

**Bioseguridad estadounidense y la emergencia de la vigilancia epidemiológica global:
analizando la genealogía de un problema.**

U.S. Biosecurity and the Emergence of Global Epidemiologic Surveillance:
Analyzing the Genealogy of a Problem.

Alexis Bedolla*

Resumen: El desarrollo de sistemas de vigilancia de enfermedades infecciosas con alcance global y adaptados para identificar amenazas biológicas inesperadas no son consecuencia de una evolución científica "natural". Por el contrario, es posible explicarlas como resultado de discursos tecnocientíficos que incorporan determinadas perspectivas o intereses. En este sentido, el objetivo de este artículo consiste en demostrar la forma mediante la cual la política de seguridad nacional estadounidense tuvo una influencia crucial en el desarrollo de conocimientos epidemiológicos que fueron incorporados en las prácticas y reglamentos de la OMS a mediados de 1990. Por medio de un extenso trabajo documental y de archivo, este artículo busca evidenciar, en particular, la influencia de preocupaciones estadounidenses sobre la proliferación de armas biológicas y ataques bioterroristas en la formación del concepto "enfermedades infecciosas emergentes", así como mostrar dicha influencia en el desarrollo de novedosos sistemas de vigilancia epidemiológica. Se concluye que, en efecto, el discurso bioseguritario estadounidense ha tenido un papel decisivo en el desarrollo de conocimientos y prácticas epidemiológicas contemporáneas argumentando, adicionalmente, que tal discusión es útil para evidenciar los límites de dichas innovaciones a través de ubicar qué y a quién se busca proteger con su implementación.

Palabras clave: Bioseguridad, enfermedades infecciosas emergentes, Estados Unidos, vigilancia epidemiológica, Organización Mundial de la Salud.

Abstract: Far from being a "natural" evolution within epidemiology and public health, the development of global epidemiological surveillance systems adapted to identify unexpected biological threats respond, in fact, to technoscientific discourses that incorporate specific perspectives and political interests. The objective of this article seeks to demonstrate how US national security prerogatives had a crucial influence on the design of new technical practices of disease surveillance that were incorporated into the policies and regulations of the WHO in the mid-1990s. Through original documentary and archival research, the article demonstrates the influence of security concerns regarding the proliferation of biological weapons and potential bioterrorist attacks in the concept of "emerging infectious diseases" and, moreover, in the development of novel epidemiological surveillance systems. The article's conclusion suggests that, indeed, the American biosecurity discourse has had a decisive role in the development of contemporary epidemiological knowledge and practices. Arguing, additionally, that this discussion is useful in showing the limits of said innovations and reveals what and whom they aim to protect.

Keywords: Biosecurity, emerging infectious diseases, United States, epidemiological surveillance, World Health Organization.

Introducción

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue fundada con la aspiración de ser una institución técnica y políticamente neutral (ver Lee, 2009, pp. 12-25), a lo largo de su historia ha estado atravesada por diversas fuerzas e intereses políticos que han moldeado su operación (ver Cueto, Brown, & Fee, 2019). Si bien es cierto que en su pretensión de ser un organismo técnico la OMS ha optado, en general, por mantenerse al margen de controversias políticas, es indudable que su actuar refleja valores, perspectivas o preferencias que han tenido importantes consecuencias en políticas de salud en diversos rincones del mundo (ver Birn, 2014; Booth, 1998; Chorev, 2012; Menashi, 2003; Siddiqi, 1995).

La influencia de determinadas orientaciones políticas dentro de la OMS, no obstante, es amplia y compleja. No solo puede ser analizada por medio de la revisión de su financiamiento económico (ver Clinton & Sridhar, 2017, pp. 89-97; Gulrajani, Haug, & Weinlich, 2022). Tampoco es materia exclusiva del análisis geopolítico que busca evidenciar las presiones que ejercen sobre ella poderosos actores internacionales en coyunturas de salud específicas (ver Farley, 2008; Peters, Hollings, Green, & Ogunniran, 2022). Adicionalmente, es posible analizarla cuestionando recomendaciones o acciones *técnicas* que en principio se consideran como políticamente neutrales.

Partiendo de dicha premisa, y con la ayuda de presupuestos clásicos de la literatura sobre los estudios de la ciencia y la tecnología (ver MacKenzie & Wajcman, 1999; Winner, 1980), el objetivo de este trabajo busca mostrar la relación entre política, ciencia y técnica atendiendo al caso de la emergencia de discursos tecnocientíficos que fueron atravesados por políticas de seguridad nacional. Específicamente, la hipótesis del presente trabajo busca demostrar, con una investigación documental y de archivo original, la forma mediante la cual la política de bioseguridad estadounidense contribuyó de manera decisiva tanto a (1) dar forma a ciertos conocimientos epidemiológicos referentes a enfermedades infecciosas, así como a (2) moldear la creación de nuevos sistemas de vigilancia epidemiológica que, a mediados de la década de 1990, fueron “exportados” a la OMS. En este sentido, al contrario de ser considerados como transformaciones neutrales, racionales u objetivas dentro del desarrollo de conocimientos

epidemiológicos, este trabajo muestra que el surgimiento de dichas innovaciones se constituyó en respuesta a una problemática particular que fusionó técnica con política.

En razón de tal hipótesis, la atención particular dedicada a la OMS (en contraste con otros actores relevantes en el campo de la salud global como el Banco Mundial o instituciones filantrópicas privadas) se justifica dado su mayor peso como agencia internacional especializada en recomendaciones técnicas de control epidemiológico. El presente artículo busca así explicar el proceso mediante el cual expertos estadounidenses pertenecientes a instituciones federales como los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) o el Instituto de Medicina (IoM) tuvieron una influencia crucial al delimitar los horizontes de una problemática que culminó en transformaciones al interior de una de las agencias internacionales más importantes encargadas del control de enfermedades infecciosas.

Para operacionlizar esta discusión, el artículo hace uso del concepto *problematización* (ver Bacchi, 2012; Deacon, 2000; Foucault, 2010; Osborne, 2003). Es decir, se parte de la presunción metodológica que asume que la consitución discursiva y práctica de un “problema” es, de hecho, el efecto de procesos históricos, prácticas sociales y estrategias políticas contextualmente situadas. Preguntando ¿cómo es que surge el planteamiento de un problema y por qué aparece en un momento dado? se da cuerpo a la discusión de cómo el surgimiento del problema de las “enfermedades infecciosas emergentes” apareció dentro de la epidemiología estadounidense durante una coyuntura histórica determinada.¹

Bajo la perspectiva de la problematización, por tanto, se busca explicar cómo fueron delimitadas las condiciones de pensar y actuar sobre las enfermedades infecciosas a finales del siglo XX. Y, con ello, se busca evidenciar las condiciones mediante las cuales preocupaciones políticas respecto a la seguridad nacional de los Estados Unidos fueron incorporadas tanto en el discurso técnico, como en los métodos de intervención de la epidemiología “global” de fin de siglo.

1 Vale la pena aclarar que problematizar en este sentido no significa hacer más complicado un tema o asunto, sino determinar el horizonte práctico de inteligibilidad en el que se enmarca un determinado fenómeno que se ha vuelto incierto o difícil de alguna manera en un contexto específico (ver Foucault, 2010).

Con esta perspectiva se pretende entonces de reconstruir el proceso socio-histórico de formación de una respuesta estratégica y creativa a disrupciones situadas en un determinado campo de acción.

Se trata, en suma, de una postura metodológica que busca reintroducir la política dentro de formas de pensamiento que usualmente se asumen como respuestas obvias o evidentes (usualmente cobijadas bajo apelaciones a la científicidad o la objetividad) pero que, no obstante, inscriben actores sociales específicos y dan forma particular a cursos de acción, decisión e intervención. Con una perspectiva que analiza la genealogía de problemas se busca entonces un doble movimiento analítico en el que se intenta averiguar (1) cómo se han construido las distintas soluciones a un problema; pero también (2) cómo estas soluciones resultan de una forma específica de problematizar un objeto (ver Foucault, 2019, pp. 224-226).

Para desarrollar este argumento, el análisis propuesto en este artículo se divide en tres partes. La primera analiza el cambio de la estrategia de seguridad de los Estados Unidos al final de la Guerra Fría para mostrar cómo desde el discurso y la política de seguridad nacional se configuró el problema de la proliferación de armas biológicas y el bioterrorismo. Con ello se reconstruye el contexto en el cual se propuso inicialmente la creación de un sistema de vigilancia global de brotes infecciosos. La segunda parte muestra, en cambio, cómo la articulación de la problematización de amenazas biológicas proveniente del mundo de la seguridad nacional entró en el campo de epidemiología a principios de los 1990 mediante la creación del concepto “enfermedades infecciosas emergentes”. Finalmente, la tercer parte muestra cómo ésta problematización fue adoptada al interior de la OMS mediante el análisis de transformaciones organizacionales, reglamentarias y técnicas ocurridas durante el periodo intermedio de la década de los 1990. Finalmente, la conclusión reflexiona sobre la importancia de este proceso y sus implicaciones.

I

Durante la mayor parte de la Guerra Fría, la amenaza de un ataque con armas biológicas en territorio estadounidense fue notablemente eclipsada frente al potencial peligro de una guerra nuclear. A pesar de que las armas biológicas generaron gran atención al interior de ciertos círculos

militares y políticos durante la década de 1950 (ver Endicott & Hagerman, 1998; van Courtland Moon, 2006); y a pesar de que la amenaza de un ataque biológico estuvo profundamente ligada con el desarrollo de nuevas prácticas epidemiológicas como la “inteligencia epidémica” (ver Fearnley, 2010; Langmuir & Andrews, 1952; Schaffner & LaForce, 1996), los esfuerzos políticos y militares del gobierno de los Estados Unidos dedicados a la protección biológica nunca estuvieron a la par con aquellos generados para la defensa frente a un ataque nuclear.

No obstante, hacia el final de la Guerra Fría, el interés político por el problema de las armas biológicas adquirió gran preeminencia. En principio, dicho interés fue reavivado a consecuencia de una extraña pero devastadora epidemia de ántrax que terminó súbitamente con la vida de 64 personas en la ciudad soviética de Sverdlovsk, el dos de abril de 1979. El extraño episodio había llamado la atención durante la época dado que había sido causado por un patógeno no infeccioso que no tenía registros de afectar a esa región. Adicionalmente, despertó el interés de oficiales militares y de agencias de inteligencia estadounidenses dado que había ocurrido en la vecindad de un complejo militar (ver Guillemin, 1999).

Bajo tales condiciones, el brote epidémico de Sverdlovsk levantó fuertes sospechas de haber sido causado por un incidente que involucraba armas biológicas. A pesar de no poder corroborar que efectivamente la epidemia había sido el resultado de un accidente en el laboratorio militar de la zona que intentaba modificar genéticamente cepas de ántrax hasta varios años después (ver Meselson et al., 1994), el incidente sugería, sin embargo, la existencia de un problema grave que marcaría el comienzo de una nueva era en las políticas de biodefensa estadounidenses.

El asunto era particularmente problemático puesto que la decisión de producir armas biológicas en la Unión Soviética únicamente podía ocurrir bajo estricta secrecía y ello necesariamente requería la aprobación de las más altas esferas del poder militar y político. Es decir, la epidemia de Sverdlovsk revelaba la existencia de un programa secreto de armas biológicas dentro de la Unión Soviética que ponía en riesgo la seguridad estadounidense, pero que era hasta entonces desconocido (ver Alibek, 1999; Leitenberg, Zilinskas, & Kuhn, 2012).

A pesar de las graves implicaciones del incidente, el asunto no generó interés suficiente para transformar las prerrogativas de seguridad nacional de la época, dominadas por el problema de una guerra termonuclear. Tampoco generó políticas inmediatas o específicas de defensa, mitigación o contención de armas biológicas. Lo que sí generó, en cambio, fueron discusiones dentro de círculos de expertos estadounidenses especializados en política exterior y seguridad nacional que comenzaron a renovar sus preocupaciones sobre el tema.

Un miembro notable de dichos círculos – que se convertiría en un actor clave en la renovación de la estrategia de seguridad nacional estadounidense – fue Joshua Lederberg. Lederberg era para entonces un científico internacionalmente reconocido, ganador del premio Nobel de medicina, y asesor experto de varias dependencias federales de los Estados Unidos. Habiendo estado muy involucrado como consultor de la Agencia de Desarme y Control de Armas durante las negociaciones de la Convención de Armas Biológicas en las décadas de 1960 y 1970, y habiendo trabajado como asesor científico y de seguridad nacional de varios presidentes, el Departamento de Defensa, la NASA, CDC y la OMS, Lederberg era una figura tremendamente respetada e influyente (ver Hughes & Drotman, 2008).

Sumamente preocupado por lo ocurrido en Sverdlovsk, el 18 de Octubre de 1985 Lederberg organizó y dirigió una pequeña pero importante reunión en la Academia Nacional de Ciencias en Washington D.C. (ver National Academy of Sciences, 1985). En ésta reunión Lederberg proponía discutir el problema de la producción secreta de armas biológicas en conjunto con algunos científicos y expertos en seguridad nacional (ver National Academy of Sciences, 1985, p. 5). No obstante, a pesar de estar enfocada al tema de las armas biológicas, dicha reunión se enmarcaba en un contexto más amplio puesto que las discusiones sobre la proliferación de armas durante los años finales de la Unión Soviética no estaban limitadas a las armas biológicas sino que incluían armas químicas, radiológicas y nucleares (ver Hoffman, 2011, pp. 379-382).

Lederberg, en este sentido, hacía eco de preocupaciones importantes durante la época respecto al problema de la proliferación de armas de destrucción masiva. Formaba parte de un coro más amplio de destacados expertos y funcionarios gubernamentales que urgían una profunda revisión de la estrategia de seguridad de Estados Unidos. Dichos expertos buscaban,

especialmente, abordar los enormes problemas de seguridad internacional relacionados con la proliferación descontrolada de este tipo de armas que era posible esperar con la caída de la Unión Soviética.

De manera notable, Lederberg unía esfuerzos con varios expertos y burócratas influyentes en política exterior como Zbigniew Brzezinski, Henry Kissinger, William Kristol, Richard Clarke y Anthony Lake para argumentar que Estados Unidos necesitaba una nueva aproximación que pudiera guiar su política exterior y estrategia de seguridad nacional frente a un entorno de seguridad sumamente diferente, donde el principio estructural no estuviera dirigido por la rivalidad nuclear con la Unión Soviética (Klare, 1995, pp. 4-7).

En consecuencia, y posterior a la reunión en la Academia Nacional de Ciencias, en uno de los primeros indicios importantes de esta creciente preocupación por la proliferación de armas de destrucción masiva, Lederberg y otros doce expertos cuidadosamente seleccionados por la Casa Blanca (como Kissinger, Brzezinski y Samuel Huntington), fueron comisionados en enero de 1988 por la administración Reagan para recomendar propuestas y ajustes a la estrategia de seguridad nacional de largo plazo de los Estados Unidos. La “Comisión de largo plazo” (como se la conoció), después de varios meses de trabajo, publicó un influyente informe que abogaba por la necesidad de reformular la estrategia general de seguridad nacional dado el entorno internacional marcado por una Unión Soviética críticamente debilitada (ver U.S. Commission On Integrated Long-Term Strategy, 1988).

Uno de los cambios clave presentados en el informe era respecto a la naturaleza de las nuevas amenazas de seguridad que se transformaban sustancialmente. Recomendaban que la estrategia de seguridad nacional de los Estados Unidos tendría que pasar de articular una defensa frente a un enemigo conocido, estable y estructurado a través de un estado-nación, a enfrentar a un número desconocido e inespecífico de actores y amenazas. El informe reconocía así la relevancia disminuida de la amenaza nuclear soviética y, en su lugar, enfatizaba la importancia creciente del “conflicto de baja intensidad” que se refería a “insurgencias, terrorismo organizado, crimen paramilitar, sabotaje y otras formas de violencia en un zona gris entre la paz y la guerra abierta”. “Para defender sus intereses”, el informe señalaba, “los Estados Unidos tendrán que

tomar los conflictos de baja intensidad mucho más seriamente” (U.S. Commission On Integrated Long-Term Strategy, 1988, p. 11).

Estas preocupaciones emergentes sobre conflictos de baja intensidad y amenazas inesperadas centraron su atención, en particular, en los problemas relacionados con 'Estados rebeldes' (Rogue States) y organizaciones 'terroristas' en tanto se esperaba que podían adquirir 'armas de destrucción masiva'. Un problema que, como han demostrado muchos expertos, vino a reemplazar en términos discursivos y prácticos a la amenaza nuclear soviética como el problema más significativo seguridad nacional para los Estados Unidos tras el colapso de la Unión Soviética (ver Homolar, 2010; Hoyt, 2010; Klare, 1995, pp. 3-16; Miles, 2011, pp. 9-25; Stampnitzky, 2013, pp. 139-164; Tsui, 2015, pp. 69-76).

Fue justamente a finales de la década de 1980 y principios de los 1990 que Lederberg inició una intensa campaña para llamar la atención sobre el problema de la proliferación de armas biológicas. De manera notable, se dio a la tarea de hacer que funcionarios federales encargados de la política exterior de seguridad nacional estadounidense prestaran atención a la amenaza naciente del bioterrorismo (ver Wright, 2007, pp. 66-70).

Rastreando el trabajo de Lederberg durante esta coyuntura, es posible encontrar ejemplos de sus esfuerzos en una serie de importantes reportes encargados por parte del Senado estadounidense a la Oficina de Evaluación Tecnológica² (OTA, por sus siglas en inglés) (ver Office of Technology Assessment, 1991, 1992, 1993). En dichos reportes Lederberg participó definiendo y caracterizando el problema de la proliferación de armas biológicas, presentando diversos argumentos sobre la amenaza específica del bioterrorismo. En particular, hacía uso de una retórica discursiva que articulaba una percepción de extrema vulnerabilidad basada en el potencial de las armas biológicas para causar daños catastróficos. Lederberg, en este sentido, mencionaba que:

² La Oficina de Evaluación Tecnológica (OTA) fue una oficina del Congreso de los Estados Unidos que funcionó desde 1974 hasta 1995. El propósito de la OTA era proporcionar a los miembros y comités del Congreso un análisis experto de los complejos problemas científicos y técnicos de finales del siglo XX.

“La mayoría de los expertos están de acuerdo en que es más fácil adquirir la capacidad técnica para producir armas biológicas que producir o robar armas nucleares. Estas armas, al igual que las nucleares, son capaces de producir un enorme número de víctimas en un solo incidente (quizás hasta varios cientos de miles de muertes en el peor de los casos) y causar afectaciones gubernamentales y sociales de proporciones importantes y pánico colectivo. Las armas biológicas tienen muchas ventajas para los terroristas. Incluyen bajo costo así como facilidad y velocidad de producción; además, estas armas pueden, en principio, ser desarrolladas por personas que no tengan más que una educación de nivel universitario en el campo relevante e instalaciones limitadas. El desarrollo de armas biológicas requiere solo una cantidad mínima de herramientas y espacio, y el equipo se puede improvisar o comprar sin despertar sospechas” (Office of Technology Assessment, 1991, p. 21)

Particularmente, dichos informes, articulaban al bioterrorismo como una amenaza sustantiva (sin necesariamente presentar evidencia) en tanto las armas biológicas podían producirse en secreto, a un bajo costo y con relativa falta de experiencia. Eran, además, presentadas como estratégicamente atractivas para llevar a cabo un ataque sorpresivo debido a que la aparición de sus efectos era retardada y, no obstante, podían producir cientos de miles de víctimas.

Bajo tal articulación, Lederberg proponía entonces una serie de medidas prácticas para enfrentar la nueva amenaza. Y es justamente bajo esta coyuntura donde es posible ubicar algunos de los primeros indicios que proponían desarrollar nuevos sistemas de vigilancia epidemiológica con características orientadas a ser útiles para la biodefensa de los Estados Unidos. El reporte de la OTA enfatizaba, por ejemplo, la necesidad de creación de nuevas tecnologías de detección temprana. Es decir, tecnologías de detección de enfermedades que podrían proporcionar señales tempranas de brotes epidémicos no solo conocidos sino, específicamente, aquellos inesperados o extraños como el ocurrido en Sverdlovsk:

“En el área biológica, se encuentran aún en desarrollo detectores rápidos de “alerta temprana” [...] pero sería muy útil aumentar considerablemente la inversión y desarrollo [...] Los temas de detección y diagnóstico tempranos de enfermedades necesitan más esfuerzo; un

problema es determinar lo antes posible si un brote de enfermedad es natural o un acto terrorista” (Office of Technology Assessment, 1992, p. 5)

Por tanto, “para defensa médica” el reporte recomendaba “registrar *todas las epidemias que ocurren en todo el mundo*. El agente causal, área del mundo, síntomas y signos, tasas de mortalidad y número total de casos” (Office of Technology Assessment, 1992, p. 42 [énfasis añadido]). El reporte argumentaba así la necesidad crear un sistema de vigilancia epidemiológica *global* y enfocado en eventos inciertos pero potencialmente catastróficos bajo el supuesto que “los datos de antecedentes de enfermedades naturales son útiles para decidir si una epidemia que ocurre en un área específica del mundo es natural o se debe a un ataque biológico” (Office of Technology Assessment, 1992, p. 42).

Es así, bajo el contexto de un renovado interés sobre la proliferación de armas biológicas y la emergencia del problema del bioterrorismo, que podemos ubicar el origen del interés por el desarrollo de un sistema de monitoreo epidemiológico con características ciertamente particulares. No obstante, el desarrollo de dicho sistema tomaría una forma más definida a raíz de transformaciones importantes dentro círculos de científicos a mediados de la década de 1990. Para dar cuenta de dichas transformaciones es necesario mover el foco de atención para dirigirnos al surgimiento del problema de las “enfermedades infecciosas emergentes”.

II

Paralelamente a los esfuerzos por transformar la estrategia de seguridad nacional para contrarrestar la nueva amenaza de la proliferación de armas de destrucción masiva, se gestaba también un cambio crucial en el campo de la salud pública y la epidemiología. Este cambio se constituía como una innovación histórica que daba lugar a modificaciones importantes en conocimientos y técnicas epidemiológicas para responder a fenómenos que, hasta entonces, se consideraban como severamente descuidados. En tal sentido, es indispensable detenernos para analizar algunos aspectos importantes de ésta otra historia para poder hacer explícita la forma mediante la cual la seguridad nacional se conjuntó con la epidemiología a través de una misma respuesta práctica: la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica en “tiempo real” y de alcance “global.”

A fin de contextualizar esta otra veta de análisis, es prudente comenzar recordando el marcado optimismo respecto a la batalla frente a las enfermedades infecciosas que se gestó al término de la Segunda Guerra Mundial. Dicho optimismo definió, especialmente, los discursos occidentales de salud pública internacional durante las décadas de 1960 y 1970. Alcanzó su punto máximo en 1978, cuando países miembros de la ONU firmaron el acuerdo “Salud para Todos para el 2000” en el contexto de la conferencia de Alma-Ata (ver World Health Organization, 1981).

Dicho acuerdo, a pesar de estar principalmente enfocado en aumentar el derecho a la atención primaria de salud y querer replantearla desde una perspectiva expansiva que incluyera cambios socioeconómicos de largo plazo (ver Cueto, 2006), buscaba también lograr una ‘transición epidemiológica’ que acabara con las principales enfermedades infecciosas para el fin del milenio (ver Weisz & Olszynko-Gryn, 2010). En este sentido, el acuerdo estaba precedido por la reciente erradicación de la viruela y vaticinaba con esperanza que incluso las naciones más pobres del mundo podrían controlar, o incluso eliminar, el lastre causado por enfermedades como el cólera, la tuberculosis o la malaria .

Sin embargo, a medida que avanzaba la década de 1980, la confianza en lograr erradicar o controlar las enfermedades infecciosas comenzó a decaer drásticamente. La pérdida de confianza estaba motivada no solo por el desprestigio acusado por la OMS por no alcanzar sus ambiciosos objetivos (ver Navarro, 1984), sino por la aparición de brotes epidémicos inesperados que causaban estragos enormes. Muchos de estos nuevos brotes estaban originados por enfermedades previamente desconocidas o consideradas como "reemergentes" para las cuales los tratamientos conocidos simplemente no resultaban eficaces (ver Garrett, 1996).

La aparición de variantes de tuberculosis resistentes a los antibióticos, de la mano con el surgimiento de nuevas enfermedades epidémicas como el VIH/SIDA, el Ebola, la enfermedad de Lyme y diversas fiebres hemorrágicas, eran brotes que ponían fin a la era del optimismo. Su llegada, en este sentido, hacía evidente no solo que en un mundo crecientemente globalizado había cierto tipo de enfermedades infecciosas que eran cada vez más difícil de controlar, sino que surgían nuevos patógenos infecciosos que no podían manejarse con los medios tecnológicos y científicos al alcance.

Aunque la mayoría de estas enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes, de hecho, solo eran nuevas en Occidente, ya que durante varias décadas habían causado epidemias locales en países no occidentales (Farmer, 2001, Cap. 2), éstas habían permanecido invisibilizadas. La prominencia que tales enfermedades adquirieron durante esta coyuntura específica, más bien, respondía a un interés particular dentro de ciertas comunidades científicas que intentaban evitar que patógenos que se consideraban nuevos y peligrosos se introdujeran en países donde eran desconocidas y habían poblaciones inmunológicamente “vírgenes”. Es pues que en gran medida, el surgimiento del problema de las enfermedades “emergentes” durante éste periodo se explica en gran medida por las acciones de una pequeña comunidad de destacados expertos que “hicieron sonar la alarma” respecto a las implicaciones que patógenos infecciosos considerados como impredecibles podían representar para la economía y la seguridad de los países desarrollados.

De manera notable, aunque no por causalidad, Joshua Lederberg desempeñó también un papel crucial dentro de ésta otra pequeña comunidad de virólogos, microbiólogos e inmunólogos interesados en dicho problema. Lederberg se constituyó también, en este otro campo, como un personaje clave. Incluso, es posible considerarlo como uno de los artífices principales de lo que algunos autores han llamado “la visión del mundo de las enfermedades emergentes” (ver King, 2002). Así, en medio de la epidemia de VIH/SIDA que asolaba ciudades estadounidenses como Nueva York y San Francisco a fines de la década de 1980, Lederberg fue quizás el primer científico de prestigio en criticar abiertamente la “complacencia” de la salud pública occidental hacia el problema de las enfermedades infecciosas.

En un artículo publicado en la Revista de la Asociación Médica Estadounidense, en agosto de 1988, Lederberg era ciertamente de los primeros científicos en argumentar que: “los grandes éxitos de la ciencia médica, incluido el 'milagro de las drogas' y los antibióticos de la década de 1940, [han llevado a] una complacencia prematura”. Criticaba que la mayoría de los expertos “hoy en día son extremadamente optimistas con respecto a los medios que tenemos disponibles para prevenir las epidemias globales” (Lederberg, 1988, p. 684).

Sin lugar a dudas el rol prominente de Lederberg en renovar el interés de comunidades científicas en las enfermedades infecciosas no era fortuito. Su interés en el tema del bioterrorismo había puesto de relieve cómo agentes biológicos desconocidos e inesperados, independientemente de su origen, podrían considerarse como una amenaza para la seguridad nacional de los Estados Unidos. En este sentido, seguir la trayectoria de Lederberg con respecto al resurgimiento del problema de las enfermedades infecciosas dentro de la epidemiología estadounidense es crucial para entender los argumentos que unificaban el problema del bioterrorismo con aquel de las enfermedades infecciosas emergentes.

Es entonces importante considerar que en paralelo a su trabajo en la Comisión a Largo Plazo, Lederberg como presidente de la Universidad Rockefeller y Stephen Morse como virólogo experto de la misma universidad, copatrocinaron con el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas y el Centro Internacional Fogarty la primer gran conferencia sobre las implicaciones de los agentes virales emergentes, en mayo de 1989 (Morse & Schluederberg, 1990). Posterior a esta conferencia pionera y en gran medida en respuesta a ella, el Instituto de Medicina (el brazo de salud de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos) estableció un comité de expertos, bajo el liderazgo de Lederberg, para estudiar el problema de la “emergencia microbiana” y hacer recomendaciones en términos de políticas específicas para proteger a los Estados Unidos.

Dicho comité, después de 18 meses de trabajo, publicó sus resultados en Octubre de 1992 en un reporte histórico titulado *Infecciones emergentes. Amenazas microbianas a la salud de los Estados Unidos* (ver Lederberg, Shope, & Oaks, 1992). El reporte, casi inmediatamente, se convirtió en un parteaguas dentro de la epidemiología estadounidense dado que motivó cambios discursivos e institucionales profundos. En principio, el reporte criticaba duramente el optimismo característico de la epidemiología occidental y la posición reflejada en la política “Salud para Todos para el 2000” en los siguientes términos:

“No es realista esperar que la humanidad obtenga una victoria completa sobre la multitud de enfermedades microbianas existentes, o sobre las que surgirán en el futuro. Esto permanecerá siendo cierto sin importar qué tan bien abastecido esté nuestro armamento de medicamentos y

vacunas, sin importar qué tan buenos sean nuestros esfuerzos para prevenir y controlar epidemias, y sin importar qué tan avanzada sea nuestra ciencia básica y nuestra comprensión clínica de las enfermedades infecciosas” (Lederberg et al., 1992, p. 32)

A raíz de tal crítica, el trabajo del Comité liderado por Lederberg no solo abordaba en detalle los factores determinantes que estaban implicados en la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas, sino que creaba por entero un nuevo paradigma dentro de la epidemiología al abrir un nuevo espacio de indagación científica. El concepto de “enfermedades infecciosas emergentes”, en este sentido, echaba por tierra la concepción dominante hasta esos momentos que presentaba a virus y bacterias como entes poco dinámicos o incluso estáticos (ver Weir & Mykhalovskiy, 2010, Cap. 2).

Al contrario, incorporaba perspectivas provenientes de la microbiología y de las ciencias ambientales que consideraban a los patógenos causantes de enfermedades infecciosas como entidades biológicas en perpetua y acelerada mutación, siendo claramente susceptibles a cambios y adaptaciones ambientales. No obstante, es importante recalcar que tales críticas estaban precedidas por los trabajos previos de Lederberg en relación con la defensa frente a ataques biológicos. Tanto así que bajo la influencia de preocupaciones centradas en la defensa frente al bioterrorismo se iniciaba una revolución en la forma de concebir la naturaleza de las enfermedades infecciosas en la epidemiología estadounidense que cambiaba de asumirlas como una amenaza relativamente manejable y sujeta a control durante las décadas de 1970 y 1980 (ver Levitt, Drotman, & Ostroff, 2007), a ser consideradas como una amenaza esencialmente impredecible y extremadamente difícil de dominar para principios de los 1990.³

El reporte del Instituto de Medicina destacaba así, mediante la nueva concepción de “emergencia”, la incertidumbre inherente asociada a los patógenos infecciosos que evolucionaban en un mundo cada vez más interconectado y globalizado. Señalaba que a pesar de

³ Es necesario mencionar, adicionalmente, que existen antecedentes relevantes en los aprendizajes de los errores de las campañas globales de erradicación de la malaria de 1950, en tanto se replanteaba el problema de la resistencia por parte de mosquitos vectores del parásito. En particular, las discusiones expertas dentro de la epidemiología se enfocaban a evaluar la generación de mutación y adaptación por parte de mosquitos frente a insecticidas y medicamentos antipalúdicos (ver Litsios, 2020; Packard, 2007, pp. 161-167).

poder aseverar con seguridad “que nuevas enfermedades van a emerger” era “imposible predecir su aparición individual en tiempo y lugar” (Lederberg et al., 1992, p. 2). En cuanto tal, la conceptualización de las enfermedades infecciosas emergentes se comenzaba a articular en términos claramente análogos a los que Lederberg usaba para caracterizar el problema del bioterrorismo. Es decir, se problematizaban ambos asuntos como equivalentes, conjuntando ciertas características que articulaban un mismo horizonte de inteligibilidad.

En tal sentido, el reporte del Instituto de Medicina cambiaba el foco de atención epidemiológica de brotes epidémicos manejables causados por enfermedades conocidas, a brotes epidémicos inciertos y potencialmente catastróficos. Llegaba así a conclusiones prácticamente idénticas a los reportes de la OTA al recomendar“ que los Estados Unidos tomen la iniciativa en la promoción del desarrollo y la implementación de un sistema global integral de vigilancia de enfermedades infecciosas [...] expandiendo y diversificando los esfuerzos de vigilancia para incluir enfermedades conocidas, así como otras recientemente reconocidas” (Lederberg et al., 1992, pp. 6-7).

Se proponía entonces la necesidad de desarrollar un aparato de vigilancia epidemiológico con características muy particulares. El reporte sugería, en este sentido, la creación de un sistema de vigilancia que fuera 1) de alcance global; 2) suficientemente sensible para detectar patógenos inesperados, desconocidos o inciertos; 3) en alerta permanente; y 4) capaz de proveer notificaciones y respuestas tempranas mediante el procesamiento eficaz (idealmente automatizado) de información (Lederberg et al., 1992, p. 6).

La modificación en el objeto de intervención se enfocaba no solo en patógenos existentes, sino, especialmente, en aquellos *potenciales*. Es decir, en amenazas que podían o no materializarse. De tal suerte que el propósito consistía diseñar aparatos de monitoreo constante y suficientemente inespecíficos para identificar señales que indicaran la presencia algún evento extraño o inesperado sin necesidad de confirmación clínica inmediata. El método de respuesta implicaba así el desarrollo de un mecanismo de monitoreo temporalmente permanente y geográficamente exhaustivo dado que se presumía que el mejor mecanismo de respuesta no era

la prevención o la predicción en estricto sentido, sino la vigilancia constante y omnipresente que pudiera ofrecer alertas lo más rápido posible.

Adicionalmente, es de gran importancia notar que desde su concepción tanto el concepto de “enfermedades infecciosas emergentes” como la iniciativa en desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica novedosos fueron formulados desde particulares coordinadas no solo técnicas sino políticas. Es decir, el problema de la emergencia fue articulado no sólo en función de una crítica a consideraciones epidemiológicas que se consideraban erróneas, sino como parte de un discurso político en tanto que se ponía especial atención a cierto tipo de amenazas biológicas – y no a otras – que se consideraban como especialmente peligrosas *para la seguridad nacional de los Estados Unidos*. El reporte del Instituto de Medicina se titulaba, por tal razón, “Amenazas microbianas a la salud de los Estados Unidos”.

Destacados científicos estadounidenses que operaban tanto en el campo de la epidemiología como en círculos expertos de seguridad nacional proponían así una respuesta para hacer frente a las enfermedades emergentes que era consonante con la defensa frente a la proliferación de armas biológicas y el bioterrorismo. En cuanto tal, enfatizaban el papel de la detección rápida de brotes infecciosos potencialmente epidémicos a nivel “global” y “en tiempo real” como el principal método para la contención para ambos fenómenos. Por lo tanto, es posible considerar que la iniciativa para desarrollar un aparato de vigilancia epidemiológica de dicha naturaleza tomó forma sobre la base de una problematización compartida que consideraba al bioterrorismo por un lado, y las enfermedades emergentes por el otro, como un mismo problema. Lederberg hacía explícita tal interrelación al subrayar el “interés propio para la salud global a través de la seguridad nacional” (Lederberg, 1996, p. 419).

Ahora bien, con la creciente percepción entre las comunidades de expertos de un mundo habitado por amenazas biológicas inciertas e inesperadas que podían amenazar la seguridad de Estados Unidos, no pasó mucho tiempo antes de que el problema obtuviera un reconocimiento institucional mucho más formalizado. En consecuencia, en los años posteriores a la publicación de los informes reseñados anteriormente, tuvo lugar un proceso de institucionalización que dio origen a lo que es posible definir como el discurso contemporáneo sobre bioseguridad

estadounidense (ver Wright, 2007). Éste discurso generó un impacto notable que promovió cambios fundamentales en las políticas de preparación pandémica no solo dentro de las agencias federales de salud más importantes de Estados Unidos sino también, como veremos en la siguiente sección, en la Organización Mundial de la Salud.

III

A raíz de éste importante proceso de transformación que ocurría dentro del contexto estadounidense, se comenzaron a gestar también una serie de cambios trascendentales al interior de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En buena medida, dichos cambios eran resultado de críticas hechas por parte de científicos y expertos involucrados en la concepción problema de las enfermedades emergentes que buscaban transformar las políticas entonces vigentes de vigilancia epidemiológica de la OMS. De manera particular, durante la segunda mitad de la década de 1990, las críticas dirigidas a la OMS se articulaban en términos de la falta de políticas efectivas para controlar las enfermedades infecciosas *potenciales* y no solo por su falta de control de enfermedades infecciosas *ya existentes*.

Esto era así puesto que la capacidad internacional de vigilancia epidemiológica de la OMS no contemplaba el monitoreo de enfermedades nuevas e inesperadas. Al contrario, las enfermedades infecciosas epidémicas que la OMS obligaba a reportar a los Estados miembros (bajo su Reglamento Sanitario Internacional vigente a principios de los 1990) eran únicamente tres: fiebre amarilla, cólera y peste. Por otra parte, incluso la vigilancia limitada a éstas tres enfermedades contenía irregularidades, atrasos y falta de confirmaciones clínicas que generaban información poco útil para detectar epidemias en “tiempo real”.

Es por ello que, desde los primeros comités formados por Lederberg al interior del Instituto de Medicina para abordar el problema de las enfermedades emergentes, se discutía la influencia que los Estados Unidos deberían tener para promover innovaciones en los sistemas de vigilancia epidemiológica “globales” especialmente aquellos que eran responsabilidad de la OMS. Tanto es así, que desde 1992 en el importante reporte antes referido *Enfermedades Emergentes* se recomendaba explícitamente “que los Estados Unidos tomen la iniciativa en promover el desarrollo e implementación de un sistema global comprehensivo de vigilancia de enfermedades

infecciosas. Tal esfuerzo podría ser emprendido a través de representantes del gobierno de los Estados Unidos en la Asamblea Mundial de la Salud” (Lederberg et al., 1992, p. 6).⁴

Fue entonces a partir de tales críticas que representantes del gobierno de Estados Unidos como Lederberg, Stephen Morse y Robert Shope (todos ellos miembros del Comité de enfermedades infecciosas emergentes del Instituto de Medicina mencionado anteriormente), de la mano de altos funcionarios federales como J. M. Hughes quien fungía como director del Centro Nacional para las Enfermedades Infecciosas de CDC; John LaMontagne, director de la División de Microbiología y Enfermedades infecciosas del NIAID; Polly Harrison de la División de Salud Internacional de la Academia Nacional de Ciencias; y Ruth Berkelman, Subdirectora del Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas de CDC, comenzaron a ejercer presión para modificar las políticas de vigilancia epidemiológica de la OMS. Weir y Mykhalovskiy han documentado especialmente la formación de una alianza entre funcionarios que presionaron para implementar políticas dirigidas a detectar la transmisión internacional de enfermedades infecciosas *emergentes*, a partir de una serie de conferencias y encuentros patrocinados por los gobiernos de Estados Unidos y Canadá (ver Weir & Mykhalovskiy, 2010, pp. 40-43).

Dicho conjunto de presiones diplomáticas comenzaron a dar frutos a mediados de la década, cuando en 1994 se llevó a cabo una primera reunión en los cuarteles generales de la OMS en Ginebra, Suiza, en la cual Lederberg en conjunto con expertos antes mencionados discutían por primera vez el problema de las enfermedades emergentes y reemergentes con altos funcionarios de la OMS. En propias palabras de la Organización, la reunión había sido convocada:

“para reunir a expertos internacionales que actualmente se ocupan del concepto de enfermedades emergentes, para que pudieran presentar y discutir con un grupo informado e interesado, los frutos de sus esfuerzos y logros alcanzados hasta la fecha. En respuesta al informe del Instituto de Medicina, *Infecciones Emergentes*, los gobiernos de los Estados Unidos y Canadá han comenzado el desarrollo de programas específicos para abordar las enfermedades emergentes, y ambas iniciativas contienen una mención específica de la naturaleza global de la

⁴ La Asamblea Mundial de la Salud es el máximo órgano de decisión de la OMS. Se reúne una vez al año y asisten a ella delegaciones de los 193 Estados Miembros de la OMS. Su función principal es determinar las políticas de la Organización.

amenaza de las enfermedades emergentes, y la necesidad de una participación activa de la Organización Mundial de la Salud para abordar este desafío” (ver World Health Organization, 1994, p. 2).

En cierto sentido, esta reunión marcaba un hito dado que por primera vez en la historia de la OMS se discutía oficialmente el problema de las enfermedades infecciosas mediante la problematización de la “emergencia” que, hasta entonces, eran ajena a sus políticas y reglamentos internos. Subsecuentemente, posterior a esta primer reunión, la OMS organizaba una segunda asamblea exclusivamente con expertos estadounidenses y canadienses que motivaba un conjunto de cambios organizacionales y discursivos importantes. Ésta segunda asamblea servía para que la Junta Ejecutiva de la OMS respaldara la resolución de fortalecer la vigilancia epidemiológica internacional con el fin explícito de enfrentar el problema de las enfermedades infecciosas emergentes (ver World Health Organization, 1995c).

Tras discusiones ocurridas en este segundo encuentro, la Junta Ejecutiva aceptaba entonces someter dicha política a consideración de voto durante la Asamblea Mundial de la Salud que tomaría lugar tan sólo unos meses después, en Mayo de 1995 (World Health Organization, 1995c, p. 12). Ésta segunda asamblea sobre enfermedades emergentes cimentaba así los esfuerzos diplomáticos de expertos representantes del gobierno de los Estados Unidos, y motivaba incluso la publicación de un reporte especial por parte del Director General de la OMS que llamaba a “fortalecer la vigilancia global de *enfermedades infecciosas emergentes*” (World Health Organization, 1995a [énfasis añadido])

Bajo éste empuje, durante la 48 Asamblea Mundial de la Salud se sometían entonces a votación cambios cruciales que marcarían una transformación sustantiva en las políticas de control técnico de enfermedades infecciosas de la OMS. El primero, resultaba de la resolución 48.13 que habilitaba a la OMS implementar, por primera vez en su historia, políticas especiales respecto al “fortalecimiento de programas de vigilancia activa para enfermedades infecciosas, *asegurando que los esfuerzos estén dirigidos hacia la detección temprana de brotes y a la pronta identificación de enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y re-emergentes*” (World Health Organization, 1995b, p. 16 [énfasis añadido]).

El segundo cambio, resultaba de una importante transformación a nivel organizacional que reemplazaba la antigua división de “Enfermedades Contagiosas” por otra completamente nueva nombrada “División de vigilancia y control de enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles” (EMC, por sus siglas en inglés). Ésta nueva división, después de ser votada favorablemente, se crearía el 1 de Octubre de 1995 con la función principal de implementar políticas de vigilancia epidemiológica y respuesta rápida frente al problema de enfermedades emergentes y reemergentes. Esta nueva división daría origen, por ejemplo, a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN, por sus siglas en inglés) que constituiría uno de los primeros ejemplos que intentarían poner en marcha el sistema de vigilancia epidemiológica global concebido y diseñado bajo la sombra de la bioseguridad estadounidense.

Finalmente, el tercer y último cambio era de igual o mayor importancia que los anteriores, ya que los estados miembros votaban a favor la resolución 48.7 que mandaba la revisión y actualización del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (World Health Organization, 1995b, p. 7). Dado que el contenido de los cambios al RSI se ha analizado en extenso por varios especialistas (ver Baker & Forsyth, 2007; Davies, Kamradt-Scott, & Rushton, 2015; Fidler, 2005), aquí me limitaré a mencionar solo algunas de las modificaciones relevantes que marcaban nuevos lineamientos para la operación técnica de la vigilancia epidemiológica promovida por la OMS.

Para dimensionar la importancia de éstos cambios, no obstante, es necesario hacer algunas precisiones respecto a cómo estaba estructurado el RSI antes de 1995. El primer RSI fue adoptado a los pocos años de la creación de la OMS, en 1951, y se establecía como un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante que buscaba prevenir y controlar la dispersión internacional de enfermedades infecciosas intentando evitar interrupciones comerciales. Originalmente, el RSI solo buscaba controlar el contagio internacional de un conjunto limitado de enfermedades a través de una lista que especificaba únicamente seis “enfermedades cuarentenables” (cólera, peste, fiebre reincidente, viruela, fiebre tifoidea y fiebre amarilla). Con el control y la eliminación de algunas de éstas enfermedades a lo largo del siglo XX, el RSI fue modificado en 1969, 1973 y 1981 para únicamente obligar al control y la vigilancia internacional

de tres enfermedades: cólera, peste y fiebre amarilla. La OMS, en este sentido, únicamente requería a sus países miembros ejercer vigilancia epidemiológica de una limitadísima lista de enfermedades.

Por otra parte, el único mecanismo aceptado para la notificación de brotes infecciosos de éstas tres enfermedades que contemplaba el RSI hasta las modificaciones de 1995 era mediante comunicaciones oficiales de los ministerios de salud de los países miembros. Ello significaba que incluso si la OMS tenía información suficiente para determinar que había un brote infeccioso en riesgo de convertirse en una amenaza internacional (es decir en un brote epidémico o pandémico), no podía emitir alertas ni ofrecer apoyo técnico para controlarlo hasta ser notificada formalmente por los países afectados.

Las políticas de respuesta pandémica de la OMS, en este sentido, estaban sujetas al lento proceso burocrático que comenzaba por la identificación local clínica y de laboratorio de casos de alguna de las enfermedades especificadas en la lista, que luego era reportado a las autoridades sanitarias y, finalmente, cuando los reportes llegaban a los ministerios federales de salud de los países miembros, éstos los hacían llegar a la OMS. Es decir, la vigilancia epidemiológica internacional de la OMS dependía crucialmente de la recolección *pasiva* de información.

Bajo tal contexto es importante primeramente señalar que con las modificaciones de 1995 motivadas por las presiones estadounidenses expandían los objetivos de la vigilancia epidemiológica de la OMS para ir más allá de reporte un número limitado de enfermedades codificadas en una lista. Se iniciaba así una modificación crucial que pasaba de la vigilancia epidemiológica pasiva de “casos” a la vigilancia activa de “eventos de salud pública”, es decir, todo tipo de emergencias internacionales que aparentemente tuvieran un componente de salud pública.⁵ Para ello, la OMS creaba el concepto de “Emergencia de salud pública de importancia internacional” que consistía en una categoría de vigilancia epidemiológica sumamente expansiva que no se limita a monitorear enfermedades infecciosas, sino obligaba a la vigilancia activa de eventos como “la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes

⁵ El RSI menciona cualquier “enfermedad o condición médica, independientemente de su origen o fuente, que presenta o podría presentar un daño significativo a los seres humanos”(World Health Organization, 2016, p. 1)

biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud” (World Health Organization, 2016, p. 1). En otras palabras, se modificaba el RSI para incluir dentro de la vigilancia epidemiológica global eventos causados por armas biológicas.

Por otra parte, las modificaciones al RSI de 1995, modificaban tanto el proceso de notificación como la información que se consideraba aceptable para emitir alertas. En este sentido, la OMS se deshacía de la dependencia de notificaciones oficiales para autorizar el uso de “información no oficial” para emitir alertas formales. Ello significaba la creación de un sistema de vigilancia epidemiológico mucho más activo que no dependiera de las capacidades y voluntad de los países miembros para reportar brotes epidémicos, alineando los intereses de los Estados Unidos por detectar brotes inesperados y extraños con las políticas de vigilancia epidemiológica de la OMS. En tal sentido, ésta otra modificación constituía un cambio que marcaba el inicio del desarrollo de sistemas de vigilancia con capacidades de alerta temprana y buscaba el monitoreo “en tiempo real”.

La adopción inicial de la problemática de las enfermedades infecciosas emergentes por parte de la OMS concluiría, finalmente, con la publicación de un plan estratégico de cinco años (ver World Health Organization, 1996). El plan estratégico establecido en Octubre de 1995 detallaría y profundizaría en los métodos para la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica descritos hasta ahora y representaría el éxito de “exportar” la problematización bioseguritaria estadounidense, proyectando un tipo fundamentalmente nuevo de control de enfermedades infecciosas (ver World Health Organization, 1996).

Conclusiones

“to say that technology’s social effects are complex and contingent is not to say that it has no social effects” (MacKenzie & Wajcman, 1999, p. 3)

A pesar de existir análisis sobre la influencia de políticas coloniales, patriarcales o capitalistas sobre la conformación del campo de la epidemiología o la salud pública global, existen pocos estudios que detallen la influencia de aspectos securitarios sobre el mismo. El presente artículo es un intento de evidenciar la relación existente entre prerrogativas de seguridad nacional y el

desarrollo de prácticas técnicas sobre el control de enfermedades infecciosas al interior de la OMS. En particular, éste artículo ha buscado mostrar una influencia política en apariencia inocua no obstante crítica, en el origen del diseño de sistemas globales de vigilancia epidemiológica que operan en la actualidad.

Las modificaciones organizacionales y técnicas introducidas en la OMS a raíz de la adopción del problema de las enfermedades infecciosas emergentes, en este sentido, ocasionaría el surgimiento de un conjunto nuevo de prácticas de vigilancia epidemiológica que modificarían no solo el objeto, sino el enfoque y las prioridades, de buena parte del monitoreo epidemiológico que se llevarían a cabo en las décadas subsiguientes.

Es posible entonces concluir que la direccionalidad del cambio de políticas dentro de la OMS, que tomó forma institucional relativamente rápido entre 1995-2000, estuvo dirigida a expandir sus políticas de vigilancia epidemiológica para enfocarse eventos particulares que conciben los brotes epidémicos no como conocidos y sujetos a control sino como eventos inesperados y potencialmente catastróficos. Es pues que la instrumentación política de un concepto en apariencia técnico, a saber, el concepto de “enfermedades infecciosas emergentes” en conjunto con las modificaciones al RSI de 1995 que abrazaron la problemática de la “emergencia”, en este sentido, revelan un contenido político específico.

Dicho contenido puede comenzar a evaluarse a partir de preguntarnos a quién protege y qué es exactamente de lo que pretenden proteger. A partir de tales cuestionamientos es posible comenzar a promover la discusión concerniente a la sutil imposición por parte de la OMS de mecanismos y tecnologías de vigilancia a niveles locales de características particulares que se promueven en nombre de la “salud global” pero que, sin embargo, tienen beneficiarios específicos. En otras palabras, es necesario evidenciar que las innovaciones técnicas en vigilancia epidemiológica analizadas en el presente texto, en realidad, solo atienden ciertas necesidades de ciertos países frente a cierto tipo de amenazas. Es decir, las transformaciones en infraestructura de salud pública que se ordenan desde la OMS, a través del RSI, tales como la creación de laboratorios de identificación temprana, o el entrenamiento de cuadros de epidemiólogos

especializados en identificación y vigilancia de enfermedades emergentes o reemergentes, se realizan en privilegio de ciertas necesidades mientras que se desatienden otras.

Para muchos países, las modificaciones de la OMS de mediados de los 1990 en conjunto con las revisiones del RSI representaron una oportunidad para revitalizar sistemas e infraestructura de salud pública orientada al control de enfermedades infecciosas. No obstante, dicha revitalización se ha producido de una manera que reduce las políticas de control de enfermedades infecciosas a los peores escenarios representados por amenazas impredecibles potencialmente catastróficas que son característicos del discurso de bioseguridad estadounidense. Es necesario preguntarse qué otras problematizaciones sobre las enfermedades infecciosas es posible imaginar. Otras que puedan incluir algo más allá que los intereses de seguridad nacional de un país o región. Otras que impliquen innovaciones técnicas y tecnológicas en sistemas de identificación y verificación de enfermedades que quizás signifiquen una asistencia más significativa de la OMS no solo con patógenos potenciales sino con aquellos ya existentes.

El horizonte de inteligibilidad que permite tanto la concepción de “enfermedades infecciosas emergentes” como la puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica dirigido al monitoreo global de emergencias biológicas de causas inespecíficas, en otras palabras, debe cuestionarse. Y debe cuestionarse, quizás, para disminuir la influencia política de la seguridad y, en cambio, acrecentar aquella proveniente de la salud.

Bibliografía.

Alibek, K. (1999). *Biohazard. The Chilling True Story of the Largest Covert Biological Weapons Program in the World*. New York: Random House.

Bacchi, C. (2012). Why Study Problematizations? Making Politics Visible. *Open Journal of Political Science*, 2(1), 1-8. doi:10.4236/ojps.2012.21001

Baker, M. G., & Forsyth, A. M. (2007). The new International Health Regulations: a revolutionary change in global health security. *New Zealand Medical Journal*, 120(1267), 1-8.

- Birn, A. E. (2014). Backstage: the relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, Part I: 1940s-1960s. *Public Health*, 128(2), 129-140. doi:10.1016/j.puhe.2013.11.010
- Booth, K. M. (1998). National Mother, Global Whore, and Transnational Femocrats: The Politics of AIDS and the Construction of Women at the World Health Organization. *Feminist Studies*, 24(1). doi:10.2307/3178621
- Chorev, N. (2012). *The World Health Organization Between North and South*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- Clinton, C., & Sridhar, D. (2017). *Governing Global Health. Who runs the world and why?* New York: Oxford University Press.
- Cueto, M. (2006). Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud. In M. Cueto & V. Zamora (Eds.), *Historia, Salud y Globalización*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (2019). *The World Health Organization. A History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davies, S., Kamradt-Scott, A., & Rushton, S. (2015). *Disease Diplomacy. International Norms and Global Health Security*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Deacon, R. (2000). Theory as practice: Foucault's concept of problematization. *Telos*, 118, 127-142.
- Endicott, S., & Hagerman, E. (1998). *The United States and Biological Warfare: Secrets From the Early Cold War and Korea*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.
- Farley, J. (2008). *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*. Vancouver and Toronto: University of British Columbia Press.
- Farmer, P. (2001). *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Fearnley, L. (2010). Epidemic Intelligence. Langmuir and the Birth of Disease Surveillance. *Behemoth A Journal on Civilisation*, 3, 36-56.

- 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:10.1093/chinesejil/jmi029
- Foucault, M. (2010). Polémica, política y problematizaciones. In *Obras Esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2019). *Discourse & Truth And Parrēsia* (H.-P. Fruchaud, D. Lorenzini, & N. Luxon Eds.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Garrett, L. (1996). The Return of Infectious Disease. *Foreign Affairs*, 75(1), 66-79. doi:10.2307/20047468
- Guillemin, J. (1999). Anthrax. The Investigation of a deadly outbreak. Berkeley: University of California Press.
- Gulrajani, N., Haug, S., & Weinlich, S. (2022). Fixing UN financing: a Pandora's box the World Health Organization should open: German Development Institute.
- Hoffman, D. E. (2011). *The Dead Hand: Reagan, Gorbachev and the Untold Story of the Cold War Arms Race*. London: Icon Books.
- Homolar, A. (2010). Rebels without a conscience: The evolution of the rogue states narrative in US security policy. *European Journal of International Relations*, 17(4), 705-727. doi:10.1177/1354066110383996
- Hoyt, P. D. (2010). The 'Rogue State' Image in American Foreign Policy. *Global Society*, 14(2), 297-310. doi:10.1080/13600820050008494
- Hughes, J. M., & Drotman, D. P. (2008). In Memoriam: Joshua Lederberg (1925–2008). *Emerging Infectious Diseases*, 14(6), 981-983.
- King, N. B. (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32(5-6), 763-789.
- Klare, M. (1995). *Rogue States and Nuclear Outlaws. America's Search for A New Foreign Policy*. New York: Hill and Wang.

- Langmuir, A. D., & Andrews, J. M. (1952). Biological Warfare Defense. The Epidemic Intelligence Service of the Communicable Disease Center. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 42(3), 235-238.
- Lederberg, J. (1988). Medical Science, Infectious Disease, and the Unity of Humankind. *JAMA*, 260(5), 684-685.
- Lederberg, J. (1996). Infectious disease—a threat to global health and security. *JAMA*, 276(5), 417-419. doi:10.1001/jama.1996.03540050077028
- Lederberg, J., Shope, R. E., & Oaks, S. C. (1992). *Emerging Infections. Microbial Threats to Health in the United States*. Washington, D.C.: Institute of Medicine. National Academy Press.
- Lee, K. (2009). *The World Health Organization (WHO)*. London and New York: Routledge.
- Leitenberg, M., Zilinskas, R. A., & Kuhn, J. (2012). *The Soviet Biological Weapons Program. A History*. Cambridge and London: Harvard University Press.
- Levitt, A., Drotman, P., & Ostroff, S. (2007). Control of Infectious Diseases: A Twentieth-Century Public Health Achievement. In J. Ward & C. Warren (Eds.), *Silent Victories. The History and Practice of Public Health in Twentieth-Century America*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Litsios, S. (2020). The World Health Organization's changing goals and expectations concerning malaria, 1948-2019. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, 27(suppl 1), 145-164. doi:10.1590/S0104-59702020000300008
- MacKenzie, D., & Wajcman, J. (1999). Introductory essay: the social shaping of technology. In D. MacKenzie & J. Wajcman (Eds.), *The social shaping of technology* (2 ed.). Buckingham: Open University Press.
- Menashi, S. (2003). The Politics of the WHO. *The New Atlantis*(3), 88-97. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/43152053>
- Meselson, M., Guillemin, J., Hugh-Jones, M., Langmuir, A., Popova, I., Shelokov, A., & Yampolskaya, O. (1994). The Sverdlovsk anthrax outbreak of 1979. *Science*, 266(5188), 1202-1208. doi:10.1126/science.7973702

- Miles, A. (2011). *US Foreign Policy and the Rogue State Doctrine*. London and New York: Routledge.
- Morse, S. S., & Schluederberg, A. (1990). Emerging Viruses: The Evolution of Viruses and Viral Diseases. *The Journal of Infectious Diseases*, 162(1), 1-7. doi:10.1093/infdis/162.1.1
- National Academy of Sciences. (1985). *Ad Hoc Meeting on Biological Weapons*. Washington, D.C.: Retrieved from: The Joshua Lederberg Papers.
- Navarro, V. (1984). A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma ata declaration. *Social Science & Medicine*, 18(6), 467-474. doi:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90002-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90002-9)
- Office of Technology Assessment. (1991). *Technology Against Terrorism. The Federal Effort* (Vol. OTA-ISC-481). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Office of Technology Assessment. (1992). *Technology Against Terrorism. Structuring Security* (Vol. OT A-ISC-511). Washington, DC: Government Printing Office.
- Office of Technology Assessment. (1993). *Technologies Underlying Weapons of Mass Destruction*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Osborne, T. (2003). What is a problem? *History of the Human Sciences*, 16(4), 1-17. doi:10.1177/0952695103164001
- Packard, R. (2007). *The Making of a Tropical Disease. A Short History of Malaria*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Peters, M. A., Hollings, S., Green, B., & Ogunniran, M. O. (2022). The WHO, the global governance of health and pandemic politics. *Educational Philosophy and Theory*, 54(6), 707-716. doi:10.1080/00131857.2020.1806187
- Schaffner, W., & LaForce, F. M. (1996). Training Field Epidemiologists: Alexander D. Langmuir and the Epidemic Intelligence Service. *American Journal of Epidemiology*, 144(8 Suppl), S16-S22.
- Siddiqi, J. (1995). *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System*. Columbus, South Carolina: University of South Carolina Press.

- Stampnitzky, L. (2013). *Disciplining Terror. How Experts Invented "Terrorism"*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tsui, C.-K. (2015). Framing the threat of catastrophic terrorism: Genealogy, discourse and President Clinton's counterterrorism approach. *International Politics*, 52(1), 66-88. doi:10.1057/ip.2014.36
- U.S. Commission On Integrated Long-Term Strategy. (1988). *Discriminate Deterrence*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- van Courtland Moon, J. E. (2006). The US Biological Weapons Program. In M. Wheelis, L. Rózsa, & M. Dando (Eds.), *Deadly Cultures. Biological Weapons since 1945*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weir, L., & Mykhalovskiy, E. (2010). *Global Public Health Vigilance. Creating a World on Alert*. New York and London: Routledge.
- Weisz, G., & Olszynko-Gryn, J. (2010). The theory of epidemiologic transition: the origins of a citation classic. *J Hist Med Allied Sci*, 65(3), 287-326. doi:10.1093/jhmas/jrp058
- Winner, L. (1980). Do Artifacts Have Politics? *Daedalus*, 109(1), 121-136.
- World Health Organization. (1981). *Global Health Strategy for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1994). *Report of WHO meeting on emerging infectious diseases*. Geneva, Switzerland (April 25-26): World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62042/CDS_BVI_94.2.pdf?sequence=1.
- World Health Organization. (1995a). *Communicable disease prevention and control: new, emerging, and re-emerging infectious diseases*. Report by the Director-General. Geneva, Switzerland (Provisional agenda item 19): World Health Organization.
- World Health Organization. (1995b). *Forty-Eighth World Health Assembly. Resolutions and Decision Annexes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (1995c). *Report of the Second WHO Meeting on Emerging Infectious Diseases*. Geneva, Switzerland (Jan 12-13): World Health Organization.

World Health Organization. (1996). *Emerging and other communicable diseases: Strategic plan 1996-2000 (WHO/EMC/96.1)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63593>.

World Health Organization. (2016). *International Health Regulations (3 ed.)*. Geneva: World Health Organization.

Wright, S. (2007). Terrorists and biological weapons. Forging the linkage in the Clinton Administration. *Politics and the Life Sciences*, 25(1-2), 57-115.