
INTRODUCCIÓN

La extensión global de la COVID-19 demuestra el fallo o la superación del dispositivo de seguridad sanitaria global. Muchos trabajos han analizado críticamente la respuesta dada por la Organización Mundial de la Salud, 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 *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 distintos estados europeos (Legido-Quigley *et al.*, 2020; Wu y McGoogan, 2020; Nacoti *et al.*, 2020; Wang, Chun y Brook, 2020), y por último, los riesgos que la epidemia de COVID-19 presenta al continente africano (Martínez-Álvarez, 2020; Kapata *et al.*, 2020; El-Sadr y Justman, 2020). A través de estas investigaciones se puede trazar un relato crítico de la respuesta global a la epidemia de COVID-19.

Este artículo continúa este interés por explicar cómo la naturaleza del impacto causado por la 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 COVID-19 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 de la COVID-19 deja abiertos en el desarrollo de las relaciones internacionales.

1. EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD SANITARIO GLOBAL

Uno de los primeros ámbitos afectados por la epidemia de COVID-19 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 del impacto global

¹ Cita recomendada: de la Flor, José Luis (2020). *África, COVID-19 y orden sanitario internacional*. Documento de trabajo editado por el Grupo de Estudios Africanos (GEA-UAM).

² Licenciado en Farmacia e investigador de salud global y seguridad sanitaria en la UAM.

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, 2010a).

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, tuvo 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 EE.UU. 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 y Oaks, 1992). Así, a comienzos de la posguerra 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 EE.UU. (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 y 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, en la que se 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 EE.UU., 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 debido a la centralidad lograda por el Banco Mundial en las políticas de desarrollo de la salud, y las críticas a su propio funcionamiento interno (Brown, Cueto y 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 y 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 (24º EVE; 2014-2016) 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 nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI), aprobado 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 aviares y la 24º EVE confirmaron estas críticas al dirigir recursos excepcionales, financieros y legales, al impulso de la investigación farmacéutica para lograr la síntesis de fármacos capaces de responder a esas epidemias (Elbe, Roemer-Mahler y 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 virus de la COVID-19

demuestra la superación del funcionamiento del dispositivo de seguridad sanitaria global y cuestiona claramente el objetivo y la práctica que perseguía.

2. LAS TRES AMENAZAS DE LA EPIDEMIA DE COVID-19

El dispositivo de seguridad sanitario global no ha impedido que la epidemia de COVID-19 haya alcanzado 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 otras 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 COVID-19 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 en sectores productivos y de servicios. La tercera y última es la *amenaza social*, que la epidemia del COVID-19 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 COVID-19.

2.1 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 de este proceso fue la violencia europea, ejercida a través de la trata esclavista y el descubrimiento del continente americano, 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 Ladurie, 1989; 30). En un segundo periodo, la explotación de los recursos naturales de los territorios coloniales y poscoloniales africanos, característico de una economía extractiva o depredadora, produjeron un conjunto de desequilibrios ecológicos que condicionaron la reemergencia 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.*, 2007).

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 el 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 y partes de Angola a mediados del siglo XVII, y las costas de Senegal y Guinea a mediados del siglo XVIII (Iliffe, 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 (Iliffe, 1998; 13-14). Sin embargo, fue la trata esclavista la principal fuerza histórica que introdujo el continente en el proceso de uniformidad global 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 mientras que la fiebre amarilla y la malaria falciparum viajaron a América (Iliffe, 1998; 13-14).

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 permite la reaparición de enfermedades, sino que la pérdida de biodiversidad está desplazando las fronteras naturales, permitiendo así que aparezcan nuevas zoonosis (Chivian y Bernstein, 2008). De hecho, los expertos han denunciado el papel central que el impacto medioambiental tiene 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 SRAS o la enfermedad por el virus del Zika. Sus informes ya señalaban que las alteraciones en el medio propiciaban que enfermedades propias del 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 así como las condiciones de la ganadería intensiva y los establos industriales (Bingham y Hinchliffe, 2008). Más adelante, los estudios epidemiológicos identificaron el origen de la 24^o EVE con el desequilibrio entre los murciélagos furgívoros transmisores del virus y la producción de aceite de palma donde vivían estos animales (Wallace *et al.*, 2014). Pero la extensión de este modelo de 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 e incertezas, ha relacionado el COVID-19 con el tráfico ilegal de animales (el pangolín).

Además, frente a una supuesta desmaterialización de la economía financiera, las redes globales atraviesan Wuhan y la conectan con otras ciudades del interior de China como Guangzhou y Shanghai, así como también las redes mundiales de finanzas, comercio, turismo y cadenas de suministro la vinculan con las inversiones chinas en la infraestructura de Qom (Irán), y su industria de piezas de automóviles con las fábricas de Alemania, Serbia y Corea del Sur (Liu, 2020). Las redes de transporte dejan de ser consideradas 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.

2.2 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 COVID-19 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 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. En aquel 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 Media 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 aquellos 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 EE.UU. 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 siglo 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 poscoloniales 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 poscoloniales africanas hicieran de ellas herramientas para la construcción de su soberanía. Así, 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 poscolonial, una vía práctica para la construcción y reivindicación de la autoridad estatal sobre el territorio (White, 2005).

La construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica global a comienzos de la posguerra 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 reemergencia de las enfermedades infecciosas y la falta de cooperación de los estados poscoloniales, 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 poscoloniales, 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 de macrodatos, 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 o las ONG (Elbe, 2010b). 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 críticas por los problemas de gobernanza sanitaria que creaba y el desplazamiento de otras estrategias de vigilancia epidemiológica más relacionadas con la Atención Primaria en Salud (APS) y las necesidades sanitarias diarias de su población, como atender al sarampión o la meningitis, por ejemplo (Ijamakinwa y Stephenson, 2012). En este contexto, la crisis del COVID-19 ha mostrado que los estados asiáticos han sido los que mejor han aprendido las lecciones de 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, si no que recupera por otros medios el lema de “ganar mentes y corazones” con el que históricamente EE.UU. ha vinculado su ayuda sanitaria (McInnes y 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.

2.3 EL MERCADO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La epidemia de COVID-19 ha supuesto una clara amenaza existencial para ciertos perfiles demográficos y epidemiológicos e indirectamente, las medidas tomadas para mitigarla y contenerla han aumentado la vulnerabilidad económica de grupos sociales ya precarizados. Sin embargo, la epidemia también ha aflorado/propiciado 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 COVID-19. 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 reformas sociales que englobaban tanto la mejora de las condiciones del medio, del lugar de trabajo o residencia de la población, como la creación de sistemas de seguridad social y sanitaria o el impulso a la evolución del 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 el 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, 2006; 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 los efectos del capitalismo. Sin embargo, el modelo de derecho a la salud finalmente 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 (APS). 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 estrategias nacionales para construir un sistema de salud que concediera 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, o 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 poscoloniales, especialmente los africanos, caracterizado por el envío de los equipos médicos, 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 a la atención sanitaria mediante la evolución de la APS a una

APS-S (Atención Primaria en Salud Selectiva). Esto terminó centrando todavía más la intervención médica sobre ciertos perfiles epidemiológicos, en paralelo al desmantelamiento de los sistemas nacionales de salud –planificados en base a la APS– con la implementación de los Planes de Ajuste Estructural (PAE) de las economías (Thursen, 1999). La "eficacia" –según parámetros neoliberales– de la gestión de los servicios de salud pasó así a convertirse en una de las principales vías de condicionalidad del estado poscolonial africano. Ya entrada la primera década del siglo XXI esta condicionalidad evolucionó a una agenda de buen gobierno en la que tuvo una gran influencia la lucha global contra el VIH/SIDA, que desarrolló un modelo de atención vertical en competencia por los recursos dirigidos al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud (Ingram, 2013).

Durante las epidemias de las dos últimas décadas, 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 o 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 COVID-19 está favoreciendo que este mercado sanitario se refuerce al impulsar una carrera comercial por el descubrimiento de la vacuna, y una competencia por el acceso a productos médicos como mascarillas, los EPI, respiradores, test o guantes. El acceso a los bienes que garantizan la defensa frente a una amenaza sanitaria está por tanto regulado por criterios de mercado, lo que profundiza en las desigualdades sanitarias globales. La epidemia de COVID-19 ha sumado a los problemas relacionados con el acceso al mercado sanitario la preparación y garantías que requiere comprar en él.

CONCLUSIÓN

La principal lección que ofrece la crisis de la COVID-19, 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 de la COVID-19 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 ambiente, 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* históricamente 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, al menos, con un horizonte abierto a tres inseguridades; 1) la posibilidad de extensión global de más zoonosis si no se revierten las condiciones del impacto medio ambiental; 2) una 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; y 3) el fortalecimiento del mercado como marco regulador para el acceso a los bienes de la atención y la seguridad sanitaria.

2. 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 lo largo de la evolución de las relaciones internacionales nos permite tener un mapa, aún en ciernes e incompleto, 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 de la 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 en el que ganen terreno los enfoques comunitarios de la salud, frente a la respuesta individualizada y hospitalocéntrica (Nacoti *et al.*, 2020; De Ceukelaire y 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 un acceso real al mercado de salud (recogidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible).

3. 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 de la COVID-19 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 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 (*riders*, servicios y cuidados). La multiplicación de estas desigualdades internas crea nuevos espacios de encuentro y diálogo con las desigualdades previas que el funcionamiento de la seguridad sanitaria global creaba en las sociedades africanas.

BIBLIOGRAFÍA

- ALDIS, William (2008). "Health security as a public health concept: a critical analysis". *Health Policy and Planning*, 23.6: 369-375. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn030>
- AMRITH, Sunil (2006). *Decolonizing international health: India and Southeast Asia, 1930-65*, New York: Palgrave Macmillan.
- BASHFORD, Alison (2006). "Global biopolitics and the history of world health". *History of the Human Sciences*, vol 19, nº 1, pp. 67-88. DOI: <https://doi.org/10.1177/0952695106062148>
- BINGHAM, Nick y HINCHLIFFE, Stephen (2008). "Mapping the multiplicities of biosecurity". En: Lakoff, Andrew and Stephen J. Collier (eds.). *Biosecurity Interventions*. New York: Columbia University Press, pp. 173-193.
- BOKO, Michael *et al.* (2007). *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*. Recuperado de: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/03/ar4_wg2_full_report.pdf (24/06/2020).
- BROWN, Theodore M., CUETO, Marcos y FEE, Elizabeth (2006). "The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health". *American journal of public health*, 96.1, pp. 62-72. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>
- CHIVIAN, Eric y BERNSTEIN, Aaron (eds.) (2008). *Sustaining life: how human health depends on biodiversity*. Oxford University Press.
- CLARK, Andrew F (1995). "Environmental decline and ecological response in the upper Senegal valley, West Africa, from the late nineteenth century to World War I". *The journal of African history*, 36.2, pp. 197-218. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0021853700034113>
- CROSBY, Alfred (1988). *Imperialismo ecológico*. Barcelona: Crítica, Grupo Editorial Grijalbo.
- CUETO, Marcos (2004). "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care". *American Journal of Public Health*, pp. 1864-1874. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864>
- CUETO, Marcos (2006). *The value of health: a history of the Pan American Health Organization*. PAHO. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51500/9275116008_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (24/06/2020).
- DE CEUKELAIRE, Wim y BODINI, Chiara (2020). "We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic". *International Journal of Health Services*. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731420916725>
- DJUKANOVIC, V. y MARCH, E.P. (1976). *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*. Ginebra: Organización Mundial de Salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40099/9243560484.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (24/06/2020).
- EL-SADR, Wafaa M. y JUSTMAN, Jessica (2020). "Africa in the Path of Covid-19". *New England Journal of Medicine*. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008193>
- ELBE, Stefan (2010a). *Security and global health*. Inglaterra: Polity Books.
- ELBE, Stefan (2010b). "Catching the Flu: Early Warning Systems for Detecting Pandemic Outbreaks". En el panel: *The contemporary transformation of security practices (I): Spaces of (in) security at the 7th SGIR Pan-European International Relations Conference*, Stockholm.
- ELBE, Stefan, ROEMER-MAHLER, Anne y LONG, Christopher (2015). "Medical countermeasures for national security: A new government role in the pharmaceuticalization of society". *Social science & medicine*, 131, pp. 263-271. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.035>
- EVANS, Richard J (1987). *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910*. Oxford: Clarendon Press.

- FARLEY, John (2004). *To cast out disease: a history of the International Health Division of Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford University Press.
- FERNÁNDEZ DURÁN, Ramón (2011). *El Antropoceno: la expansión del capitalismo global choca contra la biosfera*. Barcelona: Editorial Virus.
- FIDLER, David. (2004). *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. New York: Palgrave Macmillan.
- HAN, Byung-Chul (22 de marzo de 2020). *La emergencia viral y el mundo de mañana*. El País. Recuperado de: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>.
- HARRISON, Mark (2006). "Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century". *Journal of Global History*, vol 1, nº 2, pp. 197-217. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1740022806000131>
- HEADRICK, Daniel R. (2014). "Sleeping sickness epidemics and colonial responses in East and Central Africa, 1900–1940". *PLoS neglected tropical diseases*, 8.4. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002772>
- HUBER, Valeska (2006). "The unification of the globe by disease? The international sanitary conferences on cholera, 1851–1894". *The Historical Journal*, vol. 49, nº 2, pp. 453-476. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0018246X06005280>
- IJAMAKINWA, Oluyemisi y STEPHENSON, Niamh (2012). "Pandemic influenza preparedness: Africa at the crossroads". *Journal of Public Health in Africa*, vol. 3, pp: 116-120. DOI: <https://doi.org/10.4081/jphia.2012.e28>
- ILIFFE, John (1998). *África, Historia de un Continente*. Cambridge: Cambridge University Press.
- INGRAM, Alan (2013). "After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity". *Antipode*, vol. 45, nº 2, pp. 436-454. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.2012.01008.x>
- KAPATA, Nathan, *et al.* (2020). "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". *International Journal of Infectious Diseases*, 93, pp. 233-236. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ijid.2020.02.049>
- LANCET, The (2020). "COVID-19: too little, too late?". *Lancet*, 395 (10226), p. 755. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30522-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30522-5)
- LE ROY LADURIE, Emmanuel (1989). "Un concepto: la unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII)". *Historias*, vol. 21, pp. 33-70.
- LEDERBERG, Joshua, SHOPE, Robert E y OAKS, Stanley C Jr (eds.) (1992). *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*. Washington, DC: National Academy Press.
- LEGIDO-QUIGLEY, Helena *et al.* (2020). "Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?". *The Lancet*, 395 (10227), pp. 848-850. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30551-1)

- LI, Anshan (2011). "Chinese Medical Cooperation in Africa. With special emphasis on the medical teams and anti-Malaria Campaign". *Afrikan Nordiska Institute*. Discussion Paper 52.
- LIU, Andrew (16 de abril de 2020). *El pangolín, la cultura china y la globalización capitalista*. En: eldiario.es. Recuperado de: http://www.eldiario.es/theguardian/Culpar-China-coronavirus-facil-error_0_1016298730.html
- MARTÍNEZ-ÁLVAREZ, Melisa, *et al.* (2020). "COVID-19 pandemic in west Africa". *The Lancet Global Health*, 8.5: e631-e632. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30123-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30123-6)
- McINNIS, Colin y RUSHTON, Simon (2012). "Smart power? Health interventions for strategic effect in Iraq and Afghanistan". *International Political Sociology*, 6.3, pp. 328-331. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1749-5687.2012.00166_6.x
- MORSE, Stephen S. (1991). "Emerging Viruses: Defining the Rules for Viral Traffic". *Perspectives in Biology and Medicine*, 34/3 (Spring), pp. 387-409. DOI: 10.1353/pbm.1991.0038
- MORSE, Stephen S. (2001). "Factors in the emergence of infectious diseases". En: Price-Smith, Andrew T. (ed.), *Plagues and politics*. Londres: Palgrave Macmillan.
- NACOTI, Mirco, *et al.* (2020). "At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation". *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1.2. DOI: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
- OMS (2007). *Un porvenir más seguro. Protección a la salud pública mundial en el siglo XXI*. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Ginebra: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1
- PACKARD, Randall (1989). "Industrial Production Health and Disease in Sub-Saharan Africa", *Social Science & Medicine*, (28), pp. 475-496. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90102-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90102-0)
- PORTER, Dorothy (2005). *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Londres y New York: Routledge.
- SOHRABI, Catrin, *et al.* (2020). "World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)". *International Journal of Surgery*, pp. 71-76. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ijso.2020.02.034>
- TURSHEN, Meredith (1999). *Privatizing health services in Africa*. Rutgers University Press.
- VAUGHAN, Megan (1991). *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Stanford University Press.
- WALLACE, R. G., *et al.* (2014). "Did Ebola emerge in West Africa by a policy-driven phase change in agroecology? Ebola's social context". *Environment and Planning A*, 46, 11, pp. 2533-2542. DOI: <https://doi.org/10.1068%2Fa4712com>

- WANG, C. Jason, CHUN, Y. Ng y BROOK, Robert H. (2020). "Response to COVID-19 in Taiwan: big data analytics, new technology, and proactive testing". *Jama*, 323(14), pp. 1341-1342. DOI: 10.1001/jama.2020.3151.
- WEINDLING, Paul (1995). "Introduction: constructing international health between the wars". En: Weindling, P. (ed.) *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge University Press.
- WEIR, Lorna (2014). "Inventing global health security, 1994–2005". En: Rushton, S. y Youde J. (eds.), *Routledge handbook of global health security*. Routledge.
- WEIR, Lorna y MYKHALOVSKIY, Eric (2010). *Global public health vigilance: creating a world on alert*. New York: Routledge.
- WHITE, Luise (2005). "The needle and the state: immunization and inoculation in Africa. Or, the practice of un-national sovereignty". Conference: Locating the field: the ethnography of biomedical research in Africa, Kilifi, Kenya.
- WU, Zunyou y McGOOGAN, Jennifer M. (2020). "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". *Jama*, 323(13), pp. 1239-1242. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>