mortalidad de la población, la economía nacional y la desestabilización geopolítica de regiones y territorios (Lederberg, Shope & Oaks, 1992). La expansión del concepto de “enfermedad infecciosa emergente” por círculos científicos, medios de comunicación y agendas de seguridad permitió extender el interés por el concepto e impulsó la celebración de un seminario de trabajo en la localidad canadiense de Lac Temblant que reunió a expertos sanitarios de Estados Unidos, Canadá y la Organización Mundial de la

Salud. El resultado final del seminario se plasmó en la conocida como Declaración de Lac Temblant que acordó la necesidad de transformar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional, gestionado por la OMS y que no había sufrido cambios considerables desde 1969, a uno global (Weir, 2014; 19). Así durante los años posteriores los expertos de la OMS celebraron una serie de reuniones técnicas y asambleas específicas para lograr este objetivo y evitar así también que los EEUU, en estrecha colaboración con Canadá, desarrollaran iniciativas bilaterales en el campo de la seguridad sanitaria. Para la OMS reformar la seguridad sanitaria, un ámbito históricamente específico a su funcionamiento, permitía reforzar su autoridad internacional tras dos décadas de desplazamiento debidas a la centralidad lograda por el Banco Mundial en las políticas de desarrollo de la salud, y las críticas al propio funcionamiento interno de la OMS (Brown, Cueto and Fee, 2006). Las piezas centrales de esta renovación fueron la creación de unidades específicas y sistemas como el *Global Outbreak Alarme Response Network* (GOARN), un programa informático que barría diferentes fuentes de información con el objetivo de identificar posibles estallidos víricos sin tener por ello que quedar limitado a las notificaciones de los estados que habitualmente ocultaban esta información (Weir and Mykhalovskiy, 2010; 77). La eficacia y el reconocimiento de este nuevo sistema de vigilancia epidemiológico global llegó con el SRAS (2002-2003). El éxito de su actuación al contener ese estallido vírico abrió un segundo periodo en la construcción del dispositivo de seguridad sanitaria global caracterizada por exigir a las autoridades chinas una mayor cooperación informativa y colaboración con el organismo internacional (Fidler, 2004; 8). El surgimiento posterior, durante el siglo XXI, de otras epidemias como las gripes aviares (2004, 2006), gripe A H1N1 (2009-2010), el ébola (24° EVE; 2014-20016) o el zika (2015-2016), procedentes principalmente de territorios asiáticos y africanos, reforzaron las peticiones de adecuar los sistemas de salud de los estados del Sur al nueva Reglamento Sanitario Internacional (RSI), aprobada en 2003, y cuyas medidas dejaron de centrarse solo en los espacios fronterizos para comenzar a operar al interior de los propios estados. El RSI presentaba las denominadas preparaciones pandémicas que suponía la adecuación de un conjunto de medidas en los sistemas de salud que incluían, alertas epidemiológicas, capacidad de suministro y almacenamiento de fármacos, refuerzo de los recursos de epidemiología y una mayor coordinación entre sectores de gobierno (Fidler, 2004; 50). Los estados del Sur, diferentes actores globales y ámbitos académicos denunciaron que el peso de la adopción de este conjunto de medidas recaía

especialmente en las sociedades del Sur mientras los beneficios eran disfrutados en Occidente (Aldis, 2008). Las epidemias de las gripes aviarias y la 24^o EVE confirmaron estas críticas al dirigir recursos excepcionales, financieros y legales, para impulsar la investigación farmacéutica para lograr la síntesis de fármacos capaces de responder a esas epidemias (Elbe, Roemer-Mahler and Long, 2015). El acceso a estos fármacos en el mercado global alcanzó unos precios inaccesibles para las poblaciones del Sur lo que aumentó la desigualdad sanitaria. La circulación del COVID19 demuestra la superación del funcionamiento del dispositivo de seguridad sanitaria global y cuestiona claramente el objetivo y la práctica que perseguía.

12.1.2 Las tres amenazas de la epidemia de COVID19.

El dispositivo de seguridad sanitario global no ha impedido que la epidemia de COVID19 alcanzara los estados Occidentales lo que ha provocado que aparecieran en las sociedades occidentales tres tipos de amenazas. La primera es la *amenaza vírica global*, que surge con la percepción de que nunca volveremos a estar seguros, que la probabilidad de que otra zoonosis (enfermedad infecciosa que se transmite de forma natural de los animales al ser humano), aparezcan y se extiendan de manera global alcanzando nuestras sociedades es una realidad cierta. La segunda es la *amenaza nacional*, que ha supuesto la epidemia de COVID19 para los estados occidentales al causar, altos porcentajes de mortalidad e infección, graves alteraciones en el correcto funcionamiento de sus instituciones, especialmente el sector sanitario que ha temido en muchas situaciones llegar al colapso, y grandes pérdidas económicas provocadas en sectores productivos y de servicios. La tercera y última es la *amenaza social*, que la epidemia del COVID19 ha producido en determinados grupos de población, como aquellos perfiles de riesgo por razón de la edad o por presentar patologías previas, pero también las originadas por las medidas de emergencia adoptadas por los estados que han aumentado la vulnerabilidad económica de las clases más populares. Como a continuación explicamos las implicaciones que tienen estas tres amenazas van más allá de la actual circulación global del coronavirus y comprende el impacto que causan sobre los tres tipos de órdenes sanitarios internacionales que se han ido construyendo históricamente, como parte de la evolución de las relaciones internacionales. Para explicar este efecto recuperamos algunas de las características más significativas de la trama histórica que ha permitido la constitución de cada uno de esos órdenes sanitarios y analizaremos el impacto que causa sobre ellos la epidemia de COVID19.

- **La globalización de la enfermedad.**

La *amenaza vírica global* supone localizar la expansión del coronavirus dentro del proceso histórico caracterizado por la *globalización de la enfermedad*. Este proceso refiere al intercambio, desde el inicio de los tiempos, de microorganismos entre territorios alejados gracias al comercio, las guerras o la colonización (Le Roy Ladurie, 1989). Este intercambio se ha podido mantener históricamente a través de tres maneras de explotación económica. En un primer periodo el motor central del proceso fue la violencia europea, ejercida a través de la trata esclavista y el descubrimiento de América, que relacionó el inicio del proceso de acumulación capitalista con la colonización vírica de territorios que no habían tenido contacto previo con ciertas enfermedades (Le Roy, 1989; 30). En un segundo periodo la explotación de los recursos naturales de los territorios coloniales y postcoloniales africanos, que caracteriza una economía extractiva o depredadora, produjeron un conjunto de desequilibrios ecológicos que condicionaron la re-emergencia y extensión de diferentes enfermedades por el continente (Clark, 1995). Ahora, en un tercer periodo caracterizado por una economía financiera global, desmaterializada e informatizada, el impacto ambiental no causa ya solo la reproducción de enfermedades sino que posibilita que surjan nuevas zoonosis relacionadas también con la centralidad que tiene el continente africano en la explotación y extracción de recursos que permiten producir la tecnología necesaria para que funcione un tipo de economía global financiera (Boko et al, 2018).

Si el origen de la globalización de la enfermedad es inseparable de las actividades humanas, uno de sus principales motores, como hemos apuntado líneas atrás, fue la colonización europea que supuso un verdadero genocidio microbiano sobre las poblaciones de América y que se liga al comienzo del proceso de acumulación capitalista (Crosby, 1988). En África fue la trata esclavista la que incorporó al continente a este proceso de intercambio. Aunque el África occidental tenía una versión relativamente atenuada de la viruela, los europeos introdujeron las variantes más virulentas entre los siglos XVI y XVIII y también enfermedades como la tuberculosis y la neumonía bacilar. La defensa natural del Sahara fue superada por la peste bubónica que alcanzó el Congo, partes de Angola a mediados del siglo XVII y las costas de Senegal y Guinea a mediados del siglo XVIII (Illife, 1998; 183). E igualmente las conexiones comerciales del este del continente con la India y las rutas de peregrinación a la Meca permitieron que, con anterioridad a la expansión europea, la viruela llegara a

ciertas partes del continente (Illief, 1998; 13-14). Sin embargo fue la trata esclavista la principal fuerza histórica que introdujo el continente en el proceso de uniformidad del globo por la enfermedad. El comercio de esclavos permitió el intercambio de enfermedades entre América del Sur y África Occidental; así la sífilis se trasladó al continente africano y la fiebre amarilla y la malaria falciparum viajaron a América (Arnold, 1996; 75)

La extensión de la enfermedad continuó de diferente manera a través de los modelos de desarrollo económico coloniales centrados en la explotación minera y las plantaciones tropicales que afectaron de una manera decisiva a la propia ecología africana (Packard; 1989). La explotación económica y la hambruna debida a las condiciones impuestas por el trabajo colonial permitieron que aparecieran y se extendieran la sífilis y otras enfermedades por los territorios bajo administración de las potencias europeas (Vaughan, 1991). En otros casos el origen de la enfermedad lo encontramos en las campañas militares con las que las potencias europeas trataban de anexionarse los territorios africanos. Por ejemplo, la caballería italiana en su invasión a Etiopía introdujo la gripe bovina, desconocida hasta entonces en el continente, que originó el estallido más grave de tripanosomiasis africana (Headrick, 2014; 1). Los impactos ecológicos causados por la economía extractiva colonial continuaron después de la Segunda Guerra Mundial, con el inicio de los procesos de descolonización, de la mano de los modelos de desarrollo internacional. Durante las primeras décadas de la Guerra Fría, el agronegocio y la construcción de infraestructuras extendieron el uso de insecticidas como el DDT. Por ejemplo, los programas de erradicación de la malaria que fueron centrales para mantener las políticas extractivistas y reactivar así la economía internacional después de la Segunda Guerra Mundial, provocaron la remergencia de la enfermedad en diferentes territorios africanos (Packard, 1989).

En la actualidad la violencia sobre el medio que ejercen las operaciones extractivistas no solo permiten la reaparición de enfermedades, sino que la pérdida de biodiversidad está desplazando las fronteras naturales permitiendo así que aparezcan nuevas *zoonosis* es decir procesos de transmisión de enfermedades propias del reino animal a los seres humanos (Chivian and Bernstein, 2008). De hecho, los expertos denunciaron el papel central que el impacto medioambiental tenía en la remergencia de las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la malaria o en la aparición de nuevos virus como el VIH/SIDA , Nipah, Ébola, Lyme (Morse, 2001; 8-26), a los cuales se sumaron

posteriormente las gripes aviarias, el SARS, Zika. Sus informes ya señalaban que las alteraciones en el medio propiciaban que enfermedades propias al reino animal alcanzaran a los seres humanos. Pero el proceso de construcción del dispositivo de seguridad sanitario global priorizó, como hemos visto, la constitución de un sistema de vigilancia que no centró su intervención en las causas ecológicas y estructurales. Por ejemplo, las gripes aviarias señalaron la importancia de intervenir en las prácticas desarrolladas en las granjas familiares y las condiciones de la ganadería intensiva y los establos industriales (Bingha, and Hinchliffe, 2008). Más adelante, los estudios epidemiológicos identificaron el origen de la 24ª EVE con el desequilibrio entre los murciélagos frugívoros transmisores del virus y la producción de aceite de palma donde vivían estos animales (Wallace et al, 2014). Pero la extensión de este modelo agronegocio, que supone incorporar al continente africano a una economía global desde una posición limitada a la producción y suministro de recursos naturales, es también el resultado de décadas de políticas financieras y de reconstrucción que ha privilegiado esa posición en la economía global. Es también la superación de las fronteras naturales lo que, todavía con muchas preguntas y faltas de certeza, ha relacionado el COVID19 con el tráfico ilegal de animales (el pangolín). Además, frente a una supuesta desmaterialización de la economía financiera, las redes globales atraviesan Wuhan la conectan con otras ciudades del interior de China como Guangzhou y Shanghai y también las redes mundiales de finanzas, comercio, turismo y cadenas de suministro vinculan Wuhan con las inversiones chinas en la infraestructura de Qom (Irán) y la industria de piezas de automóviles de Wuhan con las fábricas de Alemania, Serbia y Corea del Sur (Liu, 2020). Las redes de transporte dejan de ser considerados exclusivamente vías de transmisión de la enfermedad, como había sucedido en el pasado, para convertirse en importantes agentes del impacto ecológico, como reiteradamente se ha denunciado en relación al espectacular aumento del turismo internacional (Fernández Durán, 2011; 88). Si las redes permiten la globalización de los virus, el propio sistema económico global es el responsable del origen del estallido, lo que en último término posibilita que el proceso de uniformidad del globo por la enfermedad permanezca abierto y haga imposible mantener el aislamiento europeo.

- **La geopolítica epidemiológica**

La *amenaza estatal* que causa el coronavirus supone localizar las medidas defensivas de emergencia y protección desplegadas para frenar la epidemia de

COVID19 dentro del proceso de *globalización contra la enfermedad*. Este proceso comienza en el siglo XIV, cuando las ciudades y los estados europeos empiezan a desplegar las cuarentenas para frenar la llegada de las enfermedades pestilentes a su territorio. La creación posterior de los Consejos Marítimos, en el Siglo XVIII, cuya misión era tratar de evitar la propagación de las epidemias por el Mediterráneo, evolucionaron, desde mediados del siglo XIX, hacia la construcción, por parte del imperialismo europeo, de una autoridad médica encargada de tratar de frenar la circulación por las rutas imperiales de las enfermedades infecciosas. Entonces la centralidad dada al cólera permitió desplegar un sistema de vigilancia sobre los territorios bajo mando de los poderes imperiales europeos con la intención de actuar lo más cerca posible del foco de origen del estallido. El origen histórico de la higiene internacional lo encontramos por tanto en la extensión de un modelo de vigilancia, que desde la Edad Medieval ya operaba por medio de las cuarentenas, más allá de las fronteras marítimas y terrestres de los estados europeos lo que conllevó también la creación de los primeros organismos y burocracias sanitarias internacionales (Huber, 2006).

Este sistema de vigilancia dio pie a la creación de un tipo de geopolítica epidemiológica imperial que respondió a los intereses mostrados por las potencias coloniales europeas de controlar el paso de los buques que atravesaban el Canal de Suez y los que transportaban a los peregrinos musulmanes de los puertos indios de Bombay y Madras a la Meca (Harrison, 2006). Esta actuación excluyó las peticiones de EEUU de vigilar otras rutas marítimas responsables de llevar la enfermedad a su continente, como eran las rutas atlánticas con los puertos europeos que trasladaban el cólera o las del Pacífico con China (Cueto, 2006; 9). La creación a inicios del S XX de la OIHP pero sobre todo de la Oficina de Singapur permitió que en el periodo de entreguerras y gracias a los adelantos en los medios de comunicación se pudiera extender un sistema de vigilancia epidemiológico global (Bashford, 2006). Este sistema de líneas higiénicas, informaciones semanales o periódicas y oficinas de vigilancia fue el que heredó la OMS en su constitución en 1949 y que mantuvo con muy pocas modificaciones durante la Guerra Fría. En esencia este sistema operaba sobre los espacios fronterizos, reforzando la autoridad de los estados como los únicos actores oficiales responsables de informar y contener un estallido vírico en sus territorios (OMS, 2007; 8). Sin embargo, los avances médicos y sociales alcanzados después de la Segunda Guerra Mundial llevaron a considerar que las enfermedades infecciosas eran enfermedades exóticas o

tropicales, es decir limitadas a regiones concretas o subdesarrolladas. Fue justamente en este periodo de mayor tranquilidad, resultado de la falta de circulaciones epidémicas internacionales cuando las tecnologías de vigilancia y confinamiento alcanzaron su más importante logro a través del desarrollo del Programa Internacional de Erradicación de la Viruela (PEV; 1966-1980) que demostró el importante papel que podían jugar estas medidas en la construcción de los estados post-coloniales africanos. Si la extensión de las cuarentenas había permitido la internacionalización de una estrategia de vigilancia del territorio adecuada a la propia expansión imperial de los estados europeos; el PEV sirvió para que las nuevas autoridades postcoloniales africanas descolonizaran esas tecnologías e hicieran de ellas herramientas adecuadas para la construcción de su soberanía. Las autoridades estatales independientes, las guerrillas que luchaban contra las metrópolis y los movimientos secesionistas no dudaron en usar los sistemas de inoculación, contención y vigilancia dirigidos a erradicar internacionalmente la viruela para ejercer de facto un “derecho al estado”. En mano de los actores africanos, estas tecnologías de vigilancia epidemiológica dieron forma a una estrategia de gobierno del territorio y de la población que constituyó, a comienzos del periodo post-colonial, una vía práctica para la construcción y reivindicación de una autoridad estatal sobre el territorio (White, 2005).

La construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica global a comienzos de la postguerra fría, al que ya nos hemos referido al comienzo del artículo, supuso la reforma del sistema de vigilancia epidemiológico internacional y se justificó por la re-emergencia de las enfermedades infecciosas y la falta de cooperación de los estados postcoloniales, que no informaban de los estallidos detectados en sus territorios (Fidler, 2004). Por eso, la evolución tecnológica que permitió esta reforma, supuso también que apareciera un nuevo mecanismo de condicionalidad política que dejó de limitar su actuación a los espacios fronterizos para comenzar a operar al interior de los estados post-coloniales y obtener la información necesaria sobre una probable aparición de un estallido vírico que los gobiernos eran reacios a compartir por miedo a sus implicaciones económicas. El sistema de vigilancia epidemiológica global desplegado para ello se basó en el desarrollo de la tecnología del *big-data*, a través de sistemas y programas como Pro-med, GHIN, y sobre todo la centralidad del GOARN. Todos ellos desarrollan tareas de vigilancia epidemiológica que agrupan las funciones de recopilar y analizar la información proveniente de diferentes fuentes médicas con el objetivo de

identificar un posible estallido vírico que debe ser luego confirmado por las autoridades estatales. Entre la información que estos programas reúnen hay datos de altas y bajas hospitalarias, gastos en antigripales, referencias estadísticas a las causas de mortalidad, noticias intercambiadas entre profesionales médicos u ONGs (Elbe, 2010). Junto a la consecución de toda esta información el Reglamento Sanitario Internacional incorporó, como también señalamos anteriormente, las preparaciones para pandemias que son un conjunto de actuaciones, guías y protocolos que los estados debían incorporar. En África esta adecuación fue imposible por las dificultades técnicas que suponía su incorporación y el intento recibió las críticas por los problemas de gobernanza sanitaria que creaba y el desplazamiento de otras estrategias de vigilancia epidemiológica más relacionadas con la APS y las necesidades sanitarias diarias de su población (sarampión, meningitis...) (Ijamakinwa and Stephenson, 2012). En este contexto la crisis del COVID 19 ha demostrado que los estados asiáticos han sido quienes mejor han aprendido las lecciones producidas por las pasadas epidemias y han logrado adecuar con éxito sus sistemas de respuesta y vigilancia a sus sistemas de salud e incluso han aplicado las tecnologías 5G a las tareas de vigilancia y control de epidemias (Han, 2020). Pero también en este contexto ha aparecido una nueva estrategia geopolítica, que ya no despliega exclusivamente las labores de vigilancia y control sobre el territorio, pero recupera por otros medios el lema de “ganar mentes y corazones” con el que históricamente EEUU ha vinculado su ayuda sanitaria (McInnes and Rushton, 2012). Nos referimos a la conocida como “diplomacia de las mascarillas” que China ha usado para reforzar sus lazos con los estados africanos y adquirir mayor relevancia global.

- **El mercado de la atención sanitaria**

La epidemia de COVID19 ha supuesto una clara amenaza existencial para ciertos perfiles demográficos y epidemiológicos e indirectamente, las medidas tomadas para mitigar y contener la epidemia han aumentado la vulnerabilidad económica de grupos sociales ya precarizados. Sin embargo, la epidemia también ha supuesto una crítica a los modelos neoliberales de gestión sanitaria lo que ha multiplicado las voces que solicitan reforzar la salud pública y la medicina comunitaria. Estas demandas no son originales o exclusivas al COVID19. Históricamente las epidemias han influido poderosamente en la construcción de las sociedades europeas y los inicios de cualquier política sanitaria estatal. Los tiempos de epidemia han sido también tiempos abiertos a la transformación, la reivindicación y la lucha desde los movimientos sociales y políticos a favor de las

reformas sociales que englobaban tanto la mejora de las condiciones del medio, del lugar de trabajo o residencia de la población, la creación de sistemas de aseguración social y sanitaria e impulsar la evolución de un conocimiento médico en salud pública (Porter, 2005; 77-97). Las epidemias de cólera legitimaron una mayor intervención del estado en mejorar las condiciones sanitarias de la población e impulsó el surgimiento de la epidemiología social (Evans, 1987). En el desarrollo de estas actuaciones jugaron un papel fundamental las redes internacionales que a través de la medicina social o la higiene rural fueron produciendo unos enfoques de salud pública próximos a la concepción del derecho a la salud y la atención sanitaria (Weindling, 1995). El periodo entre las dos Guerras Mundiales asistió a un fortalecimiento del alcance y la actividad de las redes de medicina social y de otras transnacionales, como la Fundación Rockefeller, que internacionalizaron un enfoque de salud pública como motor de la modernización de los estados europeos, latinoamericanos e incluso asiáticos (Farley, 2004). Además, la Conferencia de Bandung celebrada en 1937, impulsó una intervención centrada en la higiene rural y la adecuación de las políticas médicas a la realidad de las sociedades nativas (Amrith, 2004; 36-42). Estas redes operaron produciendo un proceso de construcción de un conocimiento médico centrado en la salud pública, interesada por atender las necesidades de la población y promover una concepción de derecho a la salud que reconocía el valor de los saberes autóctonos y las prácticas de auxiliares médicos nativos, la importancia de la nutrición y el efecto del capitalismo. Sin embargo, el modelo de derecho a la salud estuvo centrado en la lucha contra la enfermedad, la extensión de los programas de erradicación y la expansión de la biomedicina.

La extensión de estas redes alcanzó su punto culminante al producir e internacionalizar un modelo de planificación de los servicios nacionales de salud basado en la estrategia de la Atención Primaria en Salud. Diferentes experiencias desarrolladas en los estados africanos se fueron relacionando con las desplegadas en otros asiáticos y latinoamericanos lo que supuso finalmente su aprobación internacional durante la Conferencia de Alma-Ata celebrada en 1978 (Djukanovic y March, 1976). Las redes del movimiento tercermundista y sus exigencias de un Nuevo Orden Económico Internacional fueron los motores de la internacionalización de un modelo de Atención Primaria en Salud que centrada en el derecho a la atención sanitaria proponía una estrategia nacional para construir un sistema de salud que concedió una relevancia

especial a aspectos como, la participación comunitaria, las medidas salubristas y la transformación de los determinantes internacionales de la salud (Cueto, 2004). La constitución de estas redes transnacionales recibió la influencia de la experiencia de la Revolución Cultural China a través de los médicos descalzos, su campaña de movilización popular para luchar contra la esquistosomiasis, la influencia en la formación de trabajadores comunitarios de salud, la centralidad dada a una salud rural alejada del modelo flexnerista o educativo occidental. Pero también China fue central al desplegar un modelo de cooperación sanitaria con los estados postcoloniales, especialmente los africanos, caracterizado por el envío de los CMT, la movilización de la población por la salud rural y la promoción de las farmacopeas tradicionales (Li, 2011).

La respuesta neoliberal impulsada, a partir de la década de 1980, por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional contuvo estas reformas sanitarias y transformó el derecho de la atención sanitaria a través de la evolución de la APS a una APS-S, que terminó centrando todavía más la intervención médica sobre ciertos perfiles epidemiológicos mientras que los PAE acabaron con los sistemas nacionales de salud planificados en base a la APS (Thursen, 1999). La gestión de los servicios de salud pasó así a convertirse en una de las principales vías de condicionalidad del estado post-colonial africano. Ya en la primera década del siglo XXI esta condicionalidad evolucionó a una agenda de buen gobierno donde tuvo una gran influencia la lucha global contra el VIH/SIDA que desarrolló un modelo de atención vertical que compitió por los recursos dirigidos al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud (Ingram, 2013). Durante las pasadas epidemias el uso de las medidas de emergencia y excepcionalidad que caracterizan el lenguaje de seguridad sirvió para incentivar económicamente el desarrollo de nuevos fármacos frente a las amenazas sanitarias. Esta actuación ha desplazado la necesaria intervención sobre las causas ecológicas que ya hemos repasado anteriormente pero también ha reforzado la desigualdad sanitaria global. Por ejemplo hasta la creación de las iniciativas verticales para luchar contra el VIH/SIDA como durante las epidemias de H5N1, las sociedades africanas fueron sistemáticamente excluidas del acceso a los medicamentos y condenadas a las donaciones internacionales. Más adelante, durante la 24ª EVE las causas de la ausencia de un fármaco, un tratamiento efectivo o de pruebas de identificación específicas respondió a la realidad de tratarse de una enfermedad olvidada. La crisis del COVID19

permite que este mercado sanitario se refuerce al impulsar una carrera comercial por el descubrimiento de la vacuna, una competencia por el acceso a productos médicos como: mascarillas, EPIs, respiradores, test, guantes. El acceso a los bienes que garantizan la defensa frente a una amenaza sanitaria está regulado por criterios de mercado lo que profundiza en las desigualdades sanitarias globales. La epidemia de COVID19 ha sumado a los problemas relacionados con el acceso al mercado sanitario la preparación y garantías que requiere comprar en él.

12.1.3. Conclusión.

La principal lección que ofrece la crisis del COVID19, todavía no finalizada, es la siguiente: una seguridad sanitaria construida en base a un cálculo y unas medidas eurocéntricas, además de ser un factor de mayor inseguridad para las poblaciones africanas, no garantiza la seguridad de las propias sociedades europeas. En base a esa lección proponemos estas tres observaciones finales

1. La epidemia del COVID19 ha abierto una crisis en el funcionamiento del dispositivo de seguridad sanitaria global que ha causado la aparición de tres tipos de amenazas. La primera, la *globalización de la enfermedad*, donde una estructura económica internacional caracterizada por las relaciones productivas continúa impulsando un ejercicio de violencia sobre el medio que condiciona la aparición histórica de diferentes enfermedades. El segundo, la *geopolítica epidemiológica*, donde la historia de la internacionalización de una estrategia de normalización y vigilancia del territorio reproduce de forma diferente el planteamiento inicial de las cuarentenas. El tercero, un *mercado de la atención sanitaria* que históricamente es cuestionado por redes médicas internacionales que reivindican un conjunto de reformas sociales y sanitarias en favor del derecho a la salud y la atención sanitaria. Como hemos visto a lo largo del artículo África (territorio, estado y sociedades) ha ocupado una posición variable y no fija en estos procesos lo cual posibilita diferentes encuentros o diálogos entre esos tres órdenes sanitarios. Esta combinación hace que la crisis de la seguridad sanitaria aparezca también como un horizonte abierto que en un extremo presenta como principal amenaza la extensión de una agenda neoliberal y en el otro muestra el despliegue de una agenda comunitaria para la salud global.

El peor de los casos, su despliegue neoliberal se relaciona, por lo menos, con un horizonte abierto a tres inseguridades; 1) la posibilidad de extensión global de más

zoonosis, sino se revierten las condiciones del impacto medio ambiental; 2) un mayor disciplina social que demande al conocimiento y las tecnologías médicas una operación de normalización creciente sobre diferentes aspectos de la vida y el cotidiano; 3) el fortalecimiento del mercado como marco regulador para el acceso a los bienes de la atención y la seguridad sanitaria.

Sin embargo, como hemos señalado este horizonte está abierto por lo que las relaciones de poder que atraviesan los tres órdenes sanitarios no están determinadas ni condenadas al desarrollo exclusivo de la agenda neoliberal. Estas relaciones son maleables y profundizar en las características históricas que han permitido su despliegue a los largo de la evolución de las relaciones internacionales nos permite tener un mapa, aun en ciernes y no completo, para orientar nuestro esfuerzo hacia un horizonte político que cuestione la hegemonía del gobierno neoliberal. Desde este interés cobra mayor relevancia el tipo de conocimiento médico que queremos que oriente la reconstrucción del dispositivo de seguridad sanitaria global. De hecho, la propia gestión del COVID 19 se está constituyendo como un campo de lucha y conflicto que refuerza las demandas en favor de una salud pública dotada de recursos, personal, alejada de un modelo de gestión privatizadora y donde gane terreno los enfoques comunitarios de la salud frente a las respuesta individualizada y hospitalo-céntrica (Nacoti, 2020; De Ceukelaire and Bodini, 2020). Por eso las demandas históricas en relación al derecho a la salud y la atención sanitaria de las sociedades africanas alcanzan ahora, de la mano de la crisis de la seguridad sanitaria, un valor global al plantear como principales ejes de actuación: una APS y el fortalecimiento y resiliencia de los servicios de salud públicos, el cuidado del medio y la biosfera que garantice la salubridad y el suministro de agua potable y una acceso real al mercado de salud (ODS).

Por último, la constitución de un dispositivo de seguridad sanitaria global aumentaba la desigualdad sanitaria global porque privilegiaba la defensa de las sociedades occidentales por encima de otras poblaciones. Eso suponía de facto desplazar el tradicional eje de debate, *seguridad versus libertad* por la dialéctica entre *seguridad versus desigualdad*. El fracaso del dispositivo de seguridad sanitaria al no frenar la expansión del COVID19 supone el final de una excepcionalidad europea, encarnada en su pretensión de un derecho al aislamiento sanitario, y con ello la interiorización de esas diferentes formas de desigualdad global que su funcionamiento producía. Sin esa frontera sanitaria los estados europeos interiorizan ahora una norma de vigilancia y

control sanitario que no tiende tanto a homogenizar sus sociedades sino que profundiza en la naturaleza desigual que las constituyen. De hecho, la disciplina y las medidas de vigilancia no afectan de igual manera a todos los grupos de la población. Pensemos por ejemplo, en quiénes pueden hacer cuarentena en casas adecuadas y con los metros cuadrados suficientes para garantizar que no haya contagios o en la posibilidad del teletrabajo o la teleeducación que solo es real y eficaz para la población con acceso a esos recursos tecnológicos o la pérdida de empleo asociado con las medidas de confinamiento y las dificultades para desplazarse que perjudica más a trabajadores de sectores que no han parado por las medidas de emergencia (rider, servicios y cuidados). La multiplicación de estas desigualdades internas crean nuevos espacios de encuentro y dialogo con las desigualdades previas que el funcionamiento de la seguridad sanitaria global creaba en las sociedades africanas.

12.2 Límites en la seguridad. Horizontes para los cuidados

Desde que el actual brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) fue notificado por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019, su propagación internacional ha causado una crisis global sin precedentes de la que es muy difícil pronosticar su salida y los efectos sociales, económicos y políticos que producirá. A su vez mientras la epidemia se desarrolla, se multiplican las evaluaciones, los aprendizajes y las comparaciones de las diferentes respuestas desarrolladas por los estados.

- **¿Qué es la seguridad sanitaria global?**

Siguiendo esta preocupación, en este texto proponemos una revisión crítica del concepto de *seguridad sanitaria global* que la Organización Mundial de la Salud definió como:

“el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales”.

El interés por realizar este análisis es fácil de justificar. Si la epidemia de COVID19 se ha extendido desde la región de Wuhan a otros territorios no ha sido solo o exclusivamente debido a la virulencia y las dificultades que encierra su naturaleza biológica, sino también al escaso éxito que han tenido los protocolos y las intervenciones desplegadas desde el concepto de *seguridad sanitaria global*. Lo que a continuación trataremos de explicar es cómo el fracaso del cálculo de riesgo al que apela la definición del concepto, es decir intervenir en el presente para evitar futuros escenarios que pongan en peligro la salud pública global, ha conllevado el despliegue de un lenguaje de seguridad que ha participado, de diferente manera, en la extensión global del estallido. Para sostener nuestra argumentación recuperaremos diferentes respuestas desarrolladas en África Subsahariana durante anteriores epidemias que ya expresaban los límites de este lenguaje de seguridad y la necesidad de su reformulación.

Históricamente, la securitización de la enfermedad fue la respuesta que los estados occidentales dieron a la percepción de amenaza que suponía la reemergencia de la circulación de las enfermedades infecciosas en el orden internacional en ciernes, a

finales de la década de 1980, con el comienzo de la postguerra fría. La creación y extensión del concepto de EID – enfermedades infecciosas emergentes– por parte del *Center of Disease Control* y el *National Institute of Health*, identificó que un estallido vírico sucedido en territorios poscoloniales, sobre todo africanos y asiáticos, podía transformarse en una amenaza tanto para la economía como para la salud pública de Estados Unidos. La OMS respondió a este interés y, a lo largo de la década de 1990 y comienzos del siglo XXI, promulgó un nuevo Reglamento Sanitario Internacional que extendió la vigilancia más allá de los espacios fronterizos (GOARN – Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos –; un sistema de detección de posibles nuevos estallidos que rastrea diferentes redes de comunicación que usan internet) y desplegó las denominadas preparaciones para pandemias, que son el conjunto de protocolos que los estados deben introducir en sus sistemas de salud (alertas tempranas, stock de productos y planes de coordinación entre los diferentes sectores de gobierno, etc.).

- **La medicamentación de la seguridad**

Pero, de todas estas medidas, la que ha caracterizado más claramente el proceso de securitización de la salud es lo que ciertos estudios definen como la *medicamentación de la seguridad*, es decir, el uso del lenguaje de seguridad para aprobar una serie de medidas excepcionales en favor de la industria farmacéutica. La declaración por la OMS de una amenaza sanitaria internacional supone destinar, de manera bilateral o a través de alianzas público-privadas, grandes sumas de dinero a la investigación para el desarrollo de fármacos y pruebas de identificación rápida, e incluso algunos protocolos de investigación se han suspendido temporalmente y de manera urgente para aprobar, si fuera necesario, la comercialización y dispensación de estos fármacos. Sin embargo, esta actuación prescindió de revisar las reglas comerciales que regulan el acceso a los fármacos, lo que provocó, por ejemplo, que la población africana quedara a merced de las donaciones internacionales durante las gripes aviarias.

El principal problema de este modelo de actuación, basado en el uso del lenguaje de seguridad, es que prescinde de abordar los determinantes ecológicos y sociales del estallido vírico. Desde el origen del concepto de EID, la comunidad científica reconoció de manera unánime la influencia de la intervención humana en la aparición de estos estallidos. Más recientemente, los estudios de epidemiología crítica señalan que el

origen del 24^o Enfermedad Vírica del Ébola (EVE) debe buscarse en la extensión del cultivo de aceite de palma, que rompió el equilibrio ecológico entre los murciélagos frugívoros, transmisores del virus, y el ser humano. También se ha considerado unánimemente que la extensión de esta epidemia por los territorios de Guinea, Liberia y Sierra Leona estuvo relacionada con las políticas fiscales de ajuste económico, descentralización y reducción de recursos, que condicionaron la organización de sus sistemas de salud desde la última década del siglo XX. Las sociedades africanas, cuya terapéutica y cultura médica es mucho más plural y comunitaria, en comparación a la hegemonía biomédica que todavía gobierna las sociedades occidentales, vienen enfrentando estas políticas sanitarias neoliberales produciendo modelos flexibles y dinámicos de construcción social, que no se ajustan tanto al dualismo sociedad-estado e inevitablemente, innovan y transgreden la propia concepción de lo público para reinstituirlo en nuevas formas de lo común.

- **Seguridad, vigilancia epidemiológica y construcción de autoridad.**

Otro de los elementos centrales, en el proceso de ligar el lenguaje de la seguridad con la respuesta al COVID-19, es la revitalización de las concepciones tradicionales de la filosofía política occidental, vinculadas estrechamente al decisionismo político y el refuerzo de la autoridad estatal. Esto aparece en el debate que atraviesa el uso que los estados están haciendo de tecnologías propias al gobierno neoliberal, como el *big data*, para rastrear, identificar, informar y vigilar población infectada. Así, surge el debate entre quienes consideran necesario reforzar las competencias del estado para adoptar esas medidas y quienes advierten en ellas un futuro distópico nada lejano. Es importante profundizar en este debate, pero tampoco es conveniente encerrarnos en él, porque corremos el riesgo de reducir el campo de la imaginación política al enfrentamiento constante entre libertad y seguridad.

En este sentido, es interesante acercarse al final del colonialismo en África y a periodos más actuales para ver cómo el uso de una tecnología médica, adecuada a la vigilancia epidemiológica, ha participado históricamente en la construcción de diferentes formas de autoridad política. Por ejemplo, la renuncia de las autoridades coloniales portuguesas a desarrollar el programa de erradicación de la viruela en gran parte de su territorio colonial, supuso que las guerrillas africanas (PAIGC –Partido Africano para la Independencia de Guinea y Cabo Verde—) recibieran clandestinamente la vacuna para

inocularla a su población, y vigilaran que no se reintrodujeran nuevos casos para certificar la erradicación de la enfermedad en su territorio. Estas actuaciones médicas reforzaron la implantación de la guerrilla entre la población y su reconocimiento internacional. El segundo ejemplo nos acerca al citado caso de la 24° EVE en África occidental, cuando la población resistió las medidas de confinamiento y vigilancia impuestas por el estado al no reconocerlo como un proveedor de seguridad, y ver a sus élites más interesadas en acceder a las altas sumas de dinero de la ayuda internacional. El cuestionamiento de la autoridad del estado fortaleció la actuación de las autoridades locales, que tienen la confianza social necesaria para controlar los movimientos de la población, transmitir la necesidad de tomar medidas individuales y desmentir bulos o información falsa.

- **El discurso de los tanques y la realidad del cuidado comunitario.**

Un último elemento del uso del lenguaje de seguridad es la proliferación de términos y expresiones fuertemente militarizadas, concepciones bélicas que hacen continuas referencias a la guerra, la derrota del enemigo y el valor de la disciplina. Anteriormente, cuando los estallidos víricos no llegaban a los territorios occidentales, al informar de las epidemias en África, los medios de comunicación representaban mayoritariamente a sus sociedades como pasivas e incapaces de actuar, responsabilizando en último caso a su cultura de la extensión de la enfermedad, y obviando otros determinantes sociales, políticos y ecológicos. Como el politólogo Saiba Bayo ha señalado, este imaginario de superioridad se reproduce también en la autocensura impuesta a las imágenes de la muerte en Europa, en comparación a las ofrecidas cuando la epidemia sucede en África, en cuyo caso se muestran sin control los cadáveres y el dolor.

La mezcla del imaginario de superioridad y un lenguaje militar puede reforzar la exigencia de una Europa fortaleza que anime el modelo de intervención –desarrollado ya con el AFRICOM y la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER) –, para frenar futuras epidemias en África, en vez de tomar las medidas ecológicas y políticas necesarias para frenar futuros estallidos. Frente a estas posibilidades es importante señalar que la principal resistencia al imaginario que encierra el uso del lenguaje de seguridad ha sido la contestación a los valores androcéntricos que encierra. Durante la respuesta a la 24° EVE fue una economía del

cuidado desplegada principalmente por las mujeres la responsable de atender a los enfermos, responder a otras necesidades sanitarias y seguir activas en la fase de pos-emergencia. Este cuidado sanitario, desplegado por las redes locales, se aleja de las reivindicaciones militarizadas para reforzar el valor comunitario y los activos en salud que las sociedades africanas atesoran.

Habiendo repasado en las líneas anteriores que el lenguaje de seguridad usado para frenar la epidemia del COVID-19 puede también tener un efecto contrario al esperado, y sabiendo que nunca más estaremos seguros de la posibilidad real de globalización de otra epidemias, quedaría invitar a una reflexión ¿No se podría sustituir el sueño de una *seguridad sanitaria global* (excepcional, mercantilista, colonial y heteronormativa) por la consecución de un *cuidado sanitario global* más relacionado con la economía del cuidado, la salubridad, las políticas de protección social, y del medio, la reparación comunitaria?

BIBLIOGRAFÍA

- Abdalla, Ismail, “Difusión of Islamic Medicine into Hausaland”, en Steven Feierman y John M. Janzen, *The Social Basis of the Health and Healing in Africa*, University of California, 1992, ps.177-195.
- Abrahamsen, Rita, “Blair's Africa: the politics of securitization and fear”, en *Alternatives*, vol. 30, nº 1, 2005, ps. 55-80.
- Abramovitz, Sharon, “10 acciones antropológicas para luchar contra la epidemia de África Occidental”, en Oscar Mateos y Jordi Tomas (coord.), *Detrás del ébola Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*, Barcelona: Edicions Bellaterra. 2015.
- Achberger, Jessica, “The Dragon Has Not Just Arrived: The Historical Study of Africa’s Relations with China”, en *History Compass*, vol. 8, nº. 5, 2010, ps. 368–376.
- Ackerknecht, Erwin H, “Anticontagionism between 1821 and 1867”, en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 22, nº. 5, 1948, ps. 562-593.
- Adie, W.A.C, ‘Chou En-lai in Safari’, en *The China Quarterly*, nº. 18, 1964, ps. 174-194.
- Adler-Nissen, Rebecca, “Introduction. Bourdieu and International Relations theory”, en Adler-Nissen, Rebecca (ed), *Bourdieu in International Relations. Rethinking key concepts in IR*, Routledge, New York, 2012.
- Agamben, Giorgio, *El poder soberano y la nuda vida: Homo Sacer*, Pre-textos, Valencia, 1995.
- Aguilar-Palacio, Isabel, "Treinta años de Alma-Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria", en *Persona*, vol. 12, 2009, ps. 153-165.
- Albert, Mathias and Barry Buzan, “Securitization, sectors and functional differentiation”, en *Security Dialogue*, nº. 42, 2011, ps. 413–425.

- Alden, Chris and Cristina Alves, "History & Identity in the Construction of China's Africa Policy", en *Review of African Political Economy*, vol. 35, n°. 115, 2008, ps. 43-58.
- Aldis, William, "Health security as a public health concept: a critical analysis", en *Health Policy and Planning*, vol. 23, n°. 6, 2008, ps. 369-375.
- Altam, Dennis, "Understanding HIV/AIDS as a Global Security Issue", en Kelley Lee (ed), *Health Impacts of Globalization Towards Global Governance*, Palgrave, London, 2000.
- Altman, Dennis, *Power & Community. Organizational and Cultural Responses to AIDS*, Taylor & Francis, London, 1994.
- Altman, Dennis, "AIDS and Security", en *International Relations*, vol. 17, n°. 4, 2003, ps. 417-427.
- Álvarez, Ana, "Cuando cuidar puede significar contagio. La dimensión de género en la crisis del Ébola", en Oscar Mateos y Jordi Tomas (coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*, Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015.
- Amaral, Isabel, "The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935)", en *Dynamis*, vol. 28, 2008, ps. 301-328.
- Amin, Samir, *El fracaso del Desarrollo en África y en el Tercer Mundo*, Iepala Editorial, Madrid, 1989.
- Amrith, Sunil, *Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930-65*, Palgrave Macmillan, New York, 2006.
- Anderson, Warwick, "Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900-1920", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 70, n°. 1, 1996, ps. 94-118.
- Andrade, Jorge, "Marco conceptual de la educación médica en América Latina." *Educación Médica y Salud*, vol. 12, n°. 1, 1978, ps. 1-19.

- Angell, Marcia, "The Ethics of Clinical Research in the Third World", en *New England Journal of Medicine*, vol. 337, n°. 12, 1997, ps. 847–849.
- Anker, Martha, *Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases*, OMS, Geneve, 2007.
- Annan, Kofi, "Review of the problema of human inmunodeficiency Virus/Acquired Inmunodeficiency Syndrome in All Aspects", en *Report of the Secrretary General to the United Nations General Asambly*, Febrero 2001, New York.
- Anshan, Li, "Chinese Medical Cooperation in Africa. With special emphasis on the medical teams and anti-Malaria Campaign", en *Afrikan Nordiska Institute. Discussion Paper*, n°. 52, 2011.
- Antezana, Fernando y Xavier Seuba, *Medicamentos esenciales: Historia de un desafío*, Icaria Editorial, 2008.
- Aradau, Claudia, "Security and the democratic scene: Desecuritization and emancipation", en *Journal of International Relations and Development*, vol. 7, n°. 4, 2004, ps. 388-413.
- Aradau, Claudia and Rens Van Munster, "Governing terrorism through risk: Taking precautions, (un) knowing the future", en *European journal of International Relations*, vol. 13, n°. 1, 2007, ps. 89-115.
- Aradau, Claudia, Luis Lobo-Guerrero, and Rens Van Munster, "Security, technologies of risk, and the political: Guest editors' introduction", en *Security Dialogue*, vol. 39, 2008, ps.147-154.
- Arnold, David, "Introduction: Disease, Medicine and Empire" en David Arnold (ed), *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, Manchester, 1988.
- Arnold, David, *Colonizing the body: State medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*, University of California Press, Berkeley, 1993
- Arnold, David, *La naturaleza como problema histórico: el medio, la cultura y la expansión de Europa*, Fondo de Cultura Económica, México DF, 2000.

- Arteaga, Juanma Sánchez. "La antropología física y los «zoológicos humanos»: exhibiciones de indígenas como práctica de popularización científica en el umbral del siglo XX", en *Asclepio*, vol. 62, nº. 1, 2010, ps. 269-292.
- Bachmann, Max y Frederick LR Booyesen, "Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: a cohort study", en *British Medical Community Public Health* vol. 3, nº. 1, 2003, ps. 1-8.
- Bajo Erro, Carlos, "TIC y compromiso para enfrentarse a la amenaza. La epidemia en la sociedad hiperconectada", en Oscar Mateos y Jordi Tomas (coord.), *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*, Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015
- Baldwin, Peter. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge University Press, Cambridge, 2001.
- Balzacq, Thierry, "The Three Faces of Securitization: Political Agency, Audience and Context", en *European Journal of International Relations*, vol. 11, nº. 2, 2005, ps. 171–201.
- Balzacq, Thierry, "Constructivism and Securitization Studies", en Myriam Caveltly Dunn and Thierry Balzacq (eds.), *Routledge handbook of security studies*. Routledge, New York, 2009.
- Balzacq, Thierry (ed), *Securitization theory: how security problems emerge and dissolve*, Routledge, 2010.
- Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud, Banco Mundial, Washington, DC, 1993.
- Banco Mundial, "La Iniciativa Bamako", en el *Informe sobre el desarrollo mundial 2004: haciendo que los servicios funcionen para los pobres*, Banco Mundial, Washington DC, 2004, ps. 76-77
- Banco Mundial, "Ebola Hampering Household Economies across Liberia and Sierra Leone", Banco Mundial, disponible en <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/01/12/ebola-hampering-household-economies-liberia-sierra-leone>.

- Banco Mundial, "Ebola: Economic Impact Already Serious; Could Be «Catastrophic» Without Swift Response", Banco Mundial, 17 de septiembre de 2014, disponible en <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/09/17/ebola-economic-impact-serious-catastrophic-swift-response-countries-international-community-world-bank>.
- Bangura, Yusuf, "Specter of Ebola Protectionism", en CODESRIA Web, 4 noviembre 2014, disponible en <https://www.codesria.org/spip.php?article2220&lang=en>.
- Barnett, Tony and Alan Whiteside, *AIDS in the twenty-first century: Disease and globalization*, Palgrave, New York, 2006.
- Barnett, Tony and Gwyn Prins, *HIV/AIDS and Security: Fact, Fiction and Evidence, Technical Report*, London School of Economics and Political Science, London, 2005.
- Barry, Andrew, "Lines of communication and spaces of rule", en Barry, Andrew, Thomas Osborne, y Nikolas Rose (eds). *Foucault and Political Reason: liberalism, neo-liberalism and the rationalities of government*. UCL Press, London, 1996.
- Barry, Andrew, Thomas Osborne, y Nikolas Rose (eds). *Foucault and Political Reason: liberalism, neo-liberalism and the rationalities of government*, UCL Press, London, 1996.
- Bartelson, Jens, *A genealogy of sovereignty*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995.
- Bashford, Alison, "Is White Australia possible? Race, colonialism and tropical medicine", en *Ethnic and Racial Studies*, vol. 23, n.º. 2, 2000, ps. 248-271.
- Bashford, Alison, "Global biopolitics and the history of world health", en *History of the Human Sciences*, vol. 19, n.º. 1, 2006, ps. 67-88.
- Bashford, Alison and Philippa Levine (eds). *The Oxford handbook of the history of eugenics*, OUP USA, 2010.
- Bauman, Zigmunt, *Modernidad y Holocausto*, Ediciones Sequitur, Madrid, 1997.

- Bausch, Daniel and Lara Schwarz, "Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy", *PLOS Neglected Tropical Disease*, vol. 8, n°. 7, 2014.
- Beck, Ulrich, *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Paidós ibérica, Barcelona, 2006.
- Behrman, Greg, *The Invisible People: How the US Has Slept Through the Global AIDS Pandemic*, Simon and Schuster, New York, 2004.
- Bell, Heather, *Frontiers of Medicine in the Anglo-Egyptian Sudan, 1899-1940*, Oxford: Clredon Press, 1999.
- Bennett, FJ, "Primary health care and developing countries", en *Social Science & Medicine* vol. 13, 1979, ps. 505-514.
- Benton, Adia, "Ebola exhausts health systems: more resources are needed", en *Nordiska Afrikainstitutet*, Policy Notes 3, 2014.
- Benton, Adia and Kim Yi Dionne, «International Political Economy and the 2014 West African Ebola Outbreak», en *African Studies Review*, vol. 58, n°. 1, 2015, ps. 223-236.
- Benyoussef Amor y Christian Barbara, "Health care in developing countries", en *Social Science & Medicine*, vol. 11, 1977, ps. 399-408.
- Berger, Mark, "After the Third World? History, Destiny and the Fate of Third Worldism", en *Third World Quarterly*, vol. 25, n°. 1, 2004, ps. 9–39.
- Bhattacharya, Sanjoy, "Uncertain advances: a review of the final phases of the smallpox eradication program in India, 1960–1980", en *American journal of public health*, vol. 94, n°. 11, 2004, ps. 1875-1883.
- Bichmann, Wolfgang. "Primary health care and traditional medicine—considering the background of changing health care concepts in Africa.", en *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, vol. 13, n°. 3, 1979, ps. 175-182.
- Bidaurratzaga, Eduardo, 'Desarrollo Humano en África Subsahariana: Evolución y Perspectivas de la Educación y la Salud', en Carlos Oya y Antonio Santamaría (eds.), *Economía Política del Desarrollo en África*, Madrid, Akal, 2007, ps. 55-84.

- Bigo, Didier, "Analysing transnational professionals of (in) security in Europe", en Adler-Nissen, Rebecca (ed), *Bourdieu in international relations: Rethinking key concepts in IR*, Routledge, New York, 2012, ps. 114-130.
- Bigo, Didier, "Pierre Bourdieu y las Relaciones Internacionales: el poder de las prácticas, las prácticas del poder", en *Relaciones Internacionales*, nº 24, 2013, ps. 33-76.
- Bigo, Didier. "Security and Immigration: Toward a Critique of the Governmentality of Unease", en *Alternatives*, vol. 27, Supplement, 2002, ps. 63–92.
- Bingham, Nick and Stephen Hinchliffe, "Mapping the multiplicities of biosecurity", en Andrew Lakoff y Stephen J. Collier (eds), *Biosecurity interventions: global health and security in question*. Columbia University Press, 2008, ps. 173-193.
- Birdsall, Nancy and David de Ferranti. "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, vol. 103, nº. 6, diciembre 1987.
- Boko, Michael, et al, *Africa Climate Change 2007: Impacts, Adaptation and Vulnerability*. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change, 2008.
- Bonastra Tolós, Joaquim, *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto*, Universitat de Barcelona, 2006.
- Boorman, Howard L, "Peking in World Politics", en *Pacific Affairs*, vol. 34, nº. 3. 1961, ps. 227-241.
- Booth, Ken, *Theory of world security*, Cambridge University Press, New York, 2007.
- Borowy, Iris, "International social medicine between the wars: positioning a volatile concept", en *Hygiea Internationalis*, vol. 6, nº. 2, 2007, ps. 13-35.
- Bröckling, Ulrich, Susanne Krasmann and Thomas Lemke, *Governmentality Current Issues and Future Challenges*, Routledge, New York, 2011.

- Brown, Garrett Wallace, "Norm diffusion and health system strengthening: The persistent relevance of national leadership in global health governance", en *Review of International Studies*, vol. 40, n° 5, 2014, ps. 877-896.
- Brown, Theodore and Elizabeth Fee, "The Bandoeng Conference of 1937: a milestone in health and development", en *American journal of public health*, vol. 98, n° 1, 2008, ps. 42-43.
- Brown, Theodore, Marcos Cueto and Elizabeth Fee. "The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health", en *American journal of public health*, vol. 96, n° 1, 2006, ps. 62-72.
- Brundtland, Gro Harlem, "Global health and international security", en *Global Governance*, vol. 9, 2003, ps. 417-423.
- Burchell, Graham, Colin Gordon, and Peter Miller. *The Foucault effect: Studies in governmentality*, Harvester Wheatsheaf, London, 1991.
- Burci, Gian Luca, "Ebola, the Security Council and the securitization of public health", en *Questions of International Law*, vol. 10, 2014, ps. 27-39.
- Burchardt, Marian, Amy S. Patterson and Louise Mubanda Rasmussen, "The politics and anti-politics of social movements: religion and HIV/AIDS in Africa", en *Canadian Journal of African Studies*, vol. 47, n° 2, 2013, ps. 171-185.
- Burkhalter, Holly, "The politics of AIDS", en *Foreign Affairs*, vol. enero/febrero, 2004, ps. 8-14.
- Butchart, Alexander, *The anatomy of power: European constructions of the African body*, University of South Africa, Pretoria, 1998.
- Buzan, Barry, *People, states and fear An agenda for international security in the post-Cold War era*, Harvester Wheatsheaf, 1991
- Buzan, Barry and Ole Wæver "Slippery? Contradictory? Sociologically Untenable? The Copenhagen School Replies", en *Review of International Studies*, vol. 23, n° 2, 1997, ps. 211-39.

- Buzan, Barry, Ole Wæver and Japp De Wilde (eds), *Security: a new framework for analysis*, Lynne Rienner Publishers, Londres, 1998.
- Buzan, Barry and Wæver, Ole, *Regions and power. The Structure of International Security*, Cambridge University Press, New York, 2003.
- Buzan, Barry and Lene Hansen, *The evolution of international security studies*, Cambridge University Press, 2009.
- Buzan, Barry y Wæver, Ole, "Macrosecuritisation and security constellations: reconsidering scale in securitisation theory", en *Review of International Studies*, n.º. 35, 2009, ps. 253–276.
- C. A. S. E, Collective, "Critical approaches to security in Europe: A networked manifesto", en *Security dialogue*, vol. 37, n.º. 4, 2006, ps. 443-487.
- Caballero-Anthony, Mely, "Non-traditional security and infectious diseases in ASEAN: going beyond the rhetoric of securitization to deeper institutionalization", en *The Pacific Review*, vol. 21, n.º. 4, 2008, ps. 507-525.
- Calain, Philippe, "Exploring the international arena of global public health surveillance", en *Health Policy and Planning*, vol. 22, n.º. 1, 2007, ps. 2-12
- Caldwell, John C, and Pat Caldwell. "The African AIDS epidemic", en *Scientific American*, vol 274, n.º. 3, 1996, ps. 62-68.
- Callaghy, Thomas, Ronald Kassimir, and Robert Latham (eds). *Intervention and Transnationalism in Africa: global-local networks of power*. Cambridge University Press, 2001.
- Campbell, David. *Writing security: United States foreign policy and the politics of identity*, University of Minnesota Press, Minnesota, 1992.
- Campbell, David, *National Deconstruction: Violence, Identity and Justice in Bosnia*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1998.
- Campos, Alicia, "Política Poscolonial al sur del Sáhara" en Antonio Santamaría y Enara Echart Muñoz (coord.), *África en el horizonte. Introducción a la realidad*

- socioeconómica del África Subsahariana*, Editorial Los libros de la Catarata, Madrid, 2006.
- Capanna, Ernesto, "Grassi versus Ross: who solved the riddle of malaria?", en *International Microbiology*, vol. 9, n°. 1, 2006, ps. 69-74.
- Caponi, Sandra, "Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical", en *Historia, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 10, n°. 1, 2003, ps. 113-49.
- Castel, Robert, "From Dangerousness to Risk", en Graham Burchell, Colin Gordon y Peter Miller (eds), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991.
- Castillo, Carlos Fuentes, "Los postulados de Koch: revisión histórica y perspectiva actual" en *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*, 2007, vol. 1, n°. 2, ps. 262-266.
- Catanach, Ivan, "Plague and the tensions of empire: India 1896-1918", en David Arnold, *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester University Press, 1989.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention, *Addressing Emerging Disease Threats: A Prevention Strategy for the United State*", US Department of Health & Human Services, Public Health Service, Atlanta, GA, 1994.
- Cerda, Jaime, y Gonzalo Valdivia, "John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna", en *Revista chilena de infectología*, vol. 24, n° 4, 2007, ps. 331-334.
- Chahrour, Marcel, "A civilizing mission? Austrian medicine and the reform of medical structures in the Ottoman Empire, 1838-1850", en *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, 2007, ps. 687-705
- Chau, Donovan, *Exploiting Africa: The Influence of Maoist China in Algeria, Ghana, and Tanzania*, Naval Institute Press, 2014.
- Cheru, Fantu. "Debt, adjustment and the politics of effective response to HIV/AIDS in Africa", en *Third World Quarterly*, vol. 23, n°. 2, 2002, ps. 299-312.

- Chivian, Eric, and Aaron Bernstein (eds), *Sustaining life: how human health depends on biodiversity*, Oxford University Press, 2008.
- CIA, Central Intelligence Agency, *Sub-Saharan Africa: Implications of the AIDS pandemic* (SNIE 70/1-87), 1987.
- Cichon, Michael and Charles Normand, "Between Beveridge and Bismarck: options for health care financing in Central and Eastern Europe", en *World health fórum*, vol. 15, n°. 4, 1994, ps. 323-328.
- Cipolla, Carlo, *Fighting the plague in seventeenth-century Italy*, University of Wisconsin Press, 1981.
- CISER, Committee on International Science, Engineering and Technology, *Global Microbial Threats in the 1990s: Report of the Committee on International Science, Engineering and Technology's*, National Science & Technology Council, Washington, DC, 1995.
- Clark, Andrew F, "Environmental decline and ecological response in the upper Senegal valley, West Africa, from the late nineteenth century to World War I", en *The journal of African history*, vol. 36, n°. 2, 1995, ps. 197-218.
- Cliff, Julie and Abdul Razak Noormahomed, "Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique", en *Social Science & Medicine*, vol. 27, n°. 7, 1988, ps. 717-722.
- Cohen, Deborah and Philip Carter, "WHO and the pandemic flu "conspiracies", en *British Medical Journal*, vol. 340, 2010, ps. 1274–1279
- Cohen, Jon, "The Rise and Fall of Projet SIDA", en *Science*, vol. 278, 1997, ps. 1565–1568.
- Coker, Richard, "Compulsory screening of immigrants for tuberculosis and HIV: is not based on adequate evidence, and has practical and ethical problems", en *BMJ: British Medical Journal*, vol. 328, 7 Febrero 2004, ps. 298-300
- Coleman, William, "Koch's comma bacillus: the first year", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 61, 1987, ps. 315–42.

- Collier, Stephen J, Andrew Lakoff and Paul Rabinow, "Biosecurity Towards an anthropology of the contemporary", en *Anthropology Today*, vol. 20, n°. 5, 2003, ps.3-7.
- Collier, Stfen J and Andrew Lakoff, "Distributed preparedness: the spatial logic of domestic security in the United States", en *Environment and Planning: Society and Space* 2008, vol. 26, ps. 7- 28
- Collier, Stephen J., and Andrew Lakoff. "Vital systems security: Reflexive biopolitics and the government of emergency", en *Theory, Culture & Society*, vol. 32, n°. 2, 2015, ps. 19-51.
- Comaroff, Jean, "The diseased Heart of Africa. Medicine, Colonialism, and the black body en Knowledge", en Lindembaum, Shirley y Margaret Lock (eds), *Knowledge, Power and Practice. The anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press, Berkeley, 1993, ps. 305-327.
- Comaroff, Jean and John L. Comaroff, *Of revelation and revolution: Christianity, colonialism, and consciousness in South Africa*, University of Chicago Press, 1991.
- Connelly, Matthew, "Seeing beyond the State: The population control movement and the problem of sovereignty", en *Past and Present*, Noviembre 2006, ps. 197-233.
- Cooper, Frederick, *Decolonization and African society: The labor question in French and British Africa*. Cambridge University Press, 1996.
- Cooper, Federick, *Africa since 1940: the past of the present*, Cambridge University Press, 2002.
- Cooper, Frederick, and Ann Laura Stoler (eds), *Tensions of empire: colonial cultures in a bourgeois world*, University of California Press, 1997.
- Corbellini. Gilberto, "Acquired immunity against malaria as a tool for the control of the disease: the strategy proposed by the Malaria Comission of the League of Nations in 1933", en *Parassitologia*, vol. 40, 1998, ps. 109-115.
- Cotanda, F. Lamata, "Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde", *Gaceta Sanitaria*, vol 8, n°. 43, 1994, ps. 189-194.

- Cox, Nancy, Susan Tamblyn and Theresa Tam, "Influenza pandemic planning." *Vaccine*, vol. 21, n°. 16, 2003, ps. 1801-1803.
- Cox, Robert and Harold Karan Jacobson, *The anatomy of influence: Decision making in international organizations*, Yale University Press, New Haven, 1973.
- Craig, David and Doug Porter, "Poverty reduction strategy papers: a new convergence", en *World development*, vol. 31, n°. 1, 2003, ps. 53-69.
- Crosby, Alfred, *Imperialismo ecológico*, Grupo Editorial Grijalbo, Barcelona, 1988
- Cuba Fuentes, María Sofía y Carlos Albrecht Lezama. "A 30 años de la Carta de Ottawa.", en *Acta Médica Peruana* vol. 34, n°. 1, 2017, ps. 66-67.
- Cueto, Marcos, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", en *American Journal of Public Health*, Noviembre 2004, ps. 1864-1874.
- Cueto, Marcos, "Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud", en Marcos Cueto y Víctor Zamora (eds), *Historia, salud y globalización*, UPCH, Lima, 2006, ps. 27-59.
- Cueto, Marcos, *The value of health: a history of the Pan American Health Organization*. Pan American Health Organization, Washington, D.C, 2007.
- Cueto, Marcos. "International health, the early cold war and Latin America", en *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 25, n°. 1, 2008, ps. 17-41.
- Cueto, Marcos, Theodore M. Brown y Elizabeth Fee, "La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la "Salud Global", en Marcos Cueto y Víctor Zamora (eds), *Historia, salud y globalización*, UPCH, Lima, 2006, ps. 69-103
- Cueto, Marcos, Theodore Brown, y Elizabeth Fee, "El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría", en *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, vol. 38, n°. 69, 2011, ps. 129-156.
- Curtin, Philip, *Image of Africa: British ideas and action, 1780-1850*, The University of Wisconsin Press, 1964.

- Curtin, Philip, *Death by migration: Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge University Press, 1989.
- Curtin, Philip, "Medical knowledge and urban planning in Colonial Tropical Africa", en Steven Feierman and John M. Janzen, *The Social Basis of the Health and Healing in Africa*, University of California, 1992.
- Curtin, Philip, "Disease and imperialism" en David Arnold (ed), *Warm Climates and Western Medicine: The emergence of Tropical Medicine 1500-1900*, *Clio Medica* 35, Amsterdam, 1996, ps. 99-108.
- Dauber, Colin, "Images as Argument: The Impact of Mogadishu on US Military Intervention", en *Armed Forces and Society*, n° 27, 2001, ps. 205–29.
- David, Marcella, 'Rubber helmets: the certain pitfalls of marshaling Security Council resources to combat AIDS in Africa', en *Human Rights Quarterly*, vol., 23, 2001, ps. 560–82
- Davies, Sara, "Securitizing infectious disease", en *International Affairs*, vol. 84, n° 2, 2008, ps. 295-313.
- Davies, Sara, "The duty to report disease outbreaks: of interest or value? Lessons from H5N1", en *Contemporary Politics*, vol. 17, n° 4, 2011, ps. 429-445.
- Davies, Sara, Stefan Elbe, Andrew Howell and Colin McInnes, "Global Health in International Relations: Editors' Introduction", en *Review of International Studies*, n° 40, 2014, ps. 825-834.
- De Ceukelaire, Wim and Chiara Bodini, "We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic", en *International Journal of Health Services*, vol. 50, n° 3, ps. 276–277.
- De Waal, Alex, and Alan Whiteside, "New variant famine: AIDS and food crisis in southern Africa", en *The Lancet*, vol. 362, n° 9391, 2003, ps. 234-1237.
- Dean, Mitchel, *Governmentality: Power and Rule In Modern Society*, SAGE Publications, London, 2010.

- Delaclaux, Alice, "Equity in access to AIDS treatment in Africa: Pitfalls among achievements", *Unhealthy health policy*, Arachu Castro y Merrill Singer (eds), Altamira, 2004, ps. 115-133.
- Deleuze, Gilles, "Post-scriptum sobre las sociedades de control", en Gilles Deleuze. *Conversaciones: 1972-1990*, Pretextos, Valencia, 1995
- Deleuze, Gilles, "¿Qué es un dispositivo?", en E. Balbier, G. Deleuze, H L Dreyfus, M Frank, A Glüksmann y otros, *Michel foucault, filósofo*, Barcelona, Gedisa. 1999, ps. 155-164.
- Der Derian, James, *On Diplomacy a Genealogy of Western Estrangement*, Oxford, Blackwell, 1987.
- Devetak, Richard, "Theories, practices and postmodernism in International relations 1", en *Cambridge Review of International Affairs*, vol. 12, nº. 2, 1999, ps. 61-76.
- Djukanovic, V y March, E. P, *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*. Organización Mundial de Salud. Ginebra. 1976.
- Dobson, M, Malowany, M and Snow, R, H "Malaria control in East Africa: the Kampala Conference and the Pare-Taveta Scheme: a meeting of common and high ground", en *Parassitologia*, vol. 42, nº. 1/2, 2000, ps. 149-166.
- Dodgson, Richard, Kelley Lee and Nick Drager, *Global Health Governance a conceptual review*, WHO/London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, 2002
- Donaldson, Peter, "On the origins of the United States Government's international population policy", en *Population Studies*, vol. 44, nº. 3, 1990, ps. 385-399.
- Dorothy Porter, *Health, Civilisation and the State: a History of Public Health from Antiquity to Modernity*, Routledge, London, 2005.
- Drobny, A, "Impresiones de una visita a varios servicios de salud de la Republica Popular China", en *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Febrero 1974.

- Duffield, Mark, *Development, security and unending war: governing the world of peoples*, Cambridge Polity, 2007.
- Elbe, Stefan, "Should HIV/AIDS be securitized? The ethical dilemmas of linking HIV/AIDS and security.", en *International studies quarterly*, vol. 50, n° 1, 2006, ps. 119-144.
- Elbe, Stefan "HIV/AIDS and security", en Alan Collins (ed) *Contemporary security studies*, Oxford University Press, 2006.
- Elbe, Stefan, "Should HIV/AIDS be securitized? The ethical dilemmas of linking HIV/AIDS and security", en *International Studies Quarterly*, vol. 50, n° 1, 2006, ps. 119-144.
- Elbe, Stefan, *Virus alert: security, governmentality, and the AIDS pandemic*, Columbia University Press, 2009.
- Elbe, Stefan. *Security and global health*. Polity Press, Cambridge, 2010.
- Elbe, Stefan, "Haggling over viruses: the downside risks of securitizing infectious disease", en *Health Policy and Planning*, vol 25, n° 6, 2010, ps. 476-485.
- Elbe, Stefan, "Pandemic security", en Simon Rushton y Jeremy Youde (eds), *The Routledge Handbook of New Security Studies*, 2010, ps. 163-172.
- Elbe, Stefan, "Catching the Flu: Early Warning Systems for Detecting Pandemic Outbreak", *The contemporary transformation of security practices (I): spaces of (in)security*", 7th SGIR Pan-European International Relations Conference, Estocolmo, 9-11 September 2010.
- Elbe, Stefan, Anne Roemer-Mahler and Long, Christopher, "Securing circulation pharmaceutically: Antiviral stockpiling and pandemic preparedness in the European Union", en *Security Dialogue*, vol. 45, n° 5, 2014, ps. 440-457.
- Elbe, Stefan and Nadine Voelkner, "The medicalization of insecurity", en Simon Rushton and Jeremy Youde (eds), *Routledge handbook of global health security*, Routledge, 2014, ps.87-96.

- Elbe, Stefan, Anne Roemer-Mahler and Christopher Long, "Medical countermeasures for national security: A new government role in the pharmaceuticalization of society", en *Social Science & Medicine*, vol. 131, 2015, ps. 263-271.
- Elden, Stuart, "Plague, panopticon, police", en *Surveillance & Society*, vol. 1, n° 3, 2002, ps. 240-253.
- El-Khawas, Mohamed A. "China's Changing Policies in Africa", en *African Issues*, vol. 3, n° 1, 1973, ps. 24-28.
- El-Sadr, Wafaa and Jessica Justman, "Africa in the Path of Covid-19", en *New England Journal of Medicine*, vol. 383, n° 3, 2020.
- Emmers, Ralf, "Securitization", en Collins, Alan (ed), *Contemporary security studies*. Oxford University Press, 2007, ps. 109-125.
- Endfield, Georgina H, David B. Ryves, Keely Mills and Lea Berrang-Ford, "The gloomy forebodings of this dread disease, climate, famine and sleeping sickness in East Africa", en *The Geographical Journal*, vol. 175, n° 3, 2009, ps. 181-195
- Enemark, Christian, *Disease and Security Natural plagues and biological weapons in East Asia*, Routledge, New York, 2007.
- Enemark, Christian, "The role of the Biological Weapons Convention in disease surveillance and response", *Health policy and planning*, vol. 25, n° 6, 2010, ps. 486-494.
- Engerman, David C, "The Second World's Third World", en *Kritika: Explorations in Russian and Eurasian History*, vol. 1, 2011, ps. 183-211.
- England, Roger, "Are we spending too much on HIV?" *British Medical Journal*, vol. 334, 2008, ps. 344-344.
- Enloe, Cynthia, *Bannanas, Beaches and Bases Making Feminist Sense of International Politics*, University of California Press, Berkeley, 1989.
- Epstein, Hellen, *The Invisible Cure: Why We Are Losing the Fight Against AIDS in Africa*, London, Viking, 2007.

- Epstein, Steven, *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California Press, 1996.
- Esposito, Roberto, *Bíos. Biopolítica y Filosofía*, Amorrortu, Buenos Aires, 2006.
- Evans, David K., Markus Goldstein and Anna Popova, "Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic", en *The Lancet Global Health*, vol. 3, n°. 8, 2015, ps. 439-440.
- Evans, Richard J, "Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe" en Slack, Paul y Terence Ranger (eds), *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, Oxford, Oxford University Press, 1995, ps. 167-168
- Evans, Richard, *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910*, Oxford, Clarendon Press, 1987.
- Ewald, Francois, "Insurance and Risk", en Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller (eds), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago: The University of Chicago Press, 1991, ps. 198-199.
- Farley, John, *To cast out disease: a history of the International Health Division of Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford University Press, 2004.
- Farley, John, *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*, UBC Press, 2009.
- Farmer, Paul, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, University of California Press, Berkeley, 1992.
- Fassin, Didier, *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa*, University of California Press, 2007.
- Fee, Elizabeth and Manon Parry, "Jonathan Mann, HIV/AIDS, and human rights", en *Journal of public health policy*, vol. 29, n°. 1, 2008, ps. 54-71.
- Feldbaume, Harley, *The HIV-AIDS national security nexus: a history of risks and benefits*, Doctoral thesis, London School of Hygiene Tropical Medicine, 2009.
- Fenner, Frank et al, *Smallpox and Its Eradication*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1988.

- Ferguson, James, *Global shadows: Africa in the neoliberal world order*, Duke University Press, 2006.
- Fernández Durán, Ramón, *El Antropoceno: la expansión del capitalismo global choca contra la biosfera*, Editorial Virus, Barcelona, 2011.
- Fidler, David, "Microbialpolitik: Infectious Diseases and International Relations", en *American University International Law Review*, vol. 14, n° 1, 1998, ps. 1-53.
- Fidler, David, *International Law and Infectious Diseases*, Oxford University Press, 1999
- Fidler, David P, "SARS: political pathology of the first post-Westphalian pathogen", en *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 31, n° 4, 2003, ps. 485-505.
- Fidler, David, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations", en *Chinese Journal of International Law*, vol. 4, n° 2, 2005, ps. 325–392
- Fidler, David, *SARS, Governance and the Globalization of Disease*, Springer, 2004.
- Fidler, David and Lawrence Gostin, "The new International Health Regulations: an historic development for international law and public health", en *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 34, n°. 1, 2006, ps. 85-94.
- Finnemore, Martha, "Redefining Developmet at the World Bank", en *International Development and the Social Sciences: Essays in the Politics and History of Knowledge*, en Frederick Cooper and Randall Packard, University of California Press, Berkeley, 1997, ps. 203-223.
- Finnemore, Martha and Kathryn Sikkink, "International norm dynamics and political change", en *International organization*, vol. 52, n°. 4, 1998, ps. 887-917.
- Fiona, Godlee, "WHO in retreat; is it losing its influence?", en *British Medical journal*, vol 309, 1994, ps. 1491-1495.
- Foege, Millar and Donlad Henderson "Smallpox eradication in West and Central Africa", *Bulletin of World Health Organization*, vol. 52, 1975

- Foege, William H, *House on fire: the fight to eradicate smallpox*, vol. 21, University of California Press, 2011.
- Foucault, Michel. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *Revista Educación médica y salud*, vol. 10, nº. 2, 1976, ps. 152-170.
- Foucault, Michel. "Historia de la medicalización", en *Revista Educación médica y salud*, vol. 11, nº. 1, 1977, ps. 3-25.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Editorial Siglo XXI, 1978.
- Foucault, Michel, *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Pre-textos, 1988.
- Foucault, Michel *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós Iberica, Barcelona, 1990.
- Foucault, Michel, "El Juego de Michel Foucault", en *Saber y Verdad*, Madrid, La Piqueta, 1991.
- Foucault, Michel, *La historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Ediciones Siglo XXI, Madrid, 1991.
- Foucault, Michel, *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France, (1975-1976)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2000.
- Foucault, Michel. *Seguridad, territorio, población. Curso del Collège de France (1977-1978)* Ediciones Akal, Madrid, 2008.
- Foucault, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, Madrid, 2009.
- Foucault, Michel. *Nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*, Ediciones Akal, Madrid, 2009
- Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2015.
- Fraser, Stuart, "Leicester and smallpox: the Leicester method", en *Medical history*, vol. 24, nº. 3, 1980, ps. 315-332.

- Gabaldon, Arnoldo, "The nation-wide campaign against malaria in Venezuela", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 43, n°. 2, 1949, ps. 113-13.
- Gachelin, Gabriel and Opinel, Annick, "Malaria epidemics in Europe after the First World War: the early stages of an international approach to the control of the disease", en *Historia, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 18, n°. 2, 2011, ps.431-469.
- Gallagher, Nancy, *Medicine and power in Tunisia, 1780-190*, Cambridge University Press, 2002.
- Gamble, Vanessa Northington, "Under the shadow of Tuskegee: African Americans and health care", en *American journal of public health*, vol. 87 n°. 11, 1997, ps. 1773-1778.
- Gardikas, Katerina, "Relief Work and Malaria in Greece: 1943—1947", en *Journal of Contemporary History*, vol. 43, n°. 3, 2008, ps. 493-508.
- Garret, Laurie, "The challenge of Global Health", en *Foreign Affairs*, Marzo/Abril, 2007, ps. 14-38
- Garrett, Laurie, *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance*, Macmillan, 1994.
- George, Susan, *La trampa de la deuda: Tercer Mundo y dependencia*. Iepala Editorial, 1990.
- Gershman, John and Alec Irwin, "Getting a grip on the global economy", en JimYong King, Joyce Millen, Alec Irwin y John Gershman, *Dying for Growth. Global Inequality and the Health of the Poor*, Comon Courage Press, Maine, 2000.
- Giblin, James, "Trypanosomiasis control in African history: An evaded issue?", en *Journal of African History*, vol. 31, 1990, ps. 59–80
- Giddens, Anthony, *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*, Stanford university press, 1991.

- Gilman, Sander L, "Black bodies, white bodies: Toward an iconography of female sexuality in late nineteenth-century art, medicine, and literature", en *Critical Inquiry*, vol. 12, n°. 1, 1985, ps. 204-242.
- Gish, Oscar, *Planning the health sector. The Tanzanian experience*, Croom Helm, London, 1975.
- Global Ebola Response, "UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER)", 2014, disponible en <http://ebolaresponse.un.org/un-mission-ebola-emergency-response-unmeer>.
- Golder, Ben, "Foucault and the genealogy of pastoral power", en *Radical Philosophy*, vol. 10, 2007, ps. 157-76.
- Gong, Gerrit, *The Standard of Civilization in International Society*, Clarendon Press, Oxford, 1984.
- González, Carlos Luis, *Las campañas de Masa y los servicios sanitarios generales. Cuadernos de Salud Pública*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1966.
- Goodman, Neville, *International Health Organizations and their Work*, The Blakiston, Philadelphia- New York, 1952.
- Gordon, Colin, "Governmental rationality: an introduction", en Burchell, Graham, Colin Gordon and Peter Miller (eds), *The Foucault effect: Studies in governmentality*. London. Harvester Wheatsheaf, 1991.
- Gordon, Colin, "Question, ethos, event: Foucault on Kant and Enlightenment", en *Economy and Society*, vol. 15, n°. 1, 1986, ps. 71-87.
- Graboyes, Melissa, "The Malaria Imbroglio: Ethics, Eradication, and Endings in Pare Taveta, East Africa, 1959–1960", en *International Journal of African Historical Studies* vol. 47, n°. 3, 2014, ps. 445-471.
- Granta Katz, R., Sorrell, E. M., Kornblet, S. A. and Fischer, J. E, "Global health security agenda and the international health regulations: moving forward", en *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*, vol. 12, n°. 5, 2014, ps. 231-238.

- Greenhalgh, Susan, "The social construction of population science: An intellectual, institutional, and political history of twentieth-century demography", en *Comparative studies in society and history*, vol. 38, n°. 1, 1996, ps. 26-66.
- Grmek, Mirko, *Histoire du sida*. Paris, Payot, 1989.
- Haas, Peter, "Introduction: epistemic communities and international policy coordination", *International organization*, 1992, vol. 46, n°. 1, ps. 1-35.
- Hackett, Lewis Wendell, *Malaria in Europe: An Ecological Study*, Oxford University Press, New York, 1937.
- Hacking, Ian, *La domesticación del azar: la erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*, Gedisa Editorial, 1995.
- Hakan Seckinelgin, Joseph Bigirumwami and Jill Morris; "Securitization of HIV/AIDS in Context: Gendered Vulnerability in Burundi", en *Security Dialogue*, vol. 41, 2010, ps. 515-535.
- Han, Byung-Chul, "La emergencia viral y el mundo de mañana" *El País* 22 de marzo de 2020.
- Hansen, Lene, "The Little Mermaid's Silent Security Dilemma and the Absence of Gender in the Copenhagen School" en *Millennium. Journal of International Studies*, vol. 29, n°. 2, 2000, ps. 285-306.
- Haraway, Donna, *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. London Free Association Books, 1991.
- Harbeson, John, "Africa in world politics: Amid Renewal, Deepening Crisis", en Harbeson, John Willis and Donald S. Rothchild. *Africa in world politics: post-cold war challenges*, Westview Press, 1995, ps. 1-23.
- Hardt, Michael y Antonio Negri, *Imperio*, Paidós, Barcelona, 2000.
- Harman, Sophie, "Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance", en *Third World Quarterly*, vol. 37, n°. 3, 2016, ps: 524-541.
- Harrison, Gordon, *Mosquitoes Malaria and Man*, John Murray, London, 1978.

- Harrison, Mark, "Quarantine, pilgrimage, and colonial trade: India 1866-1900", en *The Indian Economic & Social History Review*, vol. 29, n°. 2, 1992, ps. 117-144.
- Harrison, Mark, "A question of locality: the identity of cholera in British India, 1860-1890", en Michael Worboys, *Germs, malaria and the invention of Mansonian tropical medicine: from "diseases in the tropics" to "tropical diseases"*, Manchester University, 1996.
- Harrison, Mark, "Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century", en *Journal of Global History*, vol. 1, n°. 2, 2006, ps: 197-217.
- Harvey, David, *Breve historia del neoliberalismo*, Ediciones Akal, 2007.
- Hatch, John W and Eugenia Eng, "Community participation and control: or control of community participation", en Victor W. Sidel and Ruth Sidel (eds), *Reforming Medicine: Lessons of the Last Quarter Century*, NewYork: Pantheon Books, 1984, ps. 223-44.
- Headrick, Daniel R, "The tools of imperialism: Technology and the expansion of European colonial empires in the nineteenth century", en *The Journal of Modern History*, vol. 51, n°. 2, 1979, ps. 231-263.
- Headrick, Daniel R. "Sleeping sickness epidemics and colonial responses in East and Central Africa, 1900–1940", en *PLoS neglected tropical diseases*, vol. 8, n°. 4, 2014 ps. 1-8.
- Health Canada, "About GPHIN", 2018, disponible en https://gphin.canada.ca/cepr/aboutgphin-rmispenbref.jsp?language=en_CA
- Herington, Jonathan, "Securitization of infectious diseases in Vietnam: the cases of HIV and avian influenza", en *Health Policy and Planning*, vol. 25, n°. 6, 2010, ps. 467-475.
- Hoffman, Steven, "The evolution, etiology and eventualities of the global health security regime", en *Health Policy and Planning*, vol. 25, n°. 6, 2010, ps. 510-522.
- Hopkins, Donald, "Smallpox: ten years gone", en *American journal of public health*, vol. 78, n°. 12, 1988, ps. 1589-1595.

- Hoppe, Kirk Arden, "Lords of the Fly: Colonial Visions and Revisions of African Sleeping-Sickness Environments on Ugandan Lake Victoria, 1906-61", en *Africa: Journal of the International African Institute*, vol. 67, n° 1, 1997.
- Howard-Jones, Norman, *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.
- Hrdy, Daniel, "Cultural Practices Contributing to the Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa", en *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 9, n° 6, ps. 1109–1119.
- Hsu, Elizabeth, "Medicine as bussines: Chinese medicine in Tanzania, en *China Returns to Africa*, 2007, ps. 113-24.
- Huber, Valeska, "The unification of the globe by disease? The international sanitary conferences on cholera, 1851–1894", en *The Historical Journal*, vol. 49, n° 2, 2006, ps. 453-476.
- Huertas, Rafael. *Neoliberalismo y políticas de salud*. Fundación de Investigaciones Marxistas, 1998.
- Huish, Robert and John M. Kirk, "Cuban medical internationalism and the development of the Latin American School of Medicine" en *Latin American Perspectives*, vol. 34, n° 6, 2007, ps. 77-92.
- Hull, Richard W, "China in Africa", en *African Issues*, vol, 2, n° 3, 1972, ps. 49-50.
- Hunt, Nancy Rose, "Le Bébé en Brousse": European Women, African Birth Spacing and Colonial Intervention in Breast Feeding in the Belgian Congo", en *The International Journal of African Historical Studies*, vol. 21, n° 3, 1988, ps. 401-432.
- Huysmans, Jef. "Revisiting Copenhagen: Or, on the creative development of a security studies agenda in Europe", en *European journal of international relations*, vol. 4 , n° 4, 1998, ps. 479-505.
- Huysmans, Jef. "The European Union and the securitization of migration", en *Journal of Common Market Studies*, 2000, vol. 38, n° 5, ps. 751-777.

- Huysmans, Jef, "Defining social constructivism in security studies: The normative dilemma of writing security", en *Alternatives*, vol. 27, n° 1, 2002, ps. 41-62.
- Huysmans, Jef, "International Politics of Insecurity: Normativity, Inwardness and the Exception", en *Security Dialogue*, vol. 37, n° 1, 2006, ps. 11–30.
- Idriss A, Lolik P, Khan R. A and Benyoussef A, "The primary health care programme in Sudan", en *WHO Chronicle*, 1976, n° 30, ps. 370-374.
- Ijamakinwa, Oluyemisi and Niamh Stephenson, "Pandemic influenza preparedness: Africa at the crossroads", en *Journal of Public Health in Africa*, vol. 3, n° 2, 2012, ps. 116-120.
- Iiffe, John, *África, Historia de un Continente*, Cambridge University Press, 1998.
- Iiffe, John. *East African Doctors: a history of the modern profession*. Cambridge University Press, 1998.
- Ilich, Ivan, *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Editorial Joaquín Mortiz, México, D. F, 1987.
- Ingram, Alan. "HIV/AIDS, security and the geopolitics of US–Nigerian relations", en *Review of international political economy*, vol. 14, n° 3, 2007, ps. 510-534.
- Ingram, Alan, "Governmentality and security in the US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)", en *Geoforum*, vol. 41, 2010, ps. 607–616.
- Ingram, Alan, "After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity", en *Antipode*, vol. 45, n° 2, 2013, ps. 436-454.
- Irwin, John and Emile Scali, "Action on the social determinants of health: A historical perspective", en *Global Public Health*, vol. 2, 2007, ps. 235 – 256
- Irwin, Rache, "Indonesia, H5N1, and Global Health Diplomacy", en *Global Health Governance*, vol. 3, n° 2, 2010.
- Jackson, Steven F, "China's Third World Foreign Policy: The Case of Angola and Mozambique, 1961-93", en *The China Quarterly*, n° 142, 1995, ps. 388-422.

- Jelley, Diana and Richard J. Madeley, "Primary health care in practice: a study in Mozambique", en *Social Science & Medicine*, vol. 19, n° 8, 1984, ps. 773-781
- Jennifer Ruger, "Changing Role of the World Bank in Global Health in Historical Perspective", en *American Journal of Public Health*, vol. 95, 2005, ps. 60-70
- Jerrems, Ari, "Globalización y proliferación de fronteras: una reseña de los estudios críticos de Fronteras" en *Relaciones Internacionales*, n° 21, octubre de 2012. GERI – UAM.
- Jessop, Bob "From Micro-Powers to Governmentality: Foucault's Work on Statehood, State Formation, Statecraft and State Power", en *Political Geography*, vol. 26, 2007, ps. 34-40.
- John Farley, "Bilharzia; a problem of native Health, 1900-1950", en David Arnold *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, 1988.
- Jones, Colin y Poter, Roy (ed), *Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body*. Routledge, London, 1994.
- Joseph, Jonathan, "The limits of governmentality: Social theory and the international", en *European journal of international relations*, vol. 16, n° 2, 2010, ps. 223-246.
- Kalpagam, Ulrich, "The colonial state and statistical knowledge", en *History of the human sciences*, vol, 13, n° 2, 2000, ps. 37-55.
- Kamradt-Scott, Adam, "WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa.", en *Third World Quarterly*, vol. 37, n° 3, 2016, ps. 401-418.
- Kamradt-Scott, Adam, and Colin McInnes, "The securitisation of pandemic influenza: framing, security and public policy.", en *Global Public Health*, vol. 7, sup. 2, 2012, ps. 95-110.
- Kapata, Nathan, et al. "Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic. Lessons from past outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future", en *International Journal of Infectious Diseases*, n° 93, 2020, ps. 233-236.

- Kaplan, Richard, "The coming anarchy: how scarcity, crime, overpopulation and disease are rapidly destroying the social fabric of our planet", en *The Atlantic Monthly*, Febrero, 1994.
- Katzenstein, Peter (ed), *The Culture of National Security. Norms and Identity in World Politics*. Columbia University Press, New York, 1996.
- Keck, Margaret and Kathryn Sikkink. "Transnational advocacy networks in international and regional politics", en *International social science journal*, vol. 51, n°. 159, 1999, ps. 89-101.
- Kelle, Alexander, "Securitization of international public health: implications for global health governance and the biological weapons prohibition regime", en *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, vol. 13, n°. 2, 2007, ps. 217-235.
- Kentikelenis, Alexander, Lawrence King, Martin McKee and David Stuckler, "The International Monetary Fund and the Ebola outbreak", *The Global Lancet*, vol. 3, n°. 2, 2014.
- Kiersey, Nicholas J and Doug Stokes (eds), *Foucault and international relations: new critical engagements*, Routledge, 2013.
- Kiley, Erin E., and Alice J. Hovorka, "Civil society organisations and the national HIV/AIDS response in Botswana", en *African journal of AIDS research* vol. 5, n°. 2, 2006, ps. 167-178.
- Kim Jim Young, Joyce V. Millen, Alec Irwin and John Gershman (eds), *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Monroe, Common Courage Press, 2003
- King, Nicholas, "Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health", en *Social Studies of Science*, vol. 32, n°. 5/6, Oct. - Dec., 2002, ps. 763-789.
- Kloos, Helmut, "Primary health care in Ethiopia under three political systems: Community participation in a war-torn society", en *Social Science & Medicine* vol. 46, n°. 4-5, 1998, ps. 505-522.

- Knight, Lindsay, *UNAIDS the First 10 Years*, UNAIDS, Ginebra, 2008.
- Krause, Keith and Michael C. Williams, *Critical Security Studies: Concepts and Strategies*, Routledge, 2002.
- Krause, Keith and Willaims, Michale C, “From Startegy to Security: Foundation of Critical Security Studies”, *Critical Security Studies. Concepts and Cases*, UCL Press, London, 1997.
- Kraut, Alan, *Silent Travelers: Germs, Genes, and the 'Immigrant Menace'*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1994.
- La Verne, Kuhnke, *Lives at risk: public health in nineteenth-century Egypt*, University of California Press, 1990.
- Lac Tremblant Declaration, “Proceedings and recommendations of the expert working group on emerging infectious disease issues: Lac Tremblant declaration”, *Canada Communicable Disease Report*, 20S2, 1994, ps. 1–21.
- Lake, David, “Theory is Dead, Long Live Theory. The End of the Great Debates and the Rise of Eclecticism in International Relations”, en *European Journal of International Relations*, vol. 19, n°. 3, 2013, ps. 567-587.
- Lal, Priya, "Maoism in Tanzania: material connections and shared imaginaries", en, Alexander C Cook (ed), *Mao's Little Red Book: A Global History*. Cambridge University Press, 2014, ps. 96-116.
- The Lancet, "COVID-19: too little, too late?" en *The Lancet*, London, vol. 395, n°. 10226, 2020, ps.755.
- Larner, Wendy and William Walters (eds), *Global governmentality: governing international spaces*, London, Routledge, 2004.
- Latham, Robert, “Identifying the Contours of Transboundary Political Life”, en Thomas M. Callaghy, Robert Latham and Ronald Kassimir (eds), *Intervention And Transnationalism In Africa*, Cambridge University Press, 2002.
- Le Pere, Garth and Garth Shelton, *China, Africa and South Africa: South-South co-operation in a global age*, Midrand, Institute for Global Dialogue, 2007.

- Le Roy Ladurie, Emmanuel, "Un concepto: la unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII)", en *Historias*, vol. 21, 1989, ps. 33-70.
- Leach, Melissa, "The Ebola Crisis and Post-2015 Development.", en *Journal of International Development*, vol. 27, nº 6, 2015, ps. 816-834.
- Leach, Melissa, Ian Scoones, and Andrew Stirling, "Governing epidemics in an age of complexity: Narratives, politics and pathways to sustainability", en *Global Environmental Change*, vol. 20, nº. 3, 2010, ps. 369-377.
- Leboeuf, Aline and Broughton, Emma, *Securitization of Health and Environmental Issues: Process and Effects. A research outline*, Institut Français des Relations Internationales (Ifri), Paris, 2008.
- Lederber, Joshua, 'Infection Emergent', en *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, nº. 17, 1996, ps. 243-45.
- Lederberg, Shope, Oaks Joshua Lederberg, Robert E. Shope and Stanley C. Oaks, *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*. National Academy Press, Washington, DC, 1992.
- Lederman, Walter. "A propósito del cólera: Max von Pettenkofer y su Experimentum crucis", en *Revista chilena de infectología*, vol. 20, 2003, ps. 84-85.
- Ledermann, Walter, "Laveran, Marchiafava y el paludismo", en *Revista chilena de infectología*, vol. 25, nº. 3, 2008, ps. 216-221.
- Lee, Kelley, *Globalization and Health: an introduction*, Palgrave Macmillan, New York, 2004.
- Lee, Kelley, *The World Health Organization*, Routledge, Abingdon, 2010.
- Lee, Sung, "WHO and the developing world: the contest for ideology", en Andrew Cunningham and Bridie Andrews (eds), *Western medicine as contested knowledge*, Manchester, 1997, ps. 24-46.
- Legg, Stephen, "Beyond the European province: Foucault and postcolonialism", en Elden Stuart and Jeremy W. Crampton (eds) *Space, knowledge and power: Foucault and geography*, 2007, ps. 265-289.

- Legido-Quigley, Helena, et al, "Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?", *The Lancet*, vol. 395, n°. 10227, 2020, ps: 848-850.
- Lemke, Thomas, *Foucault, governmentality, and critique*. Routledge, 2015.
- Lemke, Thomas, "Beyond Foucault-From Biopolitics to the Government of Life", en Bröckling, Ulrich, Susanne Krasmann and Thomas Lemke, *Governmentality Current Issues and Future Challenges*, Routledge, New York, 2011, ps. 165-184.
- Lemke, Thomas, "A zone of indistinction: A critique of Giorgio Agamben's concept of biopolitics", en *Outlines: Critical Social Studies*, vol. 7, 2005, ps. 3-13.
- Lewis, Paul, "Divided World Health Organization braces for leadership change", en *New York Times*, 1 mayo de 1988, ps. 20
- Litsios, Socrates, "Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance." *Medical Anthropology*, vol. 17, n°. 3, 1997, ps. 255-278.
- Litsios, Socrates, "The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection", en *International Journal of Health Services*, vol. 32, n°. 4, 2002, ps.709-732.
- Livingstone, David, "Human acclimatization: perspectives on a contested field of inquiry in science, medicine and geography", en *History of Science*, vol. 25, n°. 4, 1987, ps. 359-394.
- Livingstone, David, "Race, space and moral climatology: notes toward a genealogy", en *Journal of Historical Geography*, vol. 28, n°. 2, 2002, ps.159-180.
- Lo Yuk-ping, Catherine and Thomas, Nicholas, "How is health a security issue? Politics, responses and issues", en *Health Policy and Planning*, vol. 25, n°. 6, 2010, ps. 447-453.
- Lo, Yuk-ping, and 盧鈺萍, *The securitisation of HIV/AIDS: China and India*, HKU Theses Online (HKUTO), 2012.
- Loewenberg, Samuel, "Coburn puts hold on HIV/AIDS bill", en *POLITICO*, 11 June. 2008.

- Lurie, Peter and Sidney M. Wolfe. "Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries", en *New England Journal of Medicine*, vol. 337, n.º. 12, 1997, ps. 853-6.
- Lyons, Maryinez, *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge University Press, 2002.
- MacKenzie, John, *The empire of nature: Hunting, conservation and British imperialism*, Manchester University Press, 1997.
- Maddern, Jo Frances, "Spectres of migration and the ghosts of Ellis Island", en *Cultural geographies*, 2008, vol. 15, n.º 3, ps. 359-381.
- Manderson, Lenore, "Wireless wars in the Eastern arena: epidemiological surveillance, disease prevention and the work of the Eastern Bureau of The League of Nations Health Organisation", en *International healths organisations and movements, 1918-1939*, Paul Weindling (ed), 1995, Cambridge University Press.
- Manela, Erez, "A Pox on Your Narrative: Writing Disease Control into Cold War History", en *Diplomatic History* vol.34, n.º. 2, abril 2010, ps. 299–323.
- Mark Honigsbaum, "Between Securitisation and Neglect: Managing Ebola at the Borders of Global Health", en *Medical History*, vol. 61, n.º. 2, 2017, ps. 270–294.
- Markel, Howard, *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1997.
- Martinez-Alvarez, Melisa, et al, "COVID-19 pandemic in west Africa", en *The Lancet Global Health*, vol. 8, n.º. 5, 2020, ps. 631-632.
- Mateos Jiménez, Juan, "Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938)", en *Revista española de salud pública*, 2005, vol. 79, n.º. 3, ps. 339-349.
- Mateos, Oscar, "Más allá de la narrativa del estallido: causas globales e históricas de la crisis del ébola en África Occidental", en Oscar Mateos y Jordi Tomas (coord.), *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015, ps, 201-221.

- Mbembe, Achile, *Necropolític. Sobre el gobierno privado indirecto*. Melusina, Santa Cruz de Tenerife, 2011.
- McDonlad, Matt, "Securitization and the Construction of Security", en *European Journal of International Relations*, vol. 14, n° 4, 2008, ps. 563–587.
- McInnes, Colin, "Conflict, HIV and AIDS: a new dynamic in warfare?", en *Global Change, Peace & Security*, vol. 21, n° 1, 2009, ps. 99-114
- McInnes, Colin, "The many meanings of health security", en Simon Rushton and Jeremy Youde (eds), *Routledge handbook of global health security*, Routledge, 2014, ps. 5-17
- McInnes, Colin and Kelley Lee, "Health, security and foreign policy", en *Review of International Studies*, vol. 32, n° 1, 2006, ps. 5-23.
- McInnes, Colin and Simon Rushton, "HIV, AIDS and security: where are we now?", en *International Affairs*, vol. 86, n° 1, 2010, ps. 225–245
- McInnes, Colin and Simon Rushton, "Smart power? Health interventions for strategic effect in Iraq and Afghanistan", en *International Political Sociology*, vol. 6, n° 3, 2012, ps. 328-331.
- McInnes, Colin and Simon Rushton, "HIV/AIDS and securitization theory", en *European Journal of International Relations*, vol. 19, n° 1, 2013, ps. 115-138.
- McInnes, Colin, "HIV/AIDS and security", en *International Affairs*, vol. 82, n°2, 2006, ps. 315-326.
- McKeown, Thomas, *The Modern Rise of Population*, Edward Arnold Ltd, 1976.
- McSweeney, Bill, 'Identity and Security: Buzan and the Copenhagen School', en *Review of International Studies*, vol. 22, n° 1, 1996, ps. 81–93.
- Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalud, *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria*, 2015.
- Mendiguren, Berta. "La institucionalización de la biomedicina y las jerarquías sociales entre los soninke del Mali: el caso del centro de salud comunitario de Dramané", en *Studia Africana* n° 7, octubre 2006, ps. 65-90

- Mendiguren, Berta y José Luis de la Flor, “Coherencia de Políticas al Desarrollo de Salud de la AECID en África”, *Grupo de Estudios Africanos*. CAP, registro 09-CAP2-1484. (MAE-AECID)
- Merlingen, Michael, "Monster studies", en *International Political Sociology*, vol. 2, n.º. 3, 2008, ps. 272-274.
- Miller, George, Miller, G., Gale, J., Villarejos, V., James, W., Arteaga, C. G., Casey, H., and Henderson, D. "Edmonston B and a further attenuated measles vaccine--a placebo controlled double blind comparison", en *American Journal of Public Health and the Nations Health*, vol.57, n.º. 8, 1967, ps: 1333-1340.
- Milobsky, David and Louis Galambos, “The McNamara Bank and Its Legacy”, en *Business and Economic History*, vol. 24, n.º. 2, Invierno 1995.
- Mitchell, Timothy, ‘The Stage of Modernity’, en Timothy Mitchell (ed) *Questions of Modernity*, University of Minnesota Press, 2000, ps. 1–34.
- Molineaux, Louis and Gabriele Gramiccia, *The Garki Project: Research on the Epidemiology and Control of Malaria in the Sudan Savanna of West Africa*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980
- Morgan, Lynn M, *Community participation in health: the politics of primary care in Costa Rica*, Cambridge University Press, 1993.
- Morrone, Juan. "Hacia una biogeografía evolutiva", en *Revista chilena de historia natural*, vol 80, n.º 4, 2007, ps. 509-520.
- Morse, Stephen, "Factors in the emergence of infectious diseases", en Andrew T. Price-Smith, *Plagues and politics*, Palgrave Macmillan, London, 2001, ps. 8-26.
- Morse, Stephen, 'Emerging Viruses: Defining the Rules for Viral Traffic', *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 34, n.º. 3, ps. 387-409.
- MSF, *Ebola: Pushed to the Limit and beyond*, *M'edecins Sans Fronti`eres International*, disponible en <http://www.msf.org/article /ebola-pushed-limit-and-beyond>

- Mulligan, Shane, "Energy, environment, and security: critical links in a post-peak world", en *Global Environmental Politics*, 2010, vol. 10, n° 4, ps. 79-100.
- Munckton, Stuart, "Ebola crisis: Cuba sends doctors, US sends troops", en *Green Left Weekly*, n° 1027, 2014, disponible en <https://www.greenleft.org.au/content/ebola-crisis-cuba-sends-doctors-us-sends-troops>.
- Mutimer, David, "Critical Security Studies: A schismatic history", en Collins, Alan (ed), *Contemporary security studies*, Oxford University Press, 2007, ps. 53-74.
- Mwacalimba, Kennedy, "Globalised disease control and response distortion: a case study of avian influenza pandemic preparedness in Zambia", en *Critical Public Health* vol. 22, n° 4, 2012, ps. 391-405.
- Nacoti, Mirco, et al, "At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation", en *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, vol. 1, n° 2, 2020.
- Navarro, Vicente, "A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration", en *Social Science & Medicine*, vol. 18, n° 6, 1984, ps. 467-474.
- Neill, Deborah, "Paul Ehrlich's Colonial Connections: Scientific Networks and Sleeping Sickness Drug Therapy Research, 1900–1914", en *Social History of Medicine*, vol. 22, n° 1, 2009, ps. 61–77.
- Neill, Deborah, *Networks in tropical medicine: internationalism, colonialism, and the rise of a medical specialty, 1890–1930*, Stanford University Press, 2012.
- Nguyen, Vinh-Kim, "Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa", en *Social Theory & Health*, vol. 7, n° 3, 2009, ps. 196-217.
- Nguyen, Vinh-Kim, *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*, Duke University Press, 2010.
- NIC, *Sub-Saharan Africa: Implications of the AIDS Pandemic*. Washington D.C, National Intelligence Council, 1987.

- NIC, *The next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China*, Washington D.C, National Intelligence Council, 2002.
- Nunes, João, "Questioning health security: Insecurity and domination in world politics", en *Review of International Studies*, n°. 40, 2014, ps. 939-960.
- Nunes, Joao, *Security, emancipation and the politics of health: a new theoretical perspective*, Routledge, 2013.
- Ogden, Horace, *CDC and the Smallpox Crusade*, U.S. Dept. of Health and Human Services, Atlanta, 1987.
- Oliveira, Maria Auxiliadora, Elizabeth Moreira dos Santos y José Manoel Carvalho Mello, "AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028", en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17, 2001, ps, 863-875.
- ONUSIDA, *AIDS and the military: UNAIDS Point of View*, UNAIDS, 1998.
- OMC, "Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio", disponible en <https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-ADPIC.pdf>
- OMS, "Los Diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1958.
- OMS, *Los Servicios sanitarios en la URSS: informe redactado por los participantes a un viaje de estudios organizado por la Organización Mundial de la Salud (octubre 1958)*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1963.
- OMS, "Organizational study on methods of promoting the development of basic health services", Ginebra, OMS, 1973.
- OMS y UNICEF, *Primary Health Care*. Geneva, World Health Organization, 1973.
- OMS-AFRO, *Primary Health Care. Afro Technical Report Series No. 3*, Organización Mundial de la Salud Brazzaville, 1977.
- OMS, *Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata 6-12 Sept, 1978*.

- OMS, *The promotion and development of traditional medicine: report of a WHO meeting*. World Health Organization, 1978.
- OMS, “Los modestos comienzos de la OMS. Entrevista de Foro con Szeming Sze”. *Foro mundial de la salud*, vol. 9, nº. 1, 1988, ps. 30-35.
- OMS, *Report of WHO meeting on emerging infectious diseases*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1994, disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/CDS_BVI_94.2.pdf>
- OMS, *Communicable Disease Prevention and Control: New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases*, WHA 48.13, Organización Mundial de la Salud, 12 mayo 1995.
- OMS, *Report of the Second WHO Meeting on Emerging Infectious Diseases*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1995, disponible en <http://whqlibdoc.who.int/HQ/1995/WHO_CDS_BVI_95.2.pdf>
- OMS, *Emerging and Other Communicable Disease: Strategic Plan 1996–2000* (WHO/EMC/96.1), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996, disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_EM_96.1.pdf>
- OMS, *Emerging and Other Communicable Disease: Strategic Plan 1996–2000* (WHO/EMC/96.1), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2000.
- OMS, *Resolution 54.14: Global Health Security: Epidemic Alert and Response*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.
- OMS, *Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Comisión Macroeconomía y Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.
- OMS, WHA Resolution 55.16, *Global Public Health Response to Natural Occurrence, Accidental Release or Deliberate Use of Biological and Chemical Agents or Radionuclear Material that Affect Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.
- OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2007-protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2007.

- OMS, "Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa" Geneva, August 8, 2014, disponible en, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>
- OMS, *Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola: informe de la Secretaría*. No. A68/25, Organización Mundial de la Salud, 2015, disponible en <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/es/>
- Ong, Aihwa, *Neoliberalism as exception: Mutations in citizenship and sovereignty*, Duke University Press, 2006.
- ONU, Resolución 3281 (XXIX), *Carta de derechos y deberes económicos de los Estados*, 12 de diciembre de 1974.
- ONUSIDA, *On the Front Line*, 3rd ed, UNAIDS/WHO, Geneve, 2005.
- ONUSIDA, *UN Security Council Meeting on HIV/AIDS in Africa: Briefing Pack*, 10 de enero, 2000.
- ONUSIDA, *From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with Or Affected by HIV/AIDS (GIPA)*, UNAIDS, 2004.
- Ortu, Giuseppina, Sandra Mounier-Jack and Richard Coker, "Pandemic influenza preparedness in Africa is a profound challenge for an already distressed region: analysis of national preparedness plans", en *Health policy and planning* vol. 23, n°. 3, 2008, ps. 161-169.
- Osborne, Michael, "Resurrecting Hippocrates: hygienic sciences and the French scientific expeditions to Egypt, Morea and Algeria", en David Arnold (ed), *Warm Climates and Western: The emergence of Tropical Medicine 1500-1900*, Clio Medica 35, Amsterdam, 1996, ps. 80-98.
- Osborne, Thomas, "Bureaucracy as a Vocation: Governmentality and administration in nineteenth-century Britain", en *Journal of Historical Sociology*, vol. 7, n°. 3, 1994, ps. 289-313.
- Ostergard, Obertl, "Politics in the Hot Zone: AIDS and National Security in Africa", en *Third World Quarterly* vol. 23, n°. 2, 2002, ps. 333-350.

- Packard, Randall, "The Invention of the 'Tropical Worker': Medical Research and the Quest for Central African Labor on the South African Gold Mines, 1903-36", en *The Journal of African History*, vol. 34, n° 2, 1993, ps. 271-292.
- Packard, Randall, "Malaria dreams: postwar visions of health and development in the Third World." *Medical Anthropology*, vol. 17, n° 3, 1997, ps. 279-296.
- Packard, Randall, "'No other logical choice': global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era", en *Parassitologia*, vol. 40, n° 1-2, 1998, ps. 217-229.
- Packard, Randall, *The making of a tropical disease: a short history of malaria*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2007.
- Packard Randall and Paul Epstein, "Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa", en *Social Science Medicine*, vol. 33, n° 7, 1991, ps.771-83.
- Packard, Randall and Peter J. Brown, "Rethinking health, development, and malaria: Historicizing a cultural model in international health", en *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, vol. 17, n° 3, 1997, ps. 181-194.
- PAHO, *IV Special Meeting of Ministers of Health of the Americas, Official Document n° 155*, Washington, D.C, Pan American Health Organization, 1978.
- Parker, Jason, "Cold War II: The Eisenhower Administration, the Bandung Conference, and the Reperiodization of the Postwar Era", *Diplomatic History*, vol. 30, n° 5, 2006, ps. 867-92.
- Paul Greenough, "Intimidation, Coercion and Resistance in the final stages of the South Asian Smallpox Eradication Campaign, 1973-1975", *Social Science Medicine*, vol. 41, n° 5, 1995, ps. 633-645.
- Pearson-Patel, Jessica, "Promoting Health, Protecting Empire: Inter-Colonial Medical Cooperation in Postwar Africa", en *Monde (s)*, vol. 1, 2015, ps. 213-230.
- People's Health Movement, *Global Health Watch 2005-06: An Alternative World Health Report*, Zed Books, 2005.

- Pereira, Ricardo, "PEPFAR project implementation and the pursuit of the United States national interest", *The CDS Research Report*, 2009, nº. 41.
- Pérez de Armiño, Karlos y Marta Areizaga "Seguridad Humana", en *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, HEGOA, Bilbao, 2000, disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/>
- Pérez de Armiño, Karlos, "El concepto y el uso de la seguridad humana: análisis crítico de sus potencialidades y riesgos.", en *Revista CIDOB d'afers internacionals*, 2006, ps. 59-77.
- Pérez de Armiño, Karlos, "Seguridad humana y estudios críticos de seguridad: de la cooptación a la emancipación", en Karlos Pérez de Armiño y Iranitzu Mendia Azkue (eds), *Seguridad Humana, aportes críticos al debate teórico y político*, Tecnos, Madrid, 2013, ps.23-53.
- Petersen, Alan and Robin Bunton (eds), *Foucault, health and medicine*. Routledge, London, 1997.
- Peterson, Susan, "Epidemic Disease and National Security", en *Security Studies*, vol. 12, nº. 2, 2002, ps. 43-81.
- Philips, Mit, and Áine Markham, "Ebola: a failure of international collective action", *The Lancet*, vol. 384, 2014, ps. 1181.
- Pickstone, John V, "Dearth, dirt and fever epidemics: rewriting the history of British 'public health, 1780-1850" en Terence Ranger and Slack Paul (eds), en *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*, Oxford University Press, 1992, ps. 125-149.
- Piot, Peter, "Global AIDS Pandemic: Time to Turn the Tide", en *Science*, vol. 288, 2000, ps. 2176-2178.
- Pisani, Elizabeth, *The Wisdom of Whores: Bureaucrats, Brothels and the Business of AIDS*, London, 2008.
- Pita, Juan Ignacio, *Nuevos Instrumentos de la cooperación española: la experiencia mozambiqueño*, Madrid, Fundación Carolina CeALCI, 2006.

- PNUD, "Definición y medición del Desarrollo Humano", en *Informe sobre el Desarrollo Humano*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990.
- PNUD, "Nuevas Dimensiones de la Seguridad Humana", en *Informe sobre el Desarrollo Humano*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 1994.
- Poku, Nana K, "Poverty, debt and Africa's HIV/AIDS crisis", en *International Affairs*, vol. 78, n° 3, 2002, ps. 531-546.
- Litsios, Socrates, "Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international Assistance", en *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, vol. 17, n° 3, 1997, ps. 255-278.
- Praeger Sohrabi, Catrin, et al, "World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)", en *International Journal of Surgery*, 2020.
- Preston, Richard, "Crisis in the hot zone", en *New Yorker*, n° 26, 1992, ps. 58-81.
- Preston, Richard. *The Hot Zone: The Chilling True Story of an Ebola Outbreak*. Random House, 2012.
- Price, Richard, "A genealogy of the chemical weapons taboo", en *International Organization*, vol. 49, n° 1, 1995, ps. 73-103.
- Price-Smith, Andrew, *The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*, MIT Press, Cambridge, 2001.
- Prins, Gwyn, "But what was the disease? The present state of health and healing in African studies", en *Past and Present*, vol. 124, 1989, ps. 159-179.
- Rabinow, Paul and Nikolas Rose, "Biopower today", en *BioSocieties*, vol. 1, n° 2, 2006, ps. 195-217.
- Rand, Erin, "Gay pride and its queer discontents: ACT UP and the political deployment of affect", en *Quarterly Journal of Speech*, vol. 98, n° 1, 2012, ps. 75-80.
- Reinhardt, Bob, "The Global Great Society and the US commitment to smallpox eradication", en *Endeavour*, vol. 34, n° 4, 2010, ps. 164-172.

- Rist, Gilbert, *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. Los libros de la Catarata, Madrid, 2002.
- Robins, Steven, "From "rights" to "ritual": AIDS activism in South Africa", en *American Anthropologist*, 2006, vol. 108, nº 2, ps. 312-323.
- Rock, Joeva, "La militarización de la epidemia del ébola", en *International Press Service*, 30 de septiembre de 2014, disponible en <http://www.ipsnoticias.net/2014/09/la-militarizacion-de-la-epidemia-del-ebola/>
- Roemer-Mahler, Anne and Stefan Elbe, "The race for Ebola drugs: pharmaceuticals, security and global health governance", en *Third World Quarterly*, vol. 37, nº. 3, 2016, ps. 487-506.
- Roemer-Mahler, Anne, "The rise of companies from emerging markets in global health governance: Opportunities and challenges", en *Review of International Studies*, vol. 40, nº. 5, 2014, ps. 897-918.
- Rose, Nikolas and Peter Miller, "Political power beyond the State: problematics of government", en *The British Journal of Sociology*, vol. 43, nº. 2, 1992, ps. 173-205.
- Rose, Nikolas, Pat O'Malley and Mariana Valverde, "Governmentality", en *Annual Review. Law and Social Science*, nº. 2, 2006, ps. 83-104.
- Rose, Nikolas, *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*,. Princeton University Press, 2009.
- Rosen, George, *A History of Public Health*. New York, The Johns Hopkins University Press. 1993.
- Rothenberg, Gunther, "The Austrian Sanitary Cordon and the Control of Bubonic Plague: 1710-1871", en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 28, nº. 1, 1973, ps. 15-23.
- Rothschild, Emma, "What is security?", en *Daedalus*, 1995, ps. 53-98.
- Rushton, J. Philippe and Anthony F. Bogaert. "Population differences in susceptibility to AIDS: An evolutionary analysis.", en *Social science & medicine*, vol. 28, nº. 12, 1989, ps. 1211-1220.

- Rushton, Simon, "AIDS and international security in the United Nations System.", en *Health policy and planning*, vol 25, n° 6, 2010. ps. 495-504.
- Rushton, Simon. "Global health security: security for whom? Security from what?", en *Political Studies*, vol. 59, n°. 4, 2011, ps. 779-796.
- Rushton, Simon and Jeremy Youde, "Introduction", en Simon Rushton and Jeremy Youde (eds), *Routledge handbook of global health security*, Routledge, 2014, ps. 1-3.
- Saar, Martin, "Genealogy and subjectivity", en *European Journal of Philosophy*, vol 10, n°. 2, 2002, ps. 231-245.
- Sachs, Jeffrey, *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre macroeconomía y salud*, World Health Organization, 2001.
- Said, Edward, *Orientalismo*, Random House Mondadori, Barcelona, 2003.
- Schepin, Oleg and Waldemar Yermakov, *International Quarantine*, International University Press, Madison, 1991.
- Schneider, Helen and Didier Fassin, "Denial and defiance: a socio-political analysis of AIDS in South Africa", en *Aids*, vol. 16, 2002, ps. 45-51.
- Schoepf, Rundfest, "AIDS, History, and Struggles over Meaning", en Ezekiel Kalipeni, et al (eds) *HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*, Oxford, Blackwell, 2004.
- Seckinelgin, Hakan, Joseph Bigirimwami and Jill Morris, "Securitization of HIV/AIDS in Context: Gendered Vulnerability in Burundi", en *Security Dialogue*, vol. 41, 2010. ps. 515-535.
- Seidel, Gill, "The competing discourses of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion", en *Social Science & Medicine*, vol. 36, n°. 3, 1993, ps. 175-194.
- Selby, Jan, "Engaging Foucault: Discourse, liberal governance and the limits of Foucauldian IR", en *International Relations*, vol. 21, n°. 3, 2007, ps. 324-345.

- Sen, Amartya, *Desarrollo y libertad*, Editorial Planeta, Buenos Aires, 2000
- Sendín, José Carlos y Rebeca Martín Nieto, “Medios de comunicación en el tratamiento internacional de la crisis del Ébola”, en Oscar Mateos y Jordi Tomas (eds) *Detrás del ébola Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2015, ps. 221-235.
- Shani, Giorgio, "De-colonizing Foucault", en *International Political Sociology*, vol. 4, nº. 2, 2010, ps. 210-212.
- Sharpless, John, "World population growth, family planning and American foreign Policy", en *Journal of Policy History*, vol. 7, nº. 1, 1995, ps. 72-102.
- Siddiqi, Javed. *World health and world politics: the World Health Organization and the UN system*, University of South Carolina Press, 1995.
- Sikkink, Kathryn, "Codes of conduct for transnational corporations: the case of the WHO/UNICEF code", en *International organization*, 1986, ps. 815-840.
- Sjöstedt, Roxanna, "Exploring the construction of threats: The securitization of HIV/AIDS in Russia", en *Security Dialogue*, vol. 39, nº. 1, 2008, ps. 7-29.
- Sjöstedt, Roxanna, “Health issues and securitization: HIV/AIDS as a US national security threat”, en Thierry Balzacq (ed) *Securitization theory. How security problems emerge and dissolve*, Taylor & Francis, Londres, 2011, ps. 164-183
- Smith Raymond and Patrica D Siplon, *Drugs into Bodies: Global AIDS Treatment Activism*. Greenwood Publishing Group, London, 2006.
- Smith Raymond and Patrica Siplon, *Drugs into Bodies: Global AIDS Treatment Activism*, Praeger, London, 2006.
- Smith, Steve, “The Increasing Insecurity of Security Studies: Conceptualizing Security in the Last Twenty Years”, en *Contemporary Security Policy*, vol. 20, nº. 3, 1999, ps. 72–101.
- Solís, Juan Casco, "Las topografías médicas: revisión y cronología", en *Asclepio*, vol. 53, nº. 1, 2001, ps. 213-244.

- Sparke, Matthew, "Unpacking economism and remapping the terrain of global health" en Kay, Adrian y Owain Williams (eds), *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy*, Palgrave Macmillan, 2009, ps. 131–159.
- Standing, Hilary, *El género y la reforma del sector salud*, Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center, 2000.
- Stapleton, Darwin H, "A lost chapter in the early history of DDT: The development of anti-typhus technologies by the rockefeller foundation's louse laboratory, 1942-1944", en *Technology and culture*, vol. 46, n°. 3, 2005, ps. 513-540.
- Stawicki, Stanislaw et al, "Reflections on the Ebola Public Health Emergency of International Concern, Part 1: Post-Ebola Syndrome: The Silent Outbreak", en *Journal of global infectious diseases* vol. 9, n°. 2, 2017, ps. 41-44.
- Stern, Alexandra, "Yellow fever crusade: US colonialism, tropical medicine, and the international politics of mosquito control, 1900–1920", en Alison Bashford, *Medicine at the Border*, Palgrave, London, 2007, ps. 1-59.
- Sternberg Steve, "Former diplomat Holbrooke takes on global AIDS", en *USA Today*, 10 de junio 2002.
- Stewart, Phil and Matt Siegel, "EEUU aísla a tropas, Australia prohíbe visa a países africanos azotados por ébola", *Reuters*, 28 de octubre de 2014, disponible en <https://lta.reuters.com/article/worldNews/idLTAKBN0IH1E220141028>
- Stillwaggon, Eileen, "Racial metaphors: interpreting sex and AIDS in Africa", en *Development and Change*, vol. 34, n°. 5, 2003, ps. 809-832.
- Stoler, Ann Laura, "*Race and the Education of Desire*", *Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things*, Duke University Press, 1995.
- Stritzel, Holger, "Towards a theory of securitization: Copenhagen and beyond", en *European Journal of International Relations*, vol. 13, n°. 3, 2007, ps. 357–383.
- Swanson, Maynard W, "The Sanitation Syndrome; Bubonic Plague and Native Urban Policy in the Cape Colony 1900-09", en William Beinart y Saul Dubow (eds) *Segregation and apartheid in twentieth-century South Africa*, Psychology Press, 1995, ps. 25-43.

- Sylvester, Christine. "Tensions in feminist security studies.", *Security Dialogue*, vol 41, n° 6, 2010, ps. 607-614.
- Sylvester, Christine, "War, sense, and security", *Gender and International Security*. Routledge, 2009, ps. 42-55.
- Symonds, Richard and Michael Carder, *United Nations and the population question, 1945-1970*, Chatto & Windus, Londres, 1973.
- Szreter, Simon, "The idea of demographic transition and the study of fertility change: a critical intellectual history", en *Population and development review*, vol. 19, n°. 4, 1993, ps. 659-701.
- Tarantola, Daniel. "A perspective on the history of health and human rights: from the Cold War to the Gold War", en *Journal of Public Health Policy*, vol. 29, n°. 1, 2008, ps. 42-53.
- Tejada de Rivero, David, "Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud", *La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, vol. 8, n°. 1, 2003.
- Thomas, Caroline, "On the health of International Relations and the international relations of health", en *Review of International Studies*, n°. 15, 1989, ps. 273-280.
- Tilley, Helen, *Africa as a living laboratory: Empire, development, and the problem of scientific knowledge, 1870-1950*, University of Chicago Press, 2011.
- Tomàs, Jordi,"Autoridades tradicionales, dinamismo cultural y ébola. Una reflexión", en Oscar Mateos y Jordi Tomas (coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015, ps. 61-75.
- Trombetta, Maria Julia, "Rethinking the securitization of the environment: old beliefs, new insights" en Thierry Balzacq (ed), *Understanding Securitisation Theory: How Security Problems Emerge and Dissolve*. Routledge, 2010, ps 149-163.
- Turshen, Meredith. *Privatizing health services in Africa*. Rutgers University Press, 1999.
- UNAIDS/WHO 2007, *AIDS epidemic update*, UNAIDS. November 2007.

- UNICEF, *La Iniciativa Bamako. Informe Provisional sobre la Marcha de los Trabajos*, UNICEF, New York, 1993.
- UNECA, «Socio-economic Impacts of Ebola on Africa», 2015, disponible en <http://www.uneca.org/sites/default/files/>
- Urey, Emmanuel, “¿La expansión del aceite de palma jugó un papel en la crisis del Ébola?”, en *Mongabay*, 2014.
- Utas, Mathias, “El Ébola y la gente que lo resiste”, en Oscar Mateos y Jordi Tomas (coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015, ps. 75-91.
- Van Luijk J, *Primary health care in developing countries*, Report of Section 5th International Conference Social Science and Medicine, Nairobi, 1977.
- Vaughan, Megan, *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press, 1991.
- Vázquez, Francisco, “Presentación: Foucaultistas y foucaultianos en la hondonada filosófica de la Transición”, en Valentín Galván, *De vagos y maleantes: Michel Foucault en España*, Virus Editorial, Barcelona, 2010, ps. 5-11.
- Vázquez García, Francisco, *La invención del racismo: Nacimiento de la biopolítica en España*, Akal, Madrid, 2011.
- Verdugo, Juan Carlos, “Los fracasos del neoliberalismo: la reforma del sector sanitario en Guatemala”, en Meredith Fort, Mary Ann Mercer y Oscar Gish (eds), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Barcelona, Paidós, 2006, ps. 123-142.
- Vieira, Marco Antonio, "The securitization of the HIV/AIDS epidemic as a norm: a contribution to constructivist scholarship on the emergence and diffusion of international norms", *Brazilian Political Science Review*, vol. 2, 2007.
- Vilar, Josep Luis Barona y Josep Bernabeu-Mestre, *La salud y el estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Universitat de València, Valencia, 2011.

- VITAE, “Doctor Gabaldon. El DDT y su éxito en Venezuela”, en *Academia Biomédica Digital*, n° 46, abril-junio 2011, disponible en <https://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=99&n=1924&m=2&e=1927>
- Vuori, Juha, “Religion Bites: Falungong, securitization/desecuritization in the People’s Republic of China” en Thierry Balzacq (ed), *Understanding Securitisation Theory: How Security Problems Emerge and Dissolve*, Routledge, 2010, ps. 200-225.
- Vuori, Juha, “Illocutionary logic and strands of securitization: Applying the theory of securitization to the study of non-democratic political orders”, en *European Journal of International Relations*, n°. 14, 2008, ps. 65–99.
- Wæver, Ole, "Security and Desecuritization", en Ronnie D. Lipschutz, *On Security* Columbia University Press, 1995, New York, ps. 46-87.
- Wæver, Ole, "The theory act: Responsibility and exactitude as seen from securitization", en *International Relations* n°. 29, 2015, ps. 121-127.
- Waitzkin, Howard, “Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique”, en *The Lancet*, vol. 361, 2003.
- Wald, Priscilla, *Contagious: Cultures, Carriers and the Outbreak Narrative*. Duke University Press, 2008.
- Walker, R. B. J, *Inside/Outside: International Relations as Political Theory*, Cambridge University Press. 1993.
- Wallace, Robert, Gilbert, M, Wallace, R, Pittiglio, C, Mattioli, R and Kock, R, “Did Ebola emerge in West Africa by a policy-driven phase change in agroecology? Ebola’s social context”, *Environment and Planning A*, vol. 46, n°. 11, 2014, ps. 2533-2542.
- Walsh, Julia and Kenneth S. Warren, “Selective and Primary Health Care, an Iterim Strategy for Disease Control in Developing Countries”, *New England Journal of Medicine* vol. 301, n°. 2, 1979, ps. 967-974.
- Walt, Gill, "WHO under stress: implications for health policy", *Health Policy*, vol. 24, n° 2, 1993, ps. 125-144.

- Walt, Gill. *Health policy: an introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1994.
- Walters, William, *Governmentality. Critical Encounters*, Routledge, Abingdon-New York, 2012.
- Wang, C. Jason, Chun Y. Ng, and Robert H. Brook. "Response to COVID-19 in Taiwan: big data analytics, new technology, and proactive testing", en *JAMA*, vol. 323, n° 14, 2020, ps. 1341-1342.
- Webb, James, "The First Large-Scale Use of Synthetic Insecticide for Malaria Control in Tropical Africa: Lessons From Liberia, 1945–1962", en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 66, n° 3, 2001, ps. 347–76.
- Weindling, Paul, "Social Medicine at the League of Nations Health Organization and the International Labour Office Compared", en Paul Weindling (ed), *International health organizations and movements 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995, ps. 134-153.
- Weindling, Paul, "Introduction: constructing international health between the wars", en Paul Weindling (ed), *International healths organisations and movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995.
- Weir, Lorna, "Inventing Global Health Security, 1994–2005" en Simon Rushton y Jeremy Youde (eds), *Routledge handbook of global health security*. Routledge, 2014, ps. 1994–2005.
- Weir, Lorna and Eric Mykhalovskiy. *Global public health vigilance: creating a world on alert*. Routledge, 2010.
- Weiyuan, Cui, "China's village doctors take great strides", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, n° 12, ps. 914-915.
- Wellcome Trust. *Ebola Treatment Trials to be Fast-tracked in West Africa*. September 23, n° 2
- Wendt, Alexander, "Anarchy is what states make of it: the social construction of power politics", en *International organization* n° 46, 1992, ps. 391-425.

- Werner David and David Sanders, *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival*, Healthwrights, Palo Alto C.A, 1997.
- Werner, David. *Donde no hay doctor*. Hesperian Foundation, 2010.
- Wesswling, Henry L, *Divide y vencerás. El reparto de África (1880-1914)*, Península, Barcelona, 1999.
- Westad, Odd Arne, *The Global Cold War: Third World Interventions and the Making of Our Times*, Cambridge University Press, New York, 2005.
- White House. "Progress in our Ebola Response at Home and Abroad." Fact Sheet. Washington, DC, February 11, 2015.
- White, Luise, "The needle and the state: immunization and inoculation in Africa. Or, the practice of un-national sovereignty", en *Conference: Locating the field: the ethnography of biomedical research in Africa*, Kilifi, Kenya. 2005.
- Whiteside, Alan, "Poverty and HIV/AIDS in Africa.", en *Third world quarterly*, vol. 23, nº. 2, 2002, ps. 313-332.
- Whitman, Jim, "The politics of emerging and resurgent infectious diseases", *Springer*, 2000.
- Williams, Michael C, "Words, images, enemies: securitization and international politics", en *International studies quarterly*, nº. 47, 2003, ps. 511–531.
- Williams, Michael C, "Securitization and the liberalism of fear", en *Security Dialogue*, vol. 42, nº. 4-5, 2011, ps. 425- 453.
- Williams, Nick and Columba Peoples, *Critical security studies: An introduction*. Routledge, 2014.
- Willkinson, Claire, "The Copenhagen School on Tour in Kyrgyzstan: Is Securitization Theory Useable Outside Europe?", en *Security Dialogue* nº. 38, 2007, ps. 5–25.
- Wolfe, Lauren, "Why are so many women dying from Ebola", en *Foreign Policy*, vol. 20, 2014.

- Wolfensoh, James, "Speech delivered to the UN Security Council", en *New York*, 10 de enero, 2000.
- Wolfers, Arnold, "National Security as an Ambiguous Symbol", en *Political Science Quarterly*, vol. 67, n°. 4, 1952, ps. 481–502.
- Worboys, Michael, "Masson, Ross and Colonial Medical Policy", en Roy M MacLeod, y James Lewis Milton (eds), *Disease, medicine, and empire: Perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*, Taylor & Francis, 1988.
- Worboys, Michael, "The discovery of colonial malnutrition between the wars" en David Arnold, *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, Manchester, 1988.
- Worboys, Michael, "Germs, malaria and the invention of Mansonian tropical medicine: from "diseases in the tropical to tropical diseases", en *Warm Climates and Western: The emergence of Tropical Medicine 1500-1900*, *Clio Medica* 35, Amsterdam, 1996.
- Worland, Justin, "Why one airline flies to West Africa despite Ebola", *Time*, 10 de octubre, 2014, disponible en, <https://time.com/3490961/brussels-airlines-ebola/>
- Wu, Zunyou and Jennifer M. McGoogan, "Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention" en *JAMA*, vol. 323, n°. 13, 2020, ps. 1239-1242.
- Yach, Derek and Douglas Bettcher, "The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism", en *American journal of public health*, vol. 88, n°. 5, 1998, ps. 738-744.
- Youde, Jeremy, *AIDS, South Africa, and the politics of knowledge*, Routledge, 2007.
- Youde, Jeremy, "China's health diplomacy in Africa", en *China: An International Journal*, 2010, vol. 8, n°. 1, ps. 151-163.
- Youde, Jeremy, "Who's Afraid of a Chicken? Securitization and Avian Flu", en *Democracy and Security*, vol. 4, n°. 2, 2008, ps. 148-169.

Young, T. Kue, "Socialist development and primary health care: the case of Tanzania", en *Human organization*, 1986, vol. 45, n°. 2, ps. 128-134.

Yu, George T, 'Sino-African Relations: a Survey', en *Asian Survey*, vol.5, n°. 7, 1965, ps. 321-332

Yu, George T, 'Dragon in the Bush: Peking's Presence in Africa', en *Asian Survey*, vol. 8, n°.12, 1968.

Zylberman, Patrick, "Civilizing the state: Borders, weak states and international health in modern Europe" en Bahsford, Alison *Medicine at the Border*, Palgrave London, 2006, ps. 21-40.