



LA SEGURIDAD SANITARIA GLOBAL A DEBATE: LECCIONES CRÍTICAS APRENDIDAS DE LA 24.º EVE

Discussing global health security. Critical lessons from the 24th Ebola Virus Epidemic

José Luis de la Flor

Licenciado en Farmacia y doctorando en Relaciones Internacionales y Estudios Africanos

E-mail: jldelaflogomez@gmail.com



Autor

Este artículo propone una reflexión crítica de la respuesta política internacional dada a la 24.º epidemia vírica de ébola que se extendió por los Estados de Guinea Conakry, Sierra Leona y Liberia (2014-2016). Para ello ordenamos el artículo en tres apartados. En el primero, localizamos la respuesta internacional a esta epidemia como un paso más de la historia de la medicalización de las relaciones internacionales. En el segundo, usamos los estudios críticos de seguridad sanitaria para cuestionar cómo las políticas de seguridad sanitaria que se desplegaron internacionalmente durante la epidemia defendieron los intereses de los Estados occidentales por encima de las necesidades de las sociedades africanas. En el tercero, acudimos a una visión multidisciplinar para reforzar las críticas anteriores y abrir vías de reflexión para superar el sesgo eurocéntrico del concepto de seguridad sanitaria global.



Resumen

This article proposes a critical reflection on the international political response given to the 24th Ebola epidemic that spread through the states of Guinea Conakry, Sierra Leone and Liberia (2014-2016). We organize the article in three sections. Firstly, we locate this international response into the international medicalization history. Secondly, we use critical security studies to understand how the global health security policies deployed during the epidemic defended the interests of Western states over the needs of African societies. Thirdly, we propose a multidisciplinary vision to answer the previous criticism and to open new ways to overcome the Eurocentric global health security paradigm.



Abstract

Ébola; África; seguridad sanitaria.
Ebola; Africa; health security.



Key words

Recibido: 01-06-2018. Aceptado: 17-11-2018.



Fechas

1. La medicalización de las relaciones internacionales

Es necesario que comencemos explicando someramente cómo la respuesta internacional a la 24.ª epidemia vírica de ébola se localiza dentro de un proceso histórico más amplio que denominamos la medicalización de las relaciones internacionales. El inicio de este proceso histórico lo encontramos a mediados del siglo XIX caracterizado por la aparición de una autoridad médica internacional vinculada a la producción y universalización de un conocimiento médico y la expansión de unas políticas sanitarias internacionales (Arnold, 1988). A lo largo de la historia, el continente africano, sus territorios y sociedades han funcionado como laboratorios naturales dedicados al desarrollo de un conocimiento médico (Tilley, 2011). Estas investigaciones permitieron desarrollar diferentes políticas internacionales de salud que han participado en la construcción de los Estados africanos y en la administración de la salud de sus poblaciones. Este doble juego hizo históricamente de África un continente fuertemente medicalizado por las autoridades sanitarias internacionales. Sin embargo, debemos aclarar que a lo largo de la historia, además de producir sus propios conocimientos y terapias médicas, las sociedades y los Estados africanos han debatido, admitido e incorporado de diferente forma estos conocimientos y políticas médicas internacionales.

Por ejemplo, durante el colonialismo, los estudios de la malaria y la tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño) fueron decisivos en el desarrollo de la medicina tropical. Sin embargo, las autoridades europeas instrumentalizaron el conocimiento médico para producir un orden colonial racista donde la cultura africana fue culpabilizada de la mala salud de su población, el cuerpo africano fue considerado un reservorio natural de bacterias y parásitos y las escasas intervenciones médicas en minas y plantaciones buscaron aumentar la fuerza productiva del “trabajador tropical” mientras mantenían unas condiciones laborales de explotación y hacinamiento (Packard, 1993). En ese mismo periodo, otra serie de actuaciones médicas trataron de producir un tipo de sujeto colonial medicalizando aspectos como la conducta sexual, la psique o el cuidado materno-infantil (Vaughan, 1991). En todo caso, es importante aclarar que las políticas médicas que las potencias coloniales desarrollaron en África fueron diferentes entre sí, como demuestran las diversas estrategias aplicadas por los europeos para luchar contra la tripanosomiasis o enfermedad del sueño (Headrick, 2014).

Posteriormente, los conocimientos y las políticas médicas se transforman en importantes espacios para cuestionar el Gobierno colonial y la autoridad de las metrópolis. Para Frederick Cooper (2002), la exigencia de la población nativa de derechos en las áreas laborales, educativas y sanitarias fue contestado por las potencias coloniales, sobre todo la francesa, a través de la extensión de ciertas garantías sociales que trataron de legitimar la pervivencia de su Imperio. Sin embargo, se conoce menos cómo las sociedades y los Estados africanos usaron las tecnologías médicas internacionales como herramientas para la construcción *de facto* de un principio de soberanía sobre su territorio y su población. Por ejemplo, al observar el desarrollo desde finales de la década de 1960 del Programa Intensivo de Erradicación de la Viruela advertimos cómo los actores africanos, junto a otros cuerpos internacionales, llevaron a cabo una serie de intervenciones médicas sobre la población que contribuyeron decisivamente a lograr la erradicación definitiva de la enfermedad en el continente y a legitimar la nueva autoridad estatal sobre el territorio. Estas actuaciones estuvieron centradas en: la inoculación de la vacuna de la viruela, la vigilancia de la aparición de nuevos casos, el control de la población enferma, la elaboración de censos sanitarios o la expedición de certificados nacionales de vacunación (White, 2005). Pero el caso que mejor demuestra la influencia histórica que han tenido los Estados y las sociedades africanas en las políticas inter-

Durante el colonialismo, las autoridades europeas instrumentalizaron el conocimiento médico para producir un orden colonial racista

nacionales de salud ha sido su participación a lo largo de la década de 1970 en el movimiento internacional a favor de la Atención Primaria en Salud (APS) (Lee, 1997). Los expertos sanitarios internacionales se interesaron por las experiencias africanas de salud comunitaria donde destacó el programa nacional de salud de la Tanzania socialista de Julius Nyerere y, en menor medida, las experiencias que comenzaron a desarrollar otros Estados africanos durante sus primeros años de independencia (Gish, 1975). Los ejemplos africanos mostraban cómo Estados con muy pocos recursos podían poner en funcionamiento planes nacionales de salud centrados en las necesidades de su comunidad a través de actuaciones como la formación de trabajadores sanitarios, la construcción de centros de salud rurales, la movilización de la población para identificar y responder a sus propias necesidades sanitarias, y la importancia de actuaciones centradas en la educación y la prevención más que en la intervención tecnológica (Djukanovic y March, 1976).

La nueva autoridad sanitaria internacional que emergió con la llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a la administración de los sistemas de salud cuestionaron los programas nacionales basados en la APS e incorporaron el lenguaje de mercado a la financiación y provisión de los servicios de salud (Turshen, 1999). La agenda sanitaria neoliberal presentada en el Informe del Banco Mundial de *Invertir en Salud* (1994) limitaba el acceso de la población a la prestación de servicios sanitarios, reducía la interpretación de la participación comunitaria y limitaba las capacidades del Estado para regular el sector salud. En todo caso, desde finales de la década de 1980 e inicios de la de 1990 las continuas reformulaciones y revisiones críticas de las políticas de salud global han dado una atención central y prioritaria a la salud de las sociedades africanas. Durante este periodo, los actores de salud global han desarrollado dos tipos de debates en torno a la mejora de la salud de la población africana. El primer debate surge a inicios del siglo XXI y enfrentó las agendas de nuevos actores de la salud global como las fundaciones sanitarias internacionales, fondos e iniciativas globales con las de otros actores más tradicionales como las agencias nacionales de desarrollo y organizaciones no gubernamentales. Los nuevos actores de la salud global dirigían sus recursos a luchar contra enfermedades específicas (VIH/SIDA, malaria y tuberculosis) algo que cuestionaban los actores más tradicionales, quienes priorizaban una actuación centrada en fortalecer los sistemas nacionales de salud (Oliveira-Cruz, Kurowski, y Mills, 2003). El segundo debate aparece a lo largo de la segunda década del siglo XXI como una evolución del anterior donde se propone discutir en torno a la planificación pública o privada de los sistemas de salud (Kutzin, 2013).

Desde este panorama, a fuerzas resumido y asumiendo los silencios que su escritura inevitablemente conlleva, presentamos la emergencia de la seguridad sanitaria global como el producto de un proceso de medicalización internacional donde África continúa jugando un papel específico y central. De tal forma que, en torno al concepto de la seguridad sanitaria global, se reúne un conjunto de conocimientos y prácticas que son tanto el presente de la historia de la medicalización de las relaciones internacionales como un nuevo campo de batalla entre África y una autoridad médica global.

El proceso de medicalización de las relaciones internacionales continúa desarrollándose por diferentes vías

2. Seguridad sanitaria global. Estructura internacional y geopolítica

Actualmente el proceso de medicalización de las relaciones internacionales continúa desarrollándose por diferentes vías como son la diplomacia sanitaria, la cooperación médica y las intervenciones humanitarias y militares (Davies, Elbe, Howell, y McInnes 2014). Una de estas

vías ha sido la de la medicalización de la seguridad que considera como amenazas internacionales la circulación de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) o el ébola. El punto de arranque de esta interpretación lo encontramos en 1989, cuando el virólogo estadounidense, Stephen Morse presentó el término de enfermedad infecciosa emergente (*Emerging Infectious Diseases* o EID). Durante la década de 1990 los expertos en salud y seguridad de los Estados Unidos interesados por este concepto, comienzan a medir la amenaza internacional que suponía la emergencia de nuevos virus desconocidos hasta entonces. Al final de la Guerra Fría, la principal autoridad que respaldó y reclamó considerar que las enfermedades emergentes constituían una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el Center for Disease Control (CDC) argumentando que podían afectar negativamente tanto a sus intereses comerciales internacionales como a la salud pública de sus ciudadanos. La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de su securitización, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional de los EE. UU. (King, 2002).

Durante estos primeros años se fueron publicando una serie de trabajos que profundizaban en las causas estructurales y ecológicas que condicionaban la aparición de estas nuevas enfermedades. Sin embargo, las agencias de seguridad y los centros de investigación de EE. UU. no dirigieron sus esfuerzos a transformar estas condiciones sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológico global que pudiera responder a las amenazas a su seguridad. Para ello jugaron también un importante papel los medios de comunicación, al difundir información relativa a la amenaza que suponían estas nuevas circulaciones infecciosas, lo que contribuyó a aumentar el temor, la ansiedad y las demandas de protección entre la población (Wald, 2007). Los expertos estadounidenses en colaboración con sus colegas canadienses influyeron en que la OMS iniciara una profunda revisión del sistema de vigilancia epidemiológico internacional, en vigor desde mediados del siglo XX (Weir, 2014). Los expertos de la OMS temieron que una respuesta tibia a las demandas de EE. UU. y Canadá supusiera que sendos países comenzaran a trabajar unilateralmente en un sistema de vigilancia epidemiológico global. Si esto sucedía, las competencias de la OMS en esta materia serían relegadas a un segundo plano. En cambio, si las demandas de estos Estados eran adecuadamente atendidas, la organización internacional podía reforzar su autoridad y compensar así su desgaste durante las dos últimas décadas (Davies, 2008). Para adecuar el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Internacional a las exigencias del momento, los expertos de la OMS revisaron la última Regulación Sanitaria Internacional que estaba vigente desde mediados de 1950 y diseñaron una nueva estrategia de identificación, alerta y respuesta a los brotes epidémicos (Fidler, 2005). Así, entre 1995 y 2005 se crearon las dos principales estrategias que componen el actual Sistema de Vigilancia Epidemiológico Global que son el sistema GOARN (Global Outbreak Alarm Response Network) y las preparaciones pandémicas. Unos años después, el Informe de Salud Mundial de la OMS de 2007 definía el concepto de seguridad sanitaria global 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).

Las influencias de Estados Unidos fueron denunciadas por diversos actores internacionales quienes convirtieron el concepto de seguridad sanitaria global en un espacio de pugna y cuestionamiento de la autoridad sanitaria internacional. Por ejemplo, Brasil denunció que el concepto respondía más a las necesidades de los Estados occidentales y los intereses de las

Entre 1995 y 2005 se crearon las dos principales estrategias que componen el actual Sistema de Vigilancia Epidemiológico Global

farmacéuticas (Aldis, 2008). También, el mundo académico criticó las bases tradicionales sobre las que se había construido el concepto de seguridad sanitaria global porque obligaba a los Estados del sur a tomar una serie de medidas que respondían más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales que a las necesidades reales de sus sociedades (Rusthon, 2010). Estas críticas se acentuaron al final de la primera década del siglo XXI después de que los expertos de la OMS declararan la circulación de diversas cepas de gripe aviar como amenazas sanitarias internacionales. Entonces, los expertos de la OMS recomendaron que los Estados compraran y acumularan antirretrovirales, pero su elevado precio hizo que solo los Gobiernos occidentales pudieran almacenar suficientes reservas para responder a las necesidades de su población, mientras que los Gobiernos africanos quedaron dependiendo de las donaciones internacionales. Posteriormente las evaluaciones desarrolladas de los sistemas de alerta y respuesta epidemiológica demostraron la falta de aplicación de las normativas del nuevo Reglamento Sanitario Internacional en 35 Estados africanos analizados. Los problemas técnicos y financieros detectados impidieron que estos protocolos de vigilancia pudieran incorporarse a los frágiles sistemas de salud africanos, lo que suponía, en otras palabras, que las nuevas disposiciones del reglamento fueran materialmente inoperantes (Ortu, Mounier-Jack, y Coker, 2008). Por su parte, el experto de la OMS Phillippe Calain criticó que estas medidas desviaban los escasos recursos dirigidos a fortalecer los sistemas nacionales de salud africanos y creaban graves problemas de coordinación en su funcionamiento (Calain, 2007).

La aparición y respuesta internacional a la 24.º epidemia vírica de ébola (EVE) ha reforzado estas críticas al sistema de vigilancia epidemiológico global y a la autoridad médica internacional sostenida por la OMS. Se ha reforzado el ataque al sistema de vigilancia epidemiológico global, considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS habían contribuido a construir (De la Flor, 2015). En concreto, la lenta respuesta de la OMS a la epidemia suscitó dos críticas. La primera argumentaba que su retraso fue debido a razones técnicas y operativas que causaron una respuesta descoordinada e inadecuada. En este caso se criticó que la crisis financiera, al reducir el personal destinado al servicio de vigilancia epidemiológica en la oficina regional de la OMS en África, había contribuido a retrasar la capacidad de respuesta (IDS, 2015). La segunda crítica cuestionó que los expertos de la OMS comprendieron la EVE como una enfermedad olvidada y no como una enfermedad infecciosa capaz de convertirse en una amenaza internacional (Honigsbaum, 2017). Los anteriores casos de EVE habían suministrado importante información para responder a una nueva epidemia. Sin embargo, las características de la 24.º EVE relacionadas con su extensión por núcleos urbanos, hizo más complicado aplicar las lecciones aprendidas en anteriores estallidos (Benton y Dionne, 2015). Las diversas causas que explican esta lentitud en la actuación supusieron que finalmente la principal respuesta internacional a la epidemia no llegara de la mano de la OMS sino del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSN), quien en su Resolución 2271, aprobada el 18 de septiembre de 2014, declaró que la 24.º EVE era “una amenaza para la estabilidad y la paz regional”. La Resolución 2271 impulsó, ahora sí, una respuesta internacional de emergencia caracterizada por la creación de un fondo global contra la epidemia, el envío de fuerzas militares occidentales como el AFRICOM y el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional del CSN (Burci, 2014). Estas actuaciones de emergencia contribuyeron decisivamente a cortar la cadena de transmisión pero también produjeron unos efectos negativos que señalamos a continuación.

La aparición y respuesta internacional a la epidemia vírica de ébola ha reforzado las críticas a la autoridad médica internacional de la OMS

En primer lugar, el sentido de emergencia fue reforzado por la información ofrecida por los medios de comunicación quienes, mayoritariamente, presentaron la epidemia desde una mirada culturalista propia del imaginario colonial. La epidemia fue habitualmente explicada como el resultado inevitable de una serie de prácticas atávicas y tradicionales que iban desde el entierro de los familiares a la ingesta de carne de orangután. En estos casos la población africana era representada como un conjunto homogéneo, temeroso y pasivo a merced de la ayuda internacional. Esta representación desconsideraba la influencia que habían podido tener las relaciones y las estructuras internacionales en la aparición de la epidemia. Además, tenemos que señalar que los medios de comunicación perdieron el interés por informar sobre la enfermedad cuando esta dejó de suponer una amenaza a los Estados occidentales (Sendín y Nieto, 2015). Posteriormente, con la declaración del final del brote, la intervención humanitaria se dio por finalizada comenzando así una fase de postemergencia caracterizada por la retirada de los recursos internacionales. Sin embargo, los países afectados tuvieron que continuar enfrentando los problemas causados por la epidemia como eran la destrucción de sus sistemas sanitarios, la elevada mortalidad entre sus trabajadores de salud, la recuperación de los pacientes, la atención sanitaria de otros problemas desplazados durante la epidemia y la recuperación económica de su agricultura.

En segundo lugar, es necesario considerar que la respuesta de emergencia necesaria y central para combatir la enfermedad también desplazó el interés por actuar sobre otros determinantes internacionales, que habían condicionado la aparición de la epidemia como el impacto ecológico, las reformas neoliberales y las políticas de reconstrucción posconflicto. Para numerosos estudios, África Occidental era un territorio muy alejado del África Central, donde principalmente habían aparecido los anteriores estallidos. Otros estudios habían hallado varios años antes de la aparición de la 24.º EVE anticuerpos contra múltiples especies de ébola, en especial la cepa zaireña, en pacientes de Sierra Leona por lo que podría haber habido casos previos en la zona (Wallace y Wallace, 2017, p. 48). Tanto en un caso como en otro, las causas ecológicas del surgimiento de la epidemia deben considerarse, porque el desplazamiento de población debido al conflicto civil en Liberia y Sierra Leona aumentó la presión sobre el medio. Pero ha sido la reciente extracción masiva de aceite de palma lo que habría acelerado 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). Otro determinante internacional en la aparición de la enfermedad fueron las décadas de ajuste y control fiscal que las políticas neoliberales del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial impusieron a estos Estados que ocupan las últimas posiciones en los Indicadores de Desarrollo Humano. Las décadas de austeridad fiscal y falta de insumos debilitaron la capacidad de responder a la epidemia y facilitó su extensión (Kentikelenis et al., 2015). Un último determinante internacional que requiere nuestra atención son las políticas de reconstrucción posconflicto que han operado sobre estos Estados desde mediados de 1990 con el objetivo de restablecer sus funciones administrativas, reconstruir sectores como la justicia y el ejército e implementar un orden parlamentario con elecciones pluripartidistas. Sin embargo, estas actuaciones no se han interesado en aspectos clave del bienestar de la población como son el fortalecimiento de sus sistemas educativos y sanitarios (Mateos, 2015).

En tercer lugar, la securitización de la enfermedad desplegó una actuación de emergencia que desatendió en gran medida los conocimientos y capacidades de las sociedades africanas. La respuesta local a la enfermedad demostró la importancia del cuidado y la solidaridad desarro-

La población africana era representada como un conjunto homogéneo, temeroso y pasivo a merced de la ayuda internacional

llada por las sociedades africanas para responder a las fases de emergencia y posemergencia de la epidemia. En este sentido observamos actuaciones diversas que señalan tanto la importancia de organizaciones ya establecidas como las autoridades y terapeutas tradicionales que contribuyeron a informar, prevenir y coordinar la repuesta en terreno (Tomas, 2015), como nuevas redes que diseñaron programas para dar seguimiento a la cadena de transmisión y desmentir informaciones y bulos que estigmatizaban la cultura y el comportamiento africano (Bajo, 2015). Un aspecto central de la respuesta de las sociedades africanas a la 24.º EVE fue el importante papel que jugaron las mujeres en el cuidado de los enfermos. Esto supuso la aparición de un debate en torno a una posible mayor mortalidad por género durante la epidemia. Las informaciones que señalaban esta posibilidad fueron cuestionadas por organismos internacionales porque estaban basadas “en la experiencia de los equipos sanitarios y no en un registro estadístico [...] sin datos desagregados por género y edad de los y las fallecidas” (Álvarez, 2015, p. 94). Sin embargo, estudios de las epidemias de EVE de 2000-2001 en Gulu (Uganda) y 2001-2002 en Congo y Gabón señalaron que “las diferencias en la exposición entre hombres y mujeres han demostrado ser factores importantes en la transmisión de la fiebre hemorrágica del ébola” (Anker, 2007, p. 27). Para Sophie Harman existió un sesgo de género pero no tanto o exclusivamente ligado a la tasa de mortalidad, sino al hecho de que la respuesta de emergencia desatendiera mayoritariamente el papel central que tuvieron las mujeres como cuidadoras (Harman, 2016) lo que desplazaba la consideración de que “la atención a las dinámicas de género podría ayudar a salvar vidas” (Wolfe, 2014). Los diversos actores y respuestas que partieron de la sociedad africana suponen también que comprendamos que su actitud en relación a las políticas sanitarias internacionales también fue variando. En un inicio, las medidas de control caracterizadas por los cordones sanitarios y el aislamiento fueron duramente contestadas pero cuando las actuaciones se centraron más en informar que en controlar sus movimientos, la población se mostró receptiva a adecuar su comportamiento a las necesidades sanitarias (Utas, 2015). Esta misma capacidad de adecuación no la mostraron con la misma intensidad los cuerpos sanitarios internacionales. Para Sharon Abramovitz, los actores internacionales desatendieron conocimientos de las sociedades africanas que podían haber facilitado su trabajo en el terreno a la hora de contar cadáveres y defunciones en espacios sin censos oficiales, comprender los protocolos sociales que rigen en los entierros y funerales o profundizar en las relaciones entre la población y el bosque tropical para entender mejor las causas del brote (Abramovitz, 2015). Igualmente, la actuación de los Estados africanos tampoco fue invariable. Al comienzo de la epidemia, los Gobiernos de Sierra Leona y Guinea guardaron silencio por miedo a las repercusiones y dificultaron la actuación de los trabajadores sanitarios (MSF, 2015). Sin embargo, Gobiernos como los de Liberia y Senegal fueron más transparentes en su gestión de la epidemia que otros occidentales como España (Sendín, 2015).

A lo largo de este apartado hemos repasado cómo la respuesta de emergencia internacional dada a la 24.º EVE reúne una serie de críticas relacionadas con la lentitud y la descoordinación de la actuación internacional, el refuerzo de una mirada culturalista a las sociedades africanas representadas como pasivas y temerosas y el desinterés por intervenir sobre determinantes internacionales de naturaleza política, ecológica o económica. Creemos que estas críticas refuerzan la necesidad de superar la naturaleza eurocéntrica del concepto de seguridad sanitaria global. Para ello, en el próximo apartado presentamos una serie de enfoques teóricos que nos ayudan a profundizar en ellas y abrir líneas de investigación tendentes a proponer un nuevo modelo de seguridad sanitaria global más cercano a las necesidades de las sociedades africanas.

Los actores internacionales desatendieron conocimientos de las sociedades africanas que podían haber facilitado su trabajo en el terreno

3. Críticas multidisciplinares a la seguridad sanitaria global

Los enfoques que a continuación presentamos repasan, de manera crítica, diversos aspectos del concepto de la seguridad sanitaria global relacionados con su marco teórico, la agenda política y las tecnologías médicas que despliega.

En primer lugar, a nivel teórico creemos que es oportuno proponer un encuentro entre el concepto de seguridad humana y los estudios críticos de seguridad para acercar la posición teórica de la seguridad sanitaria global a las necesidades de las sociedades africanas. Diversos trabajos han considerado necesario revisar críticamente el desarrollo durante estas dos últimas décadas del concepto de la seguridad humana con el objetivo de reforzar su crítica a las estructuras y las relaciones de poder internacionales y desligando así su agenda de las posiciones liberales más cercanas a la intervención humanitaria y la reconstrucción posconflicto (Chandler y Hynek, 2010; Pérez de Armiño, 2013). La seguridad humana nos ofrecería una vía adecuada para salir de la agenda y las políticas de seguridad sanitaria global, centradas en la defensa de los intereses de los Estados occidentales, y encaminarnos hacia la construcción de un concepto que promueva el cuidado de la salud de la población africana. La actual evolución crítica de los estudios de seguridad humana nos podría ofrecer una vía para investigar y relacionar la producción de la enfermedad y la mala salud de la población africana con diferentes determinantes y relaciones internacionales. Ello conllevaría ir más lejos que el capítulo que la *Comisión de Seguridad Humana Ahora* dedicó a la salud donde reforzó el interés por la seguridad sanitaria global y la circulación de las enfermedades infecciosas en menoscabo de otras críticas y actuaciones estructurales.

En segundo lugar creemos que es necesario reforzar la responsabilidad política de determinados actores sociales que contribuyeron al éxito de la securitización de la salud. Aunque ya vimos el importante papel que los expertos de seguridad tuvieron en la securitización de las enfermedades infecciosas también tenemos que mencionar que organizaciones de la sociedad civil han participado activamente en diversos procesos de securitización de la salud. Por ejemplo, la falta de una atención y respuesta internacional sobre asuntos como el medio ambiente y el VIH/SIDA supuso que muchas voces reclamaran su securitización tanto por la amenaza material que suponían como para reforzar la respuesta política internacional (Leboeuf y Broughton, 2008). A través de la securitización del VIH/SIDA se exigieron respuestas urgentes que enfrentaran el olvido y la negación de muchos Gobiernos que negaban la existencia de la enfermedad en sus países. Posteriormente estos esfuerzos fueron sometidos a examen al comprobarse que la securitización del VIH/SIDA había tenido efectos positivos y negativos (Elbe, 2006). En positivo hay que mencionar el interés y los recursos humanos y financieros logrados después de que el CSN declarara en el año 2000 que la enfermedad suponía un problema para “la paz y la estabilidad internacional”. En los años posteriores se construyó toda una nueva arquitectura en la salud global que respondió a las múltiples iniciativas, fondos y alianzas globales dedicadas específicamente a la lucha contra el VIH/SIDA (McInnes y Rusthon, 2010). La cruz o el revés negativo aparecieron al evaluar cómo muchas de estas iniciativas y esfuerzos globales que priorizaban la lucha contra la enfermedad, desplazaron las actuaciones sobre otras necesidades sanitarias (Ingram, 2013). En el caso de la 24.ª EVE, la sociedad civil reclamó una actuación de emergencia que respondiera a las necesidades de la población africana. Para evitar efectos negativos parecidos a medio y largo plazo como los de la securitización del VIH/SIDA creemos que las demandas deben ir acompañadas de investigaciones y propuestas que apuesten

La seguridad humana nos ofrecería una vía adecuada para promover el cuidado de la salud de la población africana

por transformar los determinantes y las relaciones internacionales que condicionaron como ya vimos la aparición de la epidemia. De esta forma podríamos reformular las concepciones tradicionales de seguridad y aproximarlas más a la necesaria transformación de las condiciones que producen mala salud en la población africana.

En tercer lugar, creemos que es oportuno atender la emergencia local de diferentes comunidades de cuidados sanitarios. Los estudios antropológicos y culturales nos muestran que desde la irrupción del VIH/SIDA se fueron organizando espacios de apoyo y acompañamiento a los enfermos del VIH/SIDA que lucharon contra el oprobio y la estigmatización. Estas comunidades de apoyo reforzaron desde el lenguaje de los derechos humanos la interpretación de la enfermedad como un problema de salud pública. Su actividad también permitió la organización de una red internacional que participó decisivamente en la producción de un conocimiento médico sobre la enfermedad, las controversias científicas en torno a su tratamiento y las políticas públicas dirigidas a luchar contra el VIH (Altman, 1994). En general las comunidades de apoyo en África fueron creadas y lideradas por mujeres, generalmente viudas o esposas que cuidaban de sus maridos y familiares enfermos. Nguyen encuentra también en esta red internacional ciertas sombras, debido a que las comunidades de apoyo occidentales marcaron en muchos momentos su funcionamiento y agenda política (Nguyen, 2010). Sin embargo, activistas e investigadores coinciden en resaltar el importante papel que esta red de comunidades de apoyo jugó en el desplazamiento de los relatos culturalistas que responsabilizaban a las sociedades africanas de la epidemia. Al cuestionar la vigencia de esta mirada colonial, se reforzaba la necesidad de atender al papel que jugaban otros determinantes internacionales en la producción de la enfermedad, como era el caso de las políticas neoliberales (Epstein, 1996). Estrechamente relacionado con este aspecto encontramos la lucha por el acceso a los antirretrovirales (ART). Durante la década de 1990, esta lucha reunió a diferentes colectivos, organizaciones y comunidades locales en lo que fue una de las victorias más representativas de los movimientos antiglobalización contrarios a la expansión del neoliberalismo a escala global. En todo caso el funcionamiento de estas comunidades de apoyo no se ha limitado a la lucha contra el VIH/SIDA. Muchas de ellas, por ejemplo en África del Sur, han influido decididamente en los debates gubernamentales en torno a la definición y las prácticas del derecho a la salud que reafirman sus constituciones nacionales (Fassin y Schneider, 2003). Las comunidades de apoyo han mostrado también, como ya lo vimos en el caso de la 24.ª EVE, el papel fundamental que juegan las mujeres en la atención sanitaria. Su trabajo cubre la mayoría de los cuidados que requieren los enfermos que no pueden acceder por razones económicas a los servicios de salud.

En cuarto lugar, queremos presentar la conveniencia de explorar las vías de encuentro en torno a los lenguajes de desarrollo y la Atención Primaria en Salud (APS). La organización de los sistemas nacionales de salud en base a la APS enfrenta las posiciones de otras agendas globales que abogan por modelos privados de financiación y atención sanitaria. La defensa de una idea de universalización de la atención sanitaria ha sido la punta de lanza de las reivindicaciones que han introducido muchas organizaciones no gubernamentales en sus agendas de desarrollo de la salud. Desde esta idea de universalidad se ha demandado a los Gobiernos su responsabilidad a la hora de atender las necesidades sanitarias de su población y responder a cuestiones no exclusivamente médicas como son el suministro de agua y la mejora de las condiciones de vida. Esto ha supuesto una revisión continua de la idea de la atención primaria en salud para promocionar el concepto de cobertura sanitaria universal (CSU). Desde las organizaciones no gubernamentales sanitarias se considera que alcanzar el objetivo de la CSU requiere “un au-

En general, las comunidades de apoyo a los enfermos en África fueron creadas y lideradas por mujeres

mento de los presupuestos nacionales en salud y una mayor cooperación en salud, así como un control exhaustivo de las aportaciones de otros actores públicos y privados, bajo la función de rectoría de los Gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” (Médicos del Mundo y Medicusmundi, 2017, p. 172). Estas reivindicaciones no son nuevas porque han estado presentes en las agendas de desarrollo de la salud de las dos últimas décadas reforzando tanto la aplicación de la estrategia de la APS como la coordinación entre los diversos actores que componen el ámbito de la salud global. Este interés aparece reforzado en la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) hasta 2030 que sitúa, como uno de ellos, “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y establece entre sus metas “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. Este interés subrayaría la necesidad de reconstruir el concepto de seguridad sanitaria vinculado a la adopción de la atención sanitaria como un derecho humano básico.

5. Conclusión

A lo largo del artículo hemos presentado la securitización del 24.º EVE como una actuación que continúa el proceso histórico de medicalización de las relaciones internacionales, donde África ha jugado un papel específico como ámbito de producción de conocimiento y objetivo de las propias políticas sanitarias internacionales. Desde este reconocimiento hemos propuesto un ejercicio teórico basado en recuperar diferentes investigaciones que plantean los beneficios, límites e incapacidades que tiene el concepto y las políticas de seguridad sanitaria global para atender las necesidades de la población africana. Si bien estos estudios han criticado que la construcción de la agenda y política del concepto de seguridad sanitaria responde a los intereses de los Estados occidentales, principalmente Estados Unidos, también hemos podido advertir cómo frenar la expansión de la 24.º EVE requirió la securitización internacional de la enfermedad para que se pudiera aprobar y desplegar una intervención de emergencia sobre el terreno. Ahora bien, también hemos señalado que esta intervención de seguridad produjo diferentes efectos adversos relacionados con la ausencia de una intervención sobre los factores estructurales que causaron la aparición de la enfermedad y la recuperación de un imaginario colonial. Estos efectos nos han llevado a identificar la necesidad e interés de explorar nuevas vías para revisar el concepto de seguridad sanitaria global no tanto para abandonarlo, sino para adecuar sus agendas y políticas a otras necesidades más cercanas a las sociedades africanas que a los intereses de los Estados occidentales. Consideramos que las cuatro vías que hemos propuesto –revisión de la agenda de seguridad humana, refuerzo de la APS, atención a las comunidades de cuidado sanitario y reconocimiento de los actores sociales como actores securitizadores– pueden permitir diferentes movimientos tendentes a reflexionar teórica y políticamente sobre la necesidad de reformar el concepto de la seguridad sanitaria global.

Referencias

Abramovitz, S. (2015). 10 acciones antropológicas para luchar contra la epidemia de África Occidental. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Aldis, W. (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>
- Altman, D. (1994). *Power & Community. Organizational and Cultural Responses to AIDS*. Routledge.
- Álvarez, A. (2015). Cuando cuidar puede significar contagio. La dimensión de género en la crisis del Ébola. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Arnold, D. (Ed.). (1998). *Imperial medicine and indigenous societies*. Manchester: University Press.
- Bajo Erro, C. (2015). TIC y compromiso para enfrentarse a la amenaza. La epidemia en la sociedad hiperconectada. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Benton, A., & Dionne, K. Y. (2015). International Political Economy and the 2014 West African Ebola Outbreak. *African Studies Review*, 58(1), 223-236. DOI: <https://doi.org/10.1017/asr.2015.11>
- Burci, G. L. (2014). Ebola, the Security Council and the securitization of public health. *Questions of International Law*, 10, 27-39.
- Calain, P. (2007). Exploring the international arena of global public health surveillance. *Health Policy and Planning*, 22(1), 2-12. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czl034>
- Chandler, D., & Nik, H. (Eds.). (2010). *Critical perspectives on human security: Rethinking emancipation and power in international relations*. Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203847589>
- Cooper, F. (2002). *Africa since 1940: the past of the present*. Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511800290>
- Davies, S. E. (2008). Securitizing infectious disease. *International Affairs*, 84(2), 295-313. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2346.2008.00704.x>
- Davies, S., Elbe, S., Howell, A., & McInnes, C. (2014). Global Health in International Relations: Editors' Introduction. *Review of International Studies*, 40, 825-834. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0260210514000308>
- Didier, F., & Schneider, H. (2003). The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies. *British Medical Journal*, 326(7387), 495-497. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7387.495>
- Djukanovic, V., y March, E. P. (1976). *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*. Ginebra: OMS y UNICEF.
- Elbe, S. (2006). Should HIV/AIDS be securitized? The ethical dilemmas of linking HIV/AIDS and security. *International Studies Quarterly*, 50(1), 119-144. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2006.00395.x>
- Epstein, S. (1996). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California Press.

- Fidler, D. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4(2), 325-392. DOI: <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>
- Flor, J. L. de la. (2015). El Dispositivo de Seguridad Sanitario Global. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Gish, O. (1975). *Planning the health sector. The Tanzanian experience*.
- Harman, S. (2016). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly*, 37(3), 524-541. DOI: <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827>
- Headrick, D. R. (2014). Sleeping sickness epidemics and colonial responses in East and Central Africa, 1900-1940. *PLoS neglected tropical diseases*, 8(4), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002772>
- Honigsbaum, M. (2017). Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of global health. *Medical history*, 61(2), 270-294. DOI: <https://doi.org/10.1017/mdh.2017.6>
- Ingram, A. (2013). After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity. *Antipode*, 45(2), 436-454. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.2012.01008.x>
- Institute of Development Studies (IDS). (2015). Global Governance and the Limit of Health Security. *Practice Paper in Brief*. Recuperado de <http://www.ids.ac.uk/publication/global-governance-and-the-limits-of-health-security>
- Kentikelenis, A., King, L., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). The International Monetary Fund and the Ebola Outbreak. *The Lancet Global Health*, 3(2), 69-70. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70377-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70377-8)
- King, N. B. (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32(5/6), 763-789. DOI: <https://doi.org/10.1177/030631270203200507>
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Leboeuf, A., & Broughton, E. (2008). Securitization of health and environmental issues: process and effects. A research outline. *Health and Environment Working Document*, Institut Français des Relations Internationales (Ifri).
- Lee, S. (1997). WHO and the developing world: the contest for ideology. En A. Cunningham y B. Andrews, *Western medicine as contested knowledge* (pp. 24-46). Manchester.
- Martha, A. (2007). *Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious disease*. Ginebra: OMS.
- Mateos, O. (2015). Más allá de la narrativa del estallido: causas globales e históricas de la crisis del ébola en África Occidental. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Médicos del Mundo y Medicusmundi. (2017). *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2017*. Madrid.

- McInnes, C., & Rushton, S. (2010). HIV, AIDS and security: where are we now? *International Affairs*, 86(1), 225-245. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2346.2010.00877.x>
- MSF (Médicos Sin Fronteras). (2018). *Pushed to the Limit and Beyond. A year into the largest ever Ebola outbreak*.
- Nguyen, V. K. (2010). *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Duke University Press. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822393504>
- Oliveira Cruz, V., Kurowski, C., & Mills, A. (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*, 15(1), 67-86. DOI: <https://doi.org/10.1002/jid.966>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2007). *Informe sobre la salud en el mundo 2007-proyección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro*. Ginebra.
- Ortu, G., Mounier-Jack, S., & Coker, R. (2008). Pandemic influenza preparedness in Africa is a profound challenge for an already distressed region: analysis of national preparedness plans. *Health policy and planning*, 23(3), 161-169. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn004>
- Packard, R. (1993). The Invention of the 'Tropical Worker': Medical Research and the Quest for Central African Labor on the South African Gold Mines, 1903-36. *The Journal of African History*, 34(2), 271-292. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0021853700033351>
- Pérez de Armiño, K. (2013). *Seguridad humana: aportes críticos al debate teórico y político*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Rushton, S. (2010). AIDS and international security in the United Nations System. *Health policy and planning*, 25(6), 495-504. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czq051>
- Sendín, J. C., y Martín Nieto, R. (2015). Medios de comunicación en el tratamiento internacional de la crisis del Ébola. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Tilley, H. (2011). *Africa as a living laboratory: Empire, development, and the problem of scientific knowledge, 1870-1950*. University of Chicago Press. DOI: <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226803487.001.0001>
- Tomas, J. (2015). Autoridades tradicionales, dinamismo cultural y ébola. Una reflexión. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Turshen, M. (1999). *Privatizing health services in Africa*. Rutgers University Press.
- Utas, M. (2015). El Ébola y la gente que lo resiste. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press.
- Wald, P. (2007). *Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Duke University Press. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822390572>

- White, L. (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.
- Weir, L. (2005). Inventing Global Health Security, 1994-2005. En S. Rushton y J. Youde (Eds.), *Routledge handbook of global health security*. Routledge.
- Wallace, R., y Wallace, R. (2017). Las ecologías del ébola. Agroeconomía y epidemiología en África Occidental. *New Left Review*, 102, 45-59.
- Wolfe, L. (2014). *Why are so many women dying from Ebola-Foreign Policy*.