

La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2 : matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario	Título
Basile, Gonzalo - Autor/a;	Autor(es)
Buenos Aires	Lugar
FLACSO República Dominicana IDEP Salud	Editorial/Editor
2020	Fecha
	Colección
Cuarentena; COVID-19; Seguridad; Crisis sanitaria; Panamericanismo; Caribe; América Latina;	Temas
Doc. de trabajo / Informes	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20200529070501/Neohigienismo-y-cuarentenas-verticales.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.org>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.org





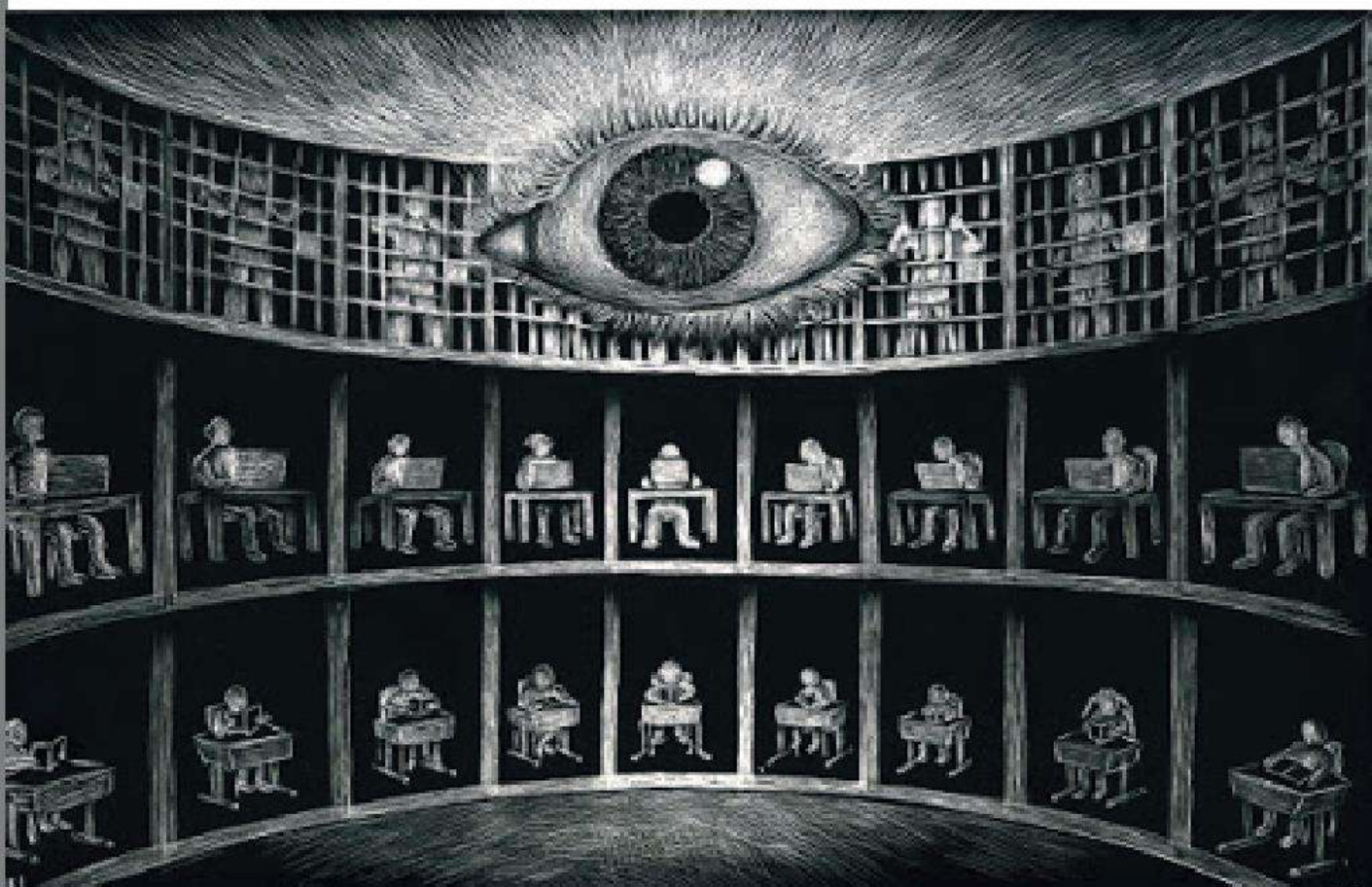
CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA

DOSSIER DE SALUD INTERNACIONAL SUR SUR



La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario

EDICIÓN ESPECIAL

Autor: Gonzalo Basile



La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario

Palabras claves: SARS-CoV-2 - Coronavirus - Seguridad sanitaria global – Panamericanismo – Cuarentena – Higienismo

Autor: Basile, Gonzalo

E-mail: gbasile@flacso.org.do

Institución: Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana /Coord. GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO.

Cita:

Basile, G. (2020). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), Mayo 2020.



RESUMEN: La generalización y normalización de cuarentenas empíricas, el (neo)higienismo con policía médica en los territorios nacionales y la securitización global resultan elementos claves para comprender el nuevo nexo entre seguridad y salud en la incidencia del Covid-19, asumiendo que demasiados problemas de salud colectiva ahora están enmarcados dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global y la seguridad nacional. Es importante estudiar las implicaciones de este movimiento expansivo y preguntar si es solo un concepto para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas y qué riesgos plantea al normalizar estas intervenciones de seguridad en el campo de la salud colectiva. La crisis epidemiológica internacional y regional de SARS-CoV-2 puso a funcionar en plenitud

un conjunto de dispositivos que se anidaban en la matriz genética del panamericanismo sanitario en Latinoamérica y Caribe: tanto en sus vertientes biomedicalizadas y de enfermología pública como también en una perspectiva médico-social progresista del siglo XX, que (con)formaron varias generaciones de salubristas latinoamericanos y caribeños. Este artículo busca revisar la tríada de conceptos operacionalizados actualmente en el escenario global y regional de la respuesta al riesgo epidémico de Covid-19 y analizar y reflexionar sobre los presupuestos asumidos por las *cuarentenas* (hoy anti-Covid), en segundo lugar, *el (neo)higienismo público* y, por último, la implantación de la *securitización sanitaria global* como premisa fundamental de la salud global liberal.

Introducción:

“Se convoca una asamblea de las aves. Llegan al cónclave los patos, las gallinas, los faisanes, y otras muchas aves. Entra el cocinero a la reunión y dice: “Les vine a consultar con qué salsa desean ser cocinadas”. Todas las aves se sorprenden, asustadas se ponen a charlar por lo bajo. Una de ellas toma la palabra: “Disculpe... no queremos ser cocinadas con ninguna salsa”. A lo que el cocinero responde rápido y tajante: “eso está fuera de toda discusión”.

Eduardo Galeano

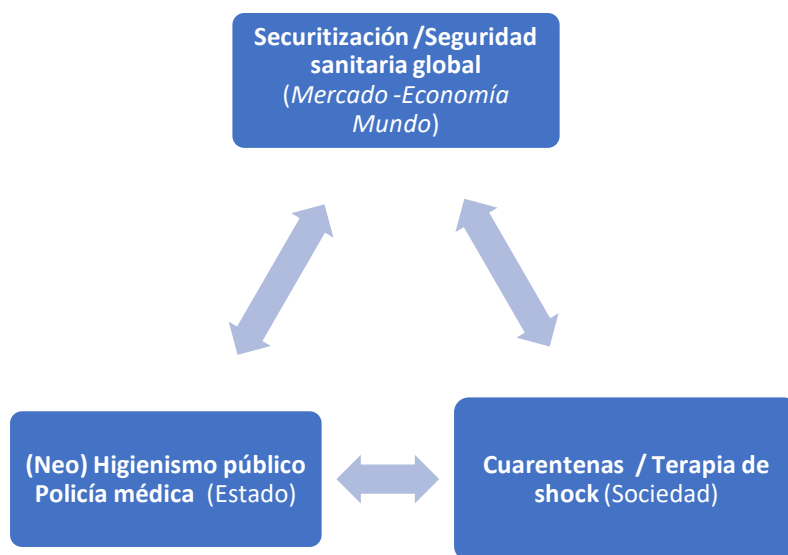
La metáfora de la cena de las aves de Galeano pareciera que es la fórmula mágica que en la región de Latinoamérica y Caribe se fue tornando como premisa enlatada hegemónica en la comprensión y respuesta a la emergencia de salud pública en el SARS-CoV-2. Sólo se puede elegir con qué salsa ser cocinadas (por el cocinero de turno), pero sin participar realmente en la decisión ni poner la más mínima duda en el camino elegido de afrontamiento al riesgo epidémico regional. Quizás la premisa de Mario Benedetti de *“cuando teníamos todas respuestas, nos cambiaron las preguntas”*, sea necesaria como objetivo presente del pensamiento crítico latinoamericano en salud. Estamos en un momento de novedad, que pareciera útil revisar los lentes con que creíamos conocer el mundo y el campo de la salud colectiva, es decir, repensar la epistemología con que estamos observando, estudiando y analizando la pandemia. Intentar tomar distancia de la repetición de enlatados, de las fórmulas del *copia y pega* o de *ensayo y error*.

Revitalizar la teoría crítica en salud, implica sobre todo en el contexto y momento particular recuperar la capacidad de dudar, preguntar(se) y asumir con

humildad el conocimiento como campo complejo, contingente y multidimensional (Almeida-Filho, 2006).

La crisis epidemiológica internacional y regional de SARS-CoV-2 puso a funcionar en plenitud un conjunto de dispositivos que se anidaban en la matriz genética del panamericanismo sanitario en Latinoamérica y Caribe: tanto en sus vertientes biomedicalizadas y de enfermología pública (Granda, 2004) como también en una perspectiva médico-social progresista del siglo XX, que (con)formaron varias generaciones de salubristas latinoamericanos y caribeños.

Este artículo busca revisar la tríada de conceptos operacionalizados actualmente en el escenario global y regional de la respuesta al riesgo epidémico de Covid-19. El principal objetivo entonces será analizar y reflexionar sobre los presupuestos asumidos por las *cuarentenas* (hoy anti-Covid), en segundo lugar, *el (neo)higienismo público* y, por último, la implantación de la *securitización sanitaria global* como premisa fundamental de la salud global liberal. Asumiendo en el presente trabajo que esta tríada funciona como engranaje de un flujograma de poder en la pandemia:



Fuente: Elaboración propia

Antecedentes del panamericanismo sanitario

“La gestión más sabia es la que se ignora; el que, en silencio, predice, dispone, previene, dirige, elimina obstáculos, llega a la meta sin que se note su marcha. Debe causar un movimiento continuo, igual, irresistible e insensible, similar al movimiento de un bote que sigue el curso de agua: el hombre colocado en ese bote cree que está inmóvil, e incluso si es llevado con rapidez, atribuye el movimiento a los objetos del medio ambiente. Es la imagen de los efectos lo que produce una administración inteligente”

(Montyon citado en Guimbaud, 1909, p.228)

Analizar la *doctrina del panamericanismo* en América Latina y el Caribe es un ejercicio conceptual sustancial, porque esta geopolítica tendrá incidencia directa sobre el nacimiento y crecimiento del regionalismo en salud. Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el XX (Basile, 2019). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “las Américas” como un todo uniforme no pueden comprenderse sin esta matriz de por medio.

La doctrina del panamericanismo (Rapoport, 2008) siempre estuvo atravesada por los intereses de política exterior de Estados Unidos (EE. UU.). Esta perspectiva panamericana visualiza a la región como un territorio de explotación, dominio y expansión de intereses geoestratégicos, militares, comerciales, y también sanitarios. Por tanto, en los ojos de los EE.UU. el panamericanismo siempre estuvo basado en sus intereses de hegemonía en la región.

Así no es casual que diariamente nos encontremos con reportes de Covid-19 para las Américas donde Estados Unidos es epidemiológicamente contabilizado al igual que el resto de la región. “Las Américas” como unidad aparece como una región tan atacada por la circulación viral del Covid-19 como Europa. Tampoco es sorpresa que el panamericanismo sanitario reproduzca matrices de intervención en salud basadas en control poblacional masivo como premisa, persecución y policía médica, militarización de emergencias de salud pública, y otros elementos que se analizan más adelante.

La matriz del panamericanismo sanitario se definió desde su nacimiento bajo este ideario: analizar la situación de salud poblacional o de la salud de la región como un todo (“las Américas”), pero siempre

pensada y guiada desde oficinas ubicadas en Washington. En particular, se tratan de manera preferencial, como unidad de análisis principal, las enfermedades que traspasan las fronteras de los países, su control y el rol de los Estado-Nación. Una enfermería pública internacional que trae en su genética la tradición militar y de ahí su lenguaje metodológico: “vigilar”, “combatir”, “controlar”, “erradicar”, “eliminar”.

Si bien en la superficie está el panamericanismo y sus prácticas y objetivos comunes, en la epidermis continuará viva la relación entre colonialidad, enfermedades y comercio. La creación de lo que denominamos autoridad médica internacional primero con las Conferencias Sanitarias Internacionales, posterior con la fundación de la propia Oficina Sanitaria Panamericana (hoy Organización Panamericana de la Salud-OPS) y luego de la 2da guerra mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS); traen en sus engranajes esta epistemología y práctica médico-sanitaria.

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) considero al continente africano, sus territorios y sociedades como laboratorios naturales dedicados al desarrollo de un tipo de conocimiento médico occidental (Tilley, 2011). Este juego hizo históricamente de África un continente fuertemente (bio)medicalizado por las autoridades sanitarias 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. Lo trascendente a considerar aquí es que la medicina tropical asumió y reprodujo siempre una epistemología en sus conocimientos y prácticas: *los trópicos* (léase el Sur) son los que producen

enfermedades, epidemias, muertes en la periferia debe investigar y dar respuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la medicina moderna. Buscar la “cura”. Esta tesis guiará los programas de enseñanza de salud internacional en el Norte global hasta nuestros días. El *trópico* o los *trópicos* son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos. Parte de una denominación *climática*, pero su carga simbólica referirá a la experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa. En estos términos, *trópico* suele acoplarse a la *exterioridad* o a la *periferia*.

Como lo plantea Flor(2015), 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, virus 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 psiquis o el cuidado materno-infantil (Vaughan, 1991). Aunque las diferentes potencias europeas aplicaron distintas políticas de colonialismo sanitario de acuerdo con el país, todas tuvieron premisas de control.

Desde los años treinta del siglo XX se estará extendiendo la prerrogativa de erradicar las enfermedades tropicales, por las afectaciones a la

(luego subdesarrollo), y es el Norte el que transnacionalización del comercio y del capital en América Latina y Caribe. Con un mandato de cooperación estatal en el control de enfermedades infecciosas, los Estado -Nación es desde donde se impulsa el surgimiento del panamericanismo de la salud pública (Ferrerías, 2014).

Las campañas verticales sobre fiebre amarilla, tifoidea, malaria u otras enfermedades vectoriales con uso del insecticida DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano), la propagación de programas de inmunizaciones, los intereses de las transnacionales en la producción de materia prima (Guereña, 2012) para abordar enfermedades en los enclaves productivos y cordones urbanos, donde tuvo un rol destacado la Comisión Sanitaria Rockefeller de la Fundación Rockefeller con los iniciáticos ministerios de salud pública en Latinoamérica, entre otros aspectos y procesos. La verticalidad y el autoritarismo que acabaron adoptando estas campañas y acciones de salud internacional panamericana fueron resultado de un proceso en que se ensayaron diferentes formas de control y eliminación de enfermedades incluso con mucho de ensayo y error.

Entonces desde sus inicios como campo (Bourdieu, 2010), la salud internacional panamericana estuvo condicionada por los intereses económicos y geopolíticos de los países autodefinidos como centrales o desarrollados (Aragón, 2006; que implica de alguna manera visibilizar o invisibilizar en la agenda global, según el caso, los procesos de salud-enfermedad que genera el propio sistema mundo imperante, es decir, las determinaciones globales de la salud y la vida en el planeta (Breilh, 2013).

Cuarentenología: el nacimiento de los expertos en cuarentenas y sus significados en el siglo XXI

El número 40 está vinculado en muchos momentos y formas a la religión católica. Existen registros históricos de aplicación de cuarentenas y aislamientos ya en el nuevo testamento, así como en Grecia y el Imperio Romano en los siglos V y VI AC. El caso más notorio de esto es la cuaresma, el rango de tiempo comprendido entre el miércoles de ceniza y el domingo de resurrección. Otros ejemplos donde aparece esta temporalidad de 40 en lo religioso: *los días que duró el diluvio, los días que Moisés permaneció en el Monte Sinaí, los años que duró el*

éxodo judío, y los días que Jesús ayunó en el desierto y fue tentado por el diablo. Todo esto lo relata la Biblia. Debido al importante simbolismo de dicha cantidad, la medicina de los siglos XIII y XIV, época en que se profesaba una ferviente religiosidad, adoptaron este rango u periodo de tiempo para realizar aislamiento frente a las enfermedades infecciosas.

La peste negra fue la primera enfermedad masiva que provocó que la cuarentena se estableciera a gran escala como medida sanitaria. En 1377, en Ragusa (hoy Dubrovnik, Croacia), se realizó la primera cuarentena formal con un centro creado únicamente para enfermos (Bonastra, 2010). Sin embargo, la cuarentena se origina formalmente en el siglo XIV, en Italia, como una medida también para controlar las epidemias de peste negra que azotaban a Europa y que obligaba a los barcos y personas que provenían de Asia a esperar 40 días ("*Quaranta giorni*", en italiano), antes de entrar en las ciudades, tras comprobar que no estaban enfermos. El elogio en la historia de la sanidad a la cuarentena surgirá en Italia. Es un hecho indudable que los italianos se debe la organización de las primeras cuarentenas marítimas, así como la doctrina del contagio las primeras defensas prácticas contra las grandes pestes del Oriente que irradiaban sobre los puertos del Mediterráneo.

Aunque el término cuarentena en salud no es exclusivo sobre los servicios marítimos y los puertos, comprendió toda clase de restricciones a la movilidad humana por motivo de enfermedades infecciosas. Del latín *quarantine*, se seguía la regla de los cordones sanitarios, los lazaretos reteniendo durante ese tiempo las personas, animales, mercaderías, cartas, navíos. Los primeros Hospitales de San Lázaro, que nacieron siendo parte de una orden religioso-militar bajo la advocación de «San Lázaro» para el cuidado de los leprosos, es desde donde saldrá el nombre de lazaretos con que se designa en muchos países los lugares de aislamiento para enfermos infecciosos (Bonastra, 2010).

Los lazaretos eran al mismo tiempo espacios sanitarios, puesto que en ellos se luchaba contra la enfermedad, y espacios de control, dado que esta lucha se realizaba aplicando una lógica carcelaria. Estos dispositivos tenían en cuenta, básicamente, el grado de peligrosidad del lugar de procedencia de los arribados, el tiempo estimado de incubación de la enfermedad en cuestión y la capacidad que tenían las mercancías de retener la enfermedad. También prestaban atención a ciertas categorías de viajeros

considerados peligrosos como los inmigrantes (Bonastra, 2010).

Claro que las lógicas de medidas de homogenización sobre una enfermedad rápidamente comenzaron a buscar agentes peligrosos: así se llegó a acusar a los judíos como los causantes de la epidemia de peste negra por medio de la intoxicación y el envenenamiento de pozos. En consecuencia, en muchos lugares de Europa se iniciaron pogromos judíos y una extinción local de comunidades judías (Mantovani, 2018).

Las enfermedades llamadas pestilenciales históricas en relación con la cuarentena en orden cronológico fueron cinco: la Peste bubónica, la Lepra, la Sífilis, el Cólera y la Fiebre Amarilla. En el siglo XX será la gripe española. Ahora podríamos sumar el SARS-CoV-2. Por ejemplo, las epidemias de sífilis se pueden juzgar por el decreto del Senado de París de fecha de marzo de 1496 en que se amenazaba con la horca los enfermos que tuvieran contacto con las personas sanas en cuarentena.

El plan de cuarentena fue siempre un ideal político-médico de organización sanitaria especialmente en las ciudades. Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización político-médica en la historia occidental con las cuarentenas: uno suscitado por la lepra y otro por la peste.

Las cuarentenas siempre fueron proyectos disciplinarios. El "esquema de la lepra" y el "esquema de la peste", es decir, ambos tuvieron una división binaria de la sociedad. Al interpelar los documentos, lentamente se observa el proceso que trató a los "leprosos" como "apestados", individualizando a los "atacados", asignando coercitivamente los lugares en un espacio diferencial. En el caso estudiado, esta táctica reticular era implementada en "lazaretos" y "casas de aislamiento" a partir de la diferenciación de pabellones. Es decir, las cuarentenas establecieron una demarcación que necesaria y progresivamente divide a la sociedad (*enfermo/sano, personas desinfectadas/personas infectadas; normal/anormal; zonas infectadas/zonas no infectadas*) (Jori, 2013).

El esquema médico de reacción a la lepra, que fue de exclusión, de exilio de tipo religioso, de purificación de la ciudad, fue diferente al que suscitó la peste, en el que no se aplicaba el internamiento y el agrupamiento fuera del centro urbano sino, por el contrario, se recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, pues, sustituido por el militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica de las cuarentenas en los siglos siguientes.

El mecanismo de la exclusión era el de la purificación del medio urbano. Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El propio internamiento de los dementes, delincuentes, otros, en el comienzo del siglo XVII, obedeció todavía a ese concepto. En compensación, el otro gran sistema político-médico que fue establecido contra la peste la medicina no excluía ni expulsaba al enfermo a una región tétrica y llena de confusión. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto y en mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Cuestión que entraba desde su vida sexual hasta afectiva.

La conversión de las ciudades y territorialidades latinoamericanas y caribeñas en grandes *lazarets* remite a la idea que es posible crear una gran muralla simbólica de contención y eliminación de la enfermedad. Pero, paradójicamente, la propia enfermedad se encuentra circulante dentro de las mismas ciudades y sociedades. Se trata, en definitiva, entonces, de construir un espacio cerrado, sujeto a una normativa específica, la cuarentenaria. No es una simple barrera que impidiese el paso de la epidemia, sino el lugar del cual solamente se puede salir temporalmente sano, purificado. Para Quim Bonastra (2010) la práctica de las cuarentenas y, en general, todo el sistema cuarentenario estuvo fundado en un cuerpo de conocimientos dentro del cual ocupan una situación central los saberes biomédicos hegemónicos en cada periodo histórico.

La cuarentenología inaugurada con el Covid-19 se basa en medidas de aislamiento tanto a sanos como a enfermos en común, cuestión nueva ante las cuarentenas comparadas en la modalidad de *lepra* donde el aislamiento era sobre los enfermos, o la *peste* donde los aislados eran los sanos. Asimismo, se pueden encontrar coincidencias prácticas con las instituciones penitenciarias, con las que las cuarentenas comparten muchas características, tanto morfológicas como de funcionamiento: implican estar sujetos a una jurisdicción exclusiva de fuerzas de seguridad (y militares en algunos países) que ejercen un control absoluto sobre todo cuanto sucede en el interior del recinto, imponiendo horarios, formas y momentos de movilidad, examinando la purificación de quienes se mueven, la purga de una medida en tiempo y fiscalizando de forma permanente el comportamiento de los confinados (Bonastra, 2007).

En términos generales sobre los antecedentes y revisión del marco teórico y metodológico de las cuarentenas que actualmente fueron reactualizadas e implementadas en varios países como medida principal de afrontamiento al Covid-19 se pudiera describir resumidamente que:

- *Es un sistema político-médico basado en el empirismo y la militarización;*
- *No se encuentran antecedentes científicos epidemiológicos al respecto que fueran realmente utilizados estructuralmente como base de su diseño, gestión, implementación y evaluación;*
- *Necesita de la división de la sociedad en individuos con el fin de aislar, inspeccionar y controlar;*
- *Tiende a una extrema biomedicalización de enfermedades de afectación poblacional;*
- *Es un proyecto disciplinador y de nueva normalización por características intrínsecas;*
- *Homogeneiza a la sociedad e identifica en cada contexto factores considerados peligrosos y punibles;*
- *La medida en general se transforma en un sistema de creencias (cuasi religiosa). Prima narrativa dualista.*
- *El mismo sistema político-médico que aplica la cuarentena en general mantiene un respeto irrestricto a la libre circulación y ejercicio liberal de la profesión médica y también a la no afectación de la propiedad privada.*

(Neo)Higienismo público: *enfermología y policía médica*

El surgimiento de una especie de "neohigienismo" (Solís, 2016), retomando el postulado que la higiene urbana y familiar-comunitaria radican en las respuestas esenciales a esta crisis y sus daños sanitarios (Ej: enfermedades-muertes por Covid-19, crisis sistemas de salud pública, crisis antropocéntrica, crisis de multiniveles en lo general, particular y singular), tomó radical centralidad en la emergencia actual de SARS-CoV-2.

Postulados de estilos de vida hiper higienizados, cambios en comportamientos individuales que se narran repetidamente e intentan implementarse en sociedades excluyentes, inequitativas y desiguales (Guereña, 2012). Aislamiento, lavado de manos, distanciamiento social, venden una seguridad y tranquilidad un tanto falaz que se demuestra impotente y contradictoria a las dinámicas caóticas e injustas que se visualizan en la materialidad de las condiciones de vida de familias, grupos sociales y poblaciones latinoamericanas y caribeñas, en definitiva, de la salud de las sociedades.

La medicina urbana higienista, con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, de lavado poblacional, no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII.

Nunca la historia de la especie humana permaneció indiferente a las dinámicas de medicalización, en cada salto de biomedicalización se reelaboran nuevas normalidades y formas de hegemonía del saber.

El monumental *System einer vollstandigen medizinischen polizey (Sistema integral de policía médica)*, obra del médico alemán Johann Peter Frank aparecida en nueve volúmenes entre 1779 y 1827, expresa el enfoque biomédico que dirige la existencia del ser humano desde la cuna hasta la tumba, con el fin de protegerle de las amenazas que proceden de su entorno físico y social. Los individuos, por su parte, deben someterse a todas esas reglamentaciones,

pues solo así obtendrán la vitalidad y el vigor físico que se les demanda y exige. En consecuencia, las elaboraciones teóricas de Frank aparecen revestidas de un contenido autoritario y paternalista que encajaba muy bien dentro de los planteamientos del despotismo ilustrado, forma de gobierno surgida en la segunda mitad del siglo XVIII que trató de conciliar el absolutismo con las ideas filosóficas de la Ilustración, y que intentó conjugar los intereses de la monarquía con cierto bienestar de los gobernados. El tratado de Frank tuvo una influencia extraordinaria y condicionó el desarrollo posterior de la higiene pública en toda Europa, posteriormente su importación en América Latina y Caribe.

En 1813, Fodéré en su *Traité de médecine légale et d'hygiène publique, o de police de santé, adapté aux codes* que fue publicado en seis volúmenes, sugería una especie de catecismo higiénico y mandamientos de la higienización. Posteriormente influenciado por la llamada teoría social de la epidemiología el mismo autor escribirá la "*historique et moral sur la pauvreté des Nations, la población, la mendicité, les hopitaux et les enfans trouvés,*" publicado en 1825. Fodéré, que entonces tenía 61 años, afirmó que la vejez le había hecho entender mejor las cosas (Fodéré, 1825): era necesario acabar con la pobreza, no con los pobres ni tan sólo controlarlos e higienizarlos.

En los informes presentados en 1887 con motivo de la construcción de un lazareto en la "rada" exterior del puerto de Buenos Aires, los médicos afirmaban que "las cuarentenas tienen que ser reemplazadas por medidas más prácticas, más científicas, más seguras y económicas" (Partenio, 2009). Entonces la diversificación y centralización de los dispositivos higiénicos de control estatal se hizo presente a partir de 1890 en Argentina (Salessi, 2000). Es decir, el higienismo sanitario tendió por un lado a la medicalización de la familia y del individuo, y, del otro, el desarrollo de la higiene pública y el funcionamiento de la medicina como instrumento de control social (Foucault, 1999).

El francés Auget de Montyon también enfatizaba la importancia de conocer a la población bajo control para una intervención racional e imperceptible de jurisdicción y policía médica en 1807, y nunca incluso aceptó la interferencia del Estado: creía en el ejercicio liberal y filantrópico de los médicos. De esto se trataría la modernidad para Montyon: actuar sobre todos los aspectos biológicos de la población, preferiblemente de manera imperceptible (Guimbaud, 1909).

En el curso de 1978, *Seguridad, territorio, población* (Foucault, 2008), la policía médica aparece descrita como un conocimiento empírico (variologización y vacunación) en oposición al conocimiento médico teórico. El concepto "*Medizinischepolizei*", policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad, morbilidad o natalidad, sino de una nueva normalización y formas de disciplinamiento social.

La biomedicina, cuya forma de intervención médica asigna a la atención en un espacio cerrado una valoración de carácter terapéutico se vio complementada por el modelo higienista que orientó su mirada a controlar los espacios abiertos y generar políticas de saneamiento. Por una parte, las prácticas de supervisión (como las visitas de inspección, los desalojos, la quema de pertenencias, otras) pusieron en marcha una serie de coacciones bajo las cuales se pudo inspeccionar, separar y aislar a los individuos. Por otra, el "incumplimiento" de las disposiciones y "la falta" de hábitos (de higiene, del cuerpo, de la salud) extendidos en la población, evidenciaron no solo la complejidad que revistió el proceso de medicalización de la sociedad, sino también la necesidad de recurrir a procedimientos represivos cuando las mencionadas "coerciones sutiles" – en términos foucaultianos– y los mecanismos de moralización fallaban.

El Estado alemán del siglo XVIII, y sobre todo en Inglaterra, se basan en una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clases más acomodadas. Higienizadas, encerradas, y sin incomodar las relaciones asimétricas.

Ya el filantropismo inglés entendía la función social de la caridad dentro del dominio de la policía sanitaria. Por eso ninguna neohigienización con policía médica en el siglo XXI puede ser observada sin dispositivos de asistencia social.

Cada país tuvo su propio desarrollo en el pensamiento higienista y de policía médica eurocentrado: Johann Heinrich Gottlob von Justi (Alemania), Valentín de Foronda (España), Tomás Valeriola Riambau (España), Andrew Duncan (Reino Unido), José Pinheiro Freitas Soares (Portugal), John Robertson (Reino Unido), Peter Frank (Alemania), François-Emmanuel Fodéré (Francia), Auget de Montyon (Francia), Girolamo Fracastoro (Italia), y la lista continúa.

A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocuparán por la salud de su población. El historiador de la medicina George Rosen (1953) argumentó que el origen de la policía médica y el higienismo se encuentra estrechamente vinculado a esta actitud del pensamiento mercantilista hacia la sociedad y, en particular, a su anhelo de mantener una población en constante aumento, lo que se justificaba por motivos políticos, económicos y militares. Para la doctrina mercantilista el producto total social dependía directamente del volumen de la mano de obra, por lo que, según se argumentaba, el aumento de la población conducía al incremento del producto bruto anual.

Tal como la Ilustración persiguió instaurar un nuevo orden urbano basado en la higiene y la asepsia colectiva, lo que se tradujo en la concepción y ejecución de medidas de policía médica que tenían como finalidad combatir la degradación física y moral del ciudadano para hacer de él un individuo sano y disciplinado. La aceleración de la biomedicina infectológica y la enfermología pública ante el SARS-CoV-2 también pareciera transitar no sólo estas epistemologías y prácticas sino especialmente la construcción de un empirismo de ensayo y error basado en los fundamentos antes mencionados.

Estas soluciones y trayectorias históricas de lo que hoy denominamos (neo)higienismo y enfermería pública dejaron sus huellas en la superficie del Estado (la biomedicina estatal) y también en sus estructuras más profundas.

Estado como aparato burocrático sanitario: cuarentenas, higienismo y policía médica

Para responder a parte de estas preguntas formuladas sobre las cuarentenas y el (neo)higienismo es quizás especialmente importante reflexionar sobre la comprensión de las interacciones entre el Estado y la sociedad. Las dinámicas sociopolíticas del Estado toman cuerpo e institucionalización a través de las cuarentenas, higienismo sanitario y policía médica del Covid-19 (Basile, 2020). La forma de intervención del Estado en la sociedad, su capacidad de infiltrarse en ella en general describe las características y lógicas subyacentes en ese accionar.

Foucault (2008) en este sentido creó el término *gubernamentalidad*, como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado a través de la salud que empíricamente excede la intervención en las enfermedades para transformarse en una mentalidad de control en y con la sociedad.

Para Weber (2015) en sus estudios de la burocracia, el Estado existe en tanto cuenta con un cuerpo administrativo. Ya uno de los teóricos eurocéntricos del Estado, como el alemán Carl Schmitt planteaba una premisa: "te protejo, y por tanto te obligo".

Es decir, el Estado quedó reducido como un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al Covid-19 a través de la activación de cuarentenas, higienismo y policía médica. La racionalidad empírica y legal que opera en las cuarentenas e higienización separa al Estado del conjunto de la ciudadanía. Vigilar y castigar para cuidar.

El Estado latinoamericano y caribeño pareciera tener en la genética de sus modos de actuar una selectividad estratégica, siéndole que al Estado le es

Esta breve revisión sobre higienismo público y policía médica resulta clave para preguntarse *¿en el riesgo epidémico del Covid-19 se está frente a una actualización de higienismo sanitario y policía médica? ¿Es nuevo esto en la región?*

más fácil solventar y responder unos problemas que a otros (Jessop, 1999).

¿Por qué a los Estados en la región les fue más fácil activar los aparatos represivos del monopolio de la fuerza y la coerción movilizando control policial médico-social y militarización en la respuesta a una emergencia de salud pública en fase epidémica? ¿Por qué en muchos países tuvieron carreras contra el tiempo en la tesis "ganar tiempo" para incorporar camas, tecnología sanitaria para cuidados intensivos sin tocar ni un solo establecimiento privado de salud?

Dirían múltiples autores porque el pasado, condensado en las instituciones, pesa en el presente. El Estado es una condensación institucional de las relaciones sociales y de poder al interior de una sociedad. Es evidente que los Estados arrastran el peso de su pasado: la *path dependence*, esto es, la dependencia de la trayectoria (Monedero, 2015). De aquí es que resulta clave estudiar con mayor profundidad la *gubernamentalidad en salud* y las prácticas que construyen *estatalidad sanitaria* que vienen de la trayectoria del panamericanismo sanitario y que se dinamizaron a partir del riesgo epidémico del SARS-CoV-2.

Como se planteó en un reciente dossier de salud internacional sur sur (Basile, 2020), la conjugación de comités operativos de emergencias de salud pública atestados de expertos clínicos en su mayoría varones, burocracias estatales con policías y/o militares y por otra parte, sin espacios de simetría de poder con referentes populares, mujeres, indígenas, trabajadores organizados habla en cierta medida de la selectividad estratégica del Estado a la hora de gestionar la pandemia. Hay cosas que le salen más fácil al Estado. Eso de las y los "Otros", se ocupa los Ministerios de asuntos sociales, o la gubernamentalidad segregada y sectorializada del Estado residual.

Lo que se intenta plantear aquí es que la arquitectura institucional e intervención del Estado en la sociedad ante el riesgo epidémico de Covid-19 tendió a operacionalizar una salida que trae en la genética de los que llamados panamericanismo: los nuevos aparatos de control como las tecnologías conjugado con los viejos aparatos de control reactualizados al presente: higienización, policía médica, militarización extrema, segregación territorial y social.

Claro siempre los conflictos y sus soluciones dentro del Estado se convierten en algo supuestamente neutral, objetivo, fáctico, empíricamente indiscutible. La dualidad y dicotomía puesta como razón de Estado: “Es esto, o la muerte”.

Es en estos momentos que el Estado también recuerda los cimientos de sus largas tradiciones estructurantes: la Iglesia y el Ejército. Potestas y Autoritas. Una cuestión de fe y/o de fuerza. O ambas.

Se trata de diseccionar la configuración de las fuerzas que prevalecen en las dinámicas dentro y en el cuerpo del Estado. Históricamente, en el proceso de consolidación de los Estados nacionales, fueron y son esenciales el ejército y la policía como articuladores del poder económico y político.

En un breve resumen sobre los antecedentes y revisión del marco teórico y metodológico del higienismo público, policía médica y el Estado de control sanitario activado para respuesta Covid-19 se puede describir en:

- *Triunfo de una facción neohigienista y de policía médica dentro del Estado latinoamericano y caribeño*
- *Reproduce prácticas empíricas desde una trayectoria histórica que trae el panamericanismo sanitario desde su nacimiento y expansión en la región.*
- *El higienismo público parte de la premisa de hiper higienización y control sanitario extremo.*
- *Se hacen constantes esfuerzos para dotar al empirismo del higienismo público de un aura de cientificidad. Se elaboran casi a diario nuevos tratados científicos de higiene y policía médica aplicada.*
- *El basamento empírico en el diseño y desarrollo de prácticas, medidas y acciones es elaborado preeminentemente por especialistas clínicos y defendido por la gubernamentalidad. La sociedad se transforma en suma de medidas y unidades individuales.*
- *Hay un “benchmarking” (venta de buenas prácticas y/o recetas) del neohigienismo y policía médica que se comercializan semana a semana en nuevos dispositivos exitosos de afrontamiento al Covid-19*
- *Es un benchmarking que puede generar huellas y cimientos para otras emergencias de salud pública*
- *Se construye una gubernamentalidad (neo)higienista y de policía médica naturalizada y hasta aplaudida.*
- *Las policías médicas implementadas de control y vigilancia ya no son de enfermedades, sino de personas y poblaciones (comparar casos y detenciones).*
- *El (neo)higienismo sanitario se transforma en nuevas formas de normalización y disciplinamiento social.*
- *Esta dinámica de (neo)higienismo y policía médica ya venía siendo utilizada para otras enfermedades como el Dengue, Zika (la guerra al mosquito, guerra a la sociedad), la Leptospirosis, entre otras.*
- *Externaliza los riesgos y daños de la salud en el individuo y transfiere responsabilidades a la sociedad (“estilos de vida”) pero en ningún caso abre replanteos sobre el Estado y sus sistemas de salud, protección y cuidado*
- *El (neo)higienismo controla cuerpos e individuos debidamente higienizados y disciplinados.*
- *Respuestas públicas duales y dicotómicas: “esto o la nada”, o peor aún: “es esto o la muerte”.*
- *La temeridad puesta como Política de Estado y/o incluso como consigna social y político-electoral.*
- *La militarización y securitización de las emergencias y desastres es un proceso en constante expansión mundial que encuentra en el (neo)higienismo y policía médica espacios de perenización en el Estado y en la sociedad.*

Securitización de la salud y las amenazas globales

El tercer concepto de la triada es el de seguridad sanitaria global (Flor, 2018). Ideario que obliga a los Estados del sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales del norte global que a las necesidades reales de salud colectiva de sus sociedades (Rusthon, 2010).

El nexo entre seguridad y salud se convirtió en una narrativa dominante dentro del campo de la salud y lo internacional en las últimas dos décadas. Con una invasión de la actividad militar en esta área de la salud.

Flor (2018) presenta la emergencia de la seguridad sanitaria global como el producto de un proceso de medicalización internacional. Lo denomina *biomedicalización de las relaciones internacionales*.

Actualmente el proceso de biomedicalización de las relaciones internacionales se expande por diferentes vías como son las nuevas diplomacias sanitarias, el sistema de cooperación sanitaria Norte-Sur, las intervenciones humanitarias y militares en salud (Basile, 2018b). La medicalización de la seguridad global se considera desde la tesis de amenaza internacional para el Norte global a la circulación de enfermedades infecciosas y patógenos entre las cuales se cuenta a las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el ébola, o actualmente el SARS-CoV-2.

La expansión de la globalización anclada en el complejo político liberal de fines del siglo XX y continuada en el siglo XXI implicó la aparición de problemas que eran cuantitativa y cualitativamente distintos a la Guerra fría. Así el punto de partida de esta tesis de seguridad global en salud viene de una interpretación que algunos ubican sus orígenes en el año 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 para su seguridad nacional (Flor, 2018).

A nivel mundial a partir de la consolidación de la salud global liberal (Basile, 2018a), el actor que vino reclamando considerar que las enfermedades emergentes constituían una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el Center for Disease Control and Prevention (CDC) argumentando que podían afectar negativamente tanto a sus intereses comerciales internacionales, geopolíticos como a la salud pública de sus ciudadanos. La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de la *securitización*, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional de los EE.UU. (King, 2002) pero sin considerar en lo más mínimo a las causas estructurantes en el metabolismo sociedad-naturaleza que condicionaban la aparición de estas nuevas enfermedades (Basile, 2020).

Como señala Flor (2018) las agencias de seguridad y los centros de investigación de Estados Unidos no dirigieron sus esfuerzos a estudiar y transformar los procesos estructurantes de estas enfermedades sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológica global que pudiera responder y alertas a las amenazas a “su” seguridad.

De ahí la aparición en cadena de los centros de estudios que desde el Norte global centralizan trabajar este marco teórico y metodológico que coloniza la comprensión de las epidemias, pandemias, otras emergencias de salud pública: Johns Hopkins Center for Health Security, Global Health and Security Executive Program Harvard Kennedy School and Harvard Medical School, Harvard Center for Risk Analysis, Oxford Centre for Tropical Medicine and Global Health, Global Health Security Index, Walter Reed Army Institute of Research¹, entre otros. También jugaron un importante papel los medios de comunicación, al difundir información relativa a las amenazas que suponían estas nuevas circulaciones infecciosas, lo que contribuyó a aumentar el temor, la ansiedad y las demandas de protección entre la población estadounidense en lógica de securitización sanitaria (Wald, 2007).

¹ ShareAmerica – “El Ejército estadounidense tienen un largo historial en detener contagios”. Recuperado en: <https://share.america.gov/es/las-fuerzas-armadas-de-ee-uu-tienen-un-largo-historial-en-detener-contagios/>

La seguridad sanitaria global es un concepto modificado dependiendo el contexto, patógeno y quién / qué está en riesgo. Las múltiples gramáticas de seguridad en la narrativa de la seguridad sanitaria mundial implicaron formas y lentes de abordajes desde los casos como el VIH-SIDA, SARS o las gripes pandémicas, el ébola, el zika, entre otras amenazas. Esto sugiere que existe una variación y readecuación reflejada en el lenguaje utilizado para distinguir los diferentes problemas de salud colectiva dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global (Wenham, 2019).

Esta tendencia incluye año tras año un creciente protagonismo de intervenciones militares entendiendo a la salud como problema de seguridad nacional. La participación militar nacional de China en la preparación y respuesta a brotes de influenza y SARS, la red de vigilancia liderada por militares de Perú, las actividades militares de detección de VIH de Tailandia, el control de vectores militarizados de Brasil y otros países de la región por el Zika y Dengue, la gestión del cólera por las fuerzas armadas en Zambia, los buques e incursiones del Comando Sur en Latinoamérica para atención médica de enfermedades desatendidas, y la lista continua. Esto es conceptualmente diferente con el cambio en paralelo producido desde la seguridad sanitaria mundial en la participación de militares en cuasi invasiones internacionales para responder a las preocupaciones de enfermedades infecciosas externas al Norte global como fue el caso del ébola en Sierra Leona y Libera donde desembarcaron ejércitos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Francia, entre otros. Es un *modus operandi* con botas en el suelo para combatir la amenaza de una enfermedad. En África comandaron las cuarentenas, la segregación y los centros de confinamiento.

El discurso del excepcionalismo, con o sin fracasos generalizados, está produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al normalizar el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares dependiendo el país) en la respuesta de emergencia de salud pública con las enfermedades infecciosas.

El resultado de todos estos movimientos es que los militares son innegablemente reconocidos y cada vez más como un actor clave en las operaciones de seguridad de la salud global. Y que también se conjuga el intentar darles un rol a las fuerzas militares en momentos de paz y/o de mantener e incrementar su gasto militar (Wenham, 2019).

Las actividades de 'paracaídas', donde recursos financieros, humanos y médicos-sanitarios se bombean a un lugar de brote o emergencia de salud pública para sofocar un incendio epidemiológico en particular, pueden detener la distribución y tendencia de una enfermedad en ese momento, pero hacen poco para abordar sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva (Breilh, 2013) que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean particularmente susceptibles a las enfermedades y muertes injustas y evitables.

O peor aún, el “estado de guerra” a una enfermedad -demostrado en el caso del ébola y actualmente en Covid-19- puede debilitar gravemente las acciones fundamentales de los servicios de salud pública generales, de atención básica centrada en la comunidad, de la vacunación, de la respuesta a las enfermedades endémicas, de la salud de las mujeres, del cuidado y la protección sanitaria, es decir, produciendo *arreglos* en sistemas de salud pública con inyección de anabólicos de respuesta en lógica de “paracaídas” sin fortalecer las vigentes ni nuevas capacidades.

Además, aunque las enfermedades que carecen de una causa microbiana son una grave carga para la salud de las sociedades en muchos lugares del mundo y también en el Sur global, el brote repentino de una enfermedad infecciosa potencialmente letal tiene una mayor capacidad para atraer la atención de las sociedades occidentales y los decisores políticos del sistema-mundo (Basile, 2020). Especialmente en los países del Norte global, donde las poblaciones están menos acostumbradas a las enfermedades infecciosas que presentan un riesgo de mortalidad.

Por último, la definición de zonas de peligro y zonas de seguridad existe una línea divisoria (borde) que se puede (des)dibujar y luego controlar como una forma de proteger la salud de una población en un lado de la línea de la exposición a los cuerpos enfermos de las poblaciones en el otro lado. Las fronteras entre estados fueron y son sitios de modos exclusivos de práctica de seguridad y abandono. Para los gobiernos que enfrentan riesgos de muchos tipos, existe una fuerte tentación de pensar primero en los territorios de los que son responsables. Las medidas de bioseguridad relacionadas con la migración y basadas en la frontera pueden, por lo tanto, servir a un propósito político interno útil para mitigar la ansiedad de las poblaciones dentro de un territorio determinado. Aunque las restricciones de movilidad dificulten la inserción de personal médico o de suministros entre países afectados (MacInnes et al, 2020).

Ahora bien, la narrativa de seguridad sanitaria mundial fue construyendo un régimen de gobernanza asociado.

La propia OMS estuvo por años presionada por las demandas permanentes de EE.UU. e incluso Canadá para responder a su lógica de seguridad sanitaria global. La OMS se vio forzada, como suele suceder en últimos 30 años, en tener una función clara de trabajar sobre estas solicitudes, o perder más poder del que ya viene sufriendo (Davies, 2008). Para adecuar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional a las exigencias del momento, las tecnocracias de la OMS revisaron la última regulación del Reglamento Sanitario 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 es el GOARN (Global Outbreak Alarm Response Network) y las preparaciones pandémicas. Así con la Red Global de Respuesta a Alertas de Brotes (GOARN por sus siglas

en inglés), la OMS mantuvo un aparente dominio y éxito en mostrarse como el actor principal para abordar las amenazas de enfermedades para el Norte global y responder a estos intereses geopolíticos. Esta estructura institucional se complementa con una serie de ONG y actores no estatales que comprenden el régimen global de seguridad sanitaria. 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).

Pero el vigente sistema de vigilancia epidemiológico global fue siempre y es considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS contribuyeron a construir (Flor, 2018).

Lo cual traza la poca sorpresa para algunos que una epidemia en fase de afectación pandémica principalmente para el Norte global ya que el 80% de los casos y 88% de las muertes se producen en Estados Unidos, Canadá y Europa (OWD-Oxford University, 2020), paraliza al sistema-mundo entero y replantea las reglas del juego. No por la pandemia en sí misma, sino que se replantea en ese centro global preguntándose: *¿para qué sirve este sistema (léase la propia OMS) que no nos sirvió ni respondió al Norte global cuando lo necesitamos?* El descrédito de la OMS en varios países del complejo político liberal (EE.UU., Reino Unido, Australia, entre otros) es creciente. Por supuesto que en gran medida la afectación particular de Europa y Estados Unidos es lo que muestra una alerta, financiamiento, sobreatención y respuesta global de total prioridad para la seguridad sanitaria por su impacto geopolítico. Una vez pasada esta afectación en el centro global, habrá que monitorear la respuesta al proceso pandémico (Basile, 2020).

Por ejemplo, la lenta respuesta de la OMS puesta en evidencia en el ébola en África en 2014 tuvo en gran medida como razones el desfinanciamiento crónico de la oficina regional de la OMS en África (IDS, 2015), y además la enfermedad fue comprendida como un problema olvidado y particularmente africano y no como una amenaza internacional. Esto hizo que la atención inicial y la respuesta en general fuera parcial y de baja alerta mundial. Cuando la enfermedad comenzó a transformarse en un potencial amenaza sanitaria al Norte global ahí claramente se movilizaron recursos (Honigsbaum, 2017). Con la Resolución No.2271 se impuso una respuesta internacional de emergencia caracterizada por la creación de un fondo global contra la epidemia, el envío de fuerzas militares occidentales como el Comando de los Estados Unidos para África (AFRICOM) y el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional (Burci, 2014). Estas actuaciones de emergencia contribuyeron decisivamente a cortar la cadena de transmisión, pero también produjeron unos efectos negativos que señalamos a continuación.

Además de 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 militarizada y de seguridad sanitaria se dio por finalizada comenzando así una fase de post-emergencia caracterizada por la retirada de los recursos internacionales.

Flor (2018) describe pormenorizadamente como los países africanos afectados tuvieron que continuar enfrentando los problemas causados por la epidemia como: 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 y economía nacional.

La securitización de la enfermedad desplegó una actuación de emergencia que desatendió en gran

medida los conocimientos y capacidades de las propias sociedades africanas.

La respuesta local a la enfermedad demostró la importancia del cuidado y la solidaridad desarrollada por las sociedades africanas para responder a las fases de emergencia y post-emergencia de la epidemia. En este sentido 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 respuesta en terreno (Tomas, 2015), como nuevas redes que diseñaron programas para dar seguimiento a la cadena de transmisión y desmentir informaciones falsas que estigmatizaban la cultura y el comportamiento africano (Bajo, 2015). El refuerzo de una mirada occidentalizada de las sociedades africanas representadas como pasivas y temerosas se conjugó con el desinterés por intervenir sobre las determinantes internacionales de naturaleza política, ecológica o económica de la crisis epidemiológica. La población africana fue representada como un conjunto homogéneo, temeroso y pasivo a merced de la ayuda internacional.

En definitiva, este último eslabón de la triada actual en la respuesta al Covid-19 busca marcar que las políticas de seguridad sanitaria global fueron diseñadas, pensadas y centradas en la defensa de los intereses de los Estados occidentales del Norte global. Esta securitización de la salud con los esfuerzos globales en la priorización de la lucha contra enfermedades que obedecen a este mandato de seguridad sanitaria del Norte global, sin duda desplazan actuaciones sobre otras necesidades sanitarias mundiales y regionales (Basile, 2020).

El concepto en la medida en que abarca una multitud de problemas de salud (y otros), cualquier objeto se construye como amenaza para la seguridad de la salud. En segundo lugar, la seguridad de la salud va más allá de un dispositivo retórico para incluir la participación directa del sector de la seguridad.

Al cuestionar la vigencia de una mirada colonial sobre el Covid-19, de mirarse en espejo a la “catástrofe” epidémica de Europa y Estados Unidos, refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia desde la salud internacional sur sur para poner en el centro el papel que juegan otras determinaciones internacionales en la producción de la enfermedad, en los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza, el neoliberalismo y capitalismo del desastre (Basile, 2020). Hay una nueva autoridad sanitaria internacional que emergió con la salud global liberal que quedó olvidada en el medio de la pandemia: las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el Banco Mundial (BM), Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Mundial del Comercio (OMC) que pasaron a ser actores centrales de la agenda sanitaria global (Basile, 2018b). La llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a las reformas de los sistemas de salud en varios países tuvieron asociación y coordinación directa con la propia OMS y OPS, agencias que actualmente lideran la respuesta sanitaria. Esta nueva autoridad sanitaria global “de hecho” es la que primordialmente es necesario señalar y analizar en el actual contexto de pandemia Covid-19.

La narrativa de seguridad sanitaria mundial y de seguridad sanitaria nacional, que ya se había afianzado en el panorama mundial de la salud y el discurso de formulación de políticas, encuentra en la “guerra” al Covid-19 una plataforma de perenización global totalizante. Este proceso sigue la lógica de titulización de la Escuela de Copenhague, según la cual cualquier problema puede ser percibido como una amenaza a la seguridad “no necesariamente porque exista una amenaza existencial real sino porque el problema se presenta como una amenaza”. Es decir, la clave para esta comprensión de la securitización de la salud no es la ‘amenaza’ real de un patógeno y/o enfermedad sino un acto de narración exitosa -dice Wenham (2019)- ‘a través del cual se construye una comprensión intersubjetiva dentro de una comunidad política para tratar algo como una amenaza existencial para un objeto referente, [generando] el respaldo de medidas excepcionales de emergencia más allá de las reglas que de otro modo estarían obligados’.

Esto tendrá (y tiene) repercusiones tangibles para las operaciones de seguridad sanitaria mundial, y se corre el riesgo de poner en peligro de naturalización y aceptación futura por parte de las sociedades a nivel global, regional y nacional de intervenciones de seguridad sanitaria mundial a partir de intervenciones militares y de policía médica, y por lo tanto asociado a esto también poner en (re)activación la capacidad de promulgar medidas extraordinarias que pueden ser siempre necesarias, es decir, una política de la excepcionalidad como nueva regla en la respuesta a las emergencias de salud pública y desastres.

A modo de reflexiones finales:

La normalización de las cuarentenas empíricas, el (neo)higienismo con policía médica en los territorios nacionales y la securitización global resultan elementos claves para comprender el nuevo nexo entre seguridad y salud, asumiendo un reconocimiento indisimulable: demasiados problemas de salud colectiva (además de Covid-19) ahora están enmarcados dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global y la seguridad nacional. Es importante estudiar las implicaciones de este movimiento expansivo y preguntar si es solo un concepto para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas y qué riesgos plantea al normalizar estas intervenciones de seguridad en el campo de la salud colectiva.

Formulaciones de respuestas sanitarias tan ambiguas, empíricas, individualizantes, higienizantes, biomedicalizadas, excepcionalmente securitizadas y dualmente explicadas y desarrolladas (*“es esto o la muerte”*) van transformando lo extraordinario en norma y se van generando etiquetas que pueden ser adaptadas a múltiples contextos, poblaciones y momentos. La triada se entrelaza con la necesidad de actuar por miedo. El miedo continuará sintiéndose y, por lo tanto, el dilema de seguridad en salud continuará.

La única forma de terminar con una arquitectura de respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 es construyendo otra arquitectura más relacional y compleja.

Pero para esto es necesario revisar profundamente los entramados y reconstrucción de capacidades del Estado y los bienes públicos para la salud y la vida. No son camas y ventilación mecánica, son nuevas relaciones sociales condensadas en la institucionalidad del Estado a través de nuevos sistemas de sistemas de salud y protecciones sociales que sean capaces de cuidar, proteger y sanar para ciudadanizar. No sólo de controlar, vigilar y castigar.

El conservadurismo político en sus conexiones con ciertos bloques de poder contingentes siempre tuvo capacidad de infundir miedo y al mismo tiempo mercantilizar. Sea miedo a un dios, a los extranjeros, a las mujeres, a los diferentes, a los que creen en otros dioses, a los ejércitos, a otros reyes, a los que alzan la voz o a las y los que cuestionan el orden existente.

Las cuarentenas conjugadas con (neo)higienismo sanitario y policía médica están produciendo un nuevo orden en la sociedad y en la salud colectiva. El orden existente es un orden elaborado y educado en el miedo, donde opera el refrán que dice que *“es mejor lo malo conocido, que lo bueno por conocer”*. Decía Goethe *“prefiero la injusticia al desorden”*. Es decir, es mejor el orden del privilegio de #quedateencasa, aunque sea injusto, que el miedo al desorden.

Es tiempo no solo de solucionar problemas. Sino de problematizar las soluciones.

- gbasile@flacso.org.do *Epidemiólogo y cientista social argentino.*
- *Coordinador Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO*
- *Director del programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana /*
- *Investigador y profesor de maestrías y programas de doctorado en salud pública en América Latina y Caribe.*

BIBLIOGRAFÍA:

Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23 (6), 369-375.

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2, 123-146.

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.

Aragón, L. (2006). "Fortalecimiento de la cooperación internacional horizontal en América Latina." *La Educación Superior en el siglo XXI. Visión de América Latina y el Caribe, Colección Respuestas* (2006): 1143-1166.

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.

Basile, G. (2018a). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, G. (2018b) "La colonialidad ética del Sistema Internacional de Cooperación: el caso Haití". Dossier de Salud Internacional Sur Sur. En Ediciones de GT de CLACSO. www.clacso.org.ar 2018.

Basile, G. (2019) La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Mayo, 2019.

Basile, G. (2020). Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermología pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Marzo, 2020.

Bonastra, Q. (2007) Le lazaret, à la croisée de traditions architecturales hétérogènes. *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*. 2008; 131-132: 65-69; *Fraile*, n. 57, p. 191-226.

Bonastra, Q. (2010). Recintos sanitarios y espacios de control: Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria. *Dynamis*, 30, 17-40.

Bourdieu, P. (2010). *Sul concetto di campo in sociologia*. Armando Editore.

Breilh, J. (2013). "Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud."

Burci, G. L. (2014). Ebola, the Security Council and the securitization of public health. *Questions of International Law*, 10, 27-39.

Ferreras, N. (2014). "El Panamericanismo y otras formas de relaciones internacionales en las Américas en las primeras décadas del Siglo XX." *Revista Eletrônica da ANPHLAC* (2014): 155-174.

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.
- Flor, J. L. de la. (2018). La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE. *Comillas Journal of International Relations*, (13), 49-62.
- Fodéré, F-E. (1813). *Traité de médecine légale et d'hygiène publique, o de police de santé, adaptado aux codes de l'empire français, et aux connaissances actualles*. 6 t. Paris: mame. 1813.
- Fodéré, F-E. (1825). *Esta historia y moralidad en las naciones, la población, los mendigos, los hopitaux y las luchas*. Paris: Huzard. 1825. [[Enlaces](#)]
- Foucault, M. (1999). Nacimiento de la biopolítica. En: *Obras esenciales. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 1999 (a) [1979], p. 209-215.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población: curso impartido en el Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes. 2008. [[Enlaces](#)]
- Frank, J.P. (1976). *Un sistema de policía médica completa*. Baltimore: The Johns Hopkins Press. 1976. [[Enlaces](#)]
global health. *Medical history*, 61 (2), 270-294.
- Granda, E. (2004): A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, n. 2, online.
- Guereña, J -L. (2012). "Urbanidad, higiene e higienismo." *Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales* 20 (2012): 61-72.
- Guimbaud, L. (1909). *Un grand bourgeois au XVIIIème siècle: Auget de Montyon (1233-1820) d'après des documents inédits*. Paris: Emile-Paul. 1909.
- Heymann, D. et al. (2015). 'Seguridad sanitaria mundial: las lecciones más amplias de la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en África occidental', *The Lancet* vol. 385: 9980, 2015, pp. 1884–901.
- Honigsbaum, M. (2017). Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of
Ingram, A. (2013). After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity. *Antipo-de*, 45(2), 436-454.
- Institute of Development Studies (IDS). (2015). Global Governance and the Limit of Health Security. Practice Paper in Brief. Recuperado en: <http://www.ids.ac.uk/publication/global-governance-and-the-limits-of-health-security>
- Jessop, B. (1999) "The strategic selectivity of the state: reflections on a theme of Poulantzas", *Journal of the Hellenic Diaspora*, N° 25 (1-2), 1-37. Disponible en: <https://bobjessop.wordpress.com/2014/06/16/the-strategic-selectivityof-the-state-reflections-on-a-theme-of-poulantzas/>
- Jessop, B. (2008) *State power*. Polity, Cambridge.
- Jori, G. (2013). Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. *Revista de geografía Norte Grande*, (54), 129-153. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022013000100008>
- King, N. B. (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32(5/6), 763-789.
- Mantovani, R. (2018) O que foi a polícia médica ?. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25 (2), 409-427. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000200007>

- McInnes, C y Lee, K. (2006). 'Salud, seguridad y política exterior', *Review of International Studies* 32: 1, 2006, pp. 5–23.
- McInnes, C., Lee, K., Youde, J. y Enemark, C. (2020). La bioseguridad y el riesgo para la salud mundial. En *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. : Prensa de la Universidad de Oxford. Consultado el 10 de mayo. 2020, de <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001/oxfordhb-9780190456818-e-12>.
- Monedero, J. C. (2015). Selectividad estratégica del Estado y el cambio de ciclo en América Latina. *ESTADOS EN DISPUTA AUGE Y FRACTURA DEL CICLO DE*, 338.
- O'Donnell, G. (1978). Apuntes para una teoría del Estado. *Revista mexicana de sociología*, 1157-1199.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007-protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra.
- Our World in Data. (2020). *Casos confirmados y muertes confirmadas por Covid-19*. Oxford University.
- 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>
- Partenio, F. (2009). Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860-1904. *URVIO: Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (7), 83-97.
- Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. *América Latina en Movimiento*. Quito, junio.
- Rosen, G. (1953). Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History of Medicine*, 1953, Vol. XXVII, p. 21-42. [[Links](#)]
- 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>
- Rushton, S. (2011). 'Seguridad de salud global: ¿seguridad para quién? ¿Seguridad de qué?', *Political Studies* 59: 4, 2011, pp. 779-96.
- Salessi, J. (2000) [1995]. *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. Buenos Aires 1871-1914*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Sendín, J. C., y Nieto, M. 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.
- Solíz Torres, M.F. (2016). "*Salud Colectiva y Ecología Política: la basura en Ecuador*". UASB, 2016.
- Tilley, H. (2011). *Africa as a living laboratory: Empire, development, and the problem of scientific knowledge, 1870-1950*. University of Chicago Press.
- 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.

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>

Weber, M. (2015). Burocracia. En *Working in America* (pp. 29-34). Routledge.

Wenham, C. (2019). La sobresegurización de la salud global: cambio de los términos del debate, *Asuntos internacionales*, Volumen 95, Número 5, septiembre de 2019, páginas 1093–1110.

Wenham, C. y Barros Leal Farias, D. (2019). 'Securitizing Zika: the case of Brazil', *Security Dialogue*, 2019. Recuperado en: <https://doi.org/10.1177/09670106198/56458>



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**

www.clacso.org

gtsaludinternacionalclacso@gmail.com

www.facebook.com/gtsaludinternacionalclacso