

AGENDAS GLOBALES DE SALUD: GEOPOLÍTICA, BIOSEGURIDAD Y DESIGUALDAD SOCIAL, SIGLOS XX y XXI

GLOBAL HEALTH AGENDAS: GEOPOLITICS, BIOSECURITY AND SOCIAL INEQUALITY, 20TH AND 21ST CENTURIES

María N. Rodríguez Alarcón¹

Universidad Nacional Autónoma de México

ORCID: 0000-0001-6262-6031

Raymundo Padilla Lozoya²

Universidad de Colima

ORCID: 0000-0001-8379-1212

Resumen:

En este artículo se examinan narrativas y disposiciones de las agencias internacionales de salud en un mundo globalizado e interconectado. Desde el análisis del discurso y la epidemiología crítica, se discuten los límites de los enfoques tecnocráticos y securitarios para hacer frente a las enfermedades. Se denuncia la invisibilización de las desigualdades estructurales y la mercantilización de la salud, y se plantea la necesidad de análisis y soluciones contextualizadas ante las crisis sanitarias.

Palabras clave: Narrativas, agencias internacionales de salud, epidemiología crítica, desigualdades estructurales, mercantilización de la salud.

Abstract:

This article examines the narratives and dispositions of international health agencies in a globalized and interconnected world. Using discourse analysis and critical epidemiology, it discusses the limits of technocratic and securitizing approaches to addressing diseases. It denounces the invisibility of structural inequalities and the commodification of health and raises the need for contextualized analysis and solutions to health crises.

Keywords: Narratives, international health agencies, critical epidemiology, structural inequalities, commodification of health.

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación en curso financiado por el programa de becas posdoctorales en la Coordinación de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM, Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, Becaria del Instituto de Investigaciones Históricas, asesorada por la Dra. María Dolores Lorenzo Río.

² Doctorado en Estudios Socioculturales sobre las Desigualdades, Universidad de Colima, México, 2024. Este trabajo se alinea con los objetivos del Seminario permanente e interinstitucional de investigación para el estudio histórico y comparado de los desastres relacionados con amenazas de origen natural, biológico y antrópico de la RED GERIDE (Red Políticas Públicas de Gestión del Riesgo de Desastres en Latinoamérica), financiado por el programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea, en el marco de subvención Marie Skłodowska-Curie No. 101026373 y contribuye con las metas del Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI) <https://spehseei.wordpress.com/>.

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>**Fecha recepción:** 30/1/2025**Fecha aceptación:** 9/6/2025

Introducción

En el año 2019, previo a la pandemia por el virus SARS-CoV-2, *The Global Health Security Index* advertía que ningún país estaba preparado para enfrentar una amenaza biológica con potencial globalmente catastrófico, bien se tratara de la propagación de un patógeno nuevo o a la liberación, intencional o accidental, de un agente peligroso. Agregaba: “La bioseguridad y la seguridad biológica son áreas sub priorizadas en la seguridad sanitaria, y las conexiones entre los actores del sector salud y del sector de seguridad para la respuesta a brotes son débiles”.³ Por ello, se debían generar mecanismos de financiamiento dirigidos a la preparación, como un fondo multilateral de seguridad sanitaria global y la expansión de las asignaciones de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) del Banco Mundial. Además, “Los financiadores e investigadores deben proporcionar incentivos para identificar y reducir los riesgos biológicos asociados con los avances tecnológicos y deben invertir en innovaciones técnicas que puedan mejorar la bioseguridad”.⁴

El contenido del referido informe sintetiza los principales aspectos que se abordarán en este artículo, el cual se orienta a revisar las respuestas institucionales desplegadas a nivel internacional, tras la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, frente a las amenazas que representan ciertas enfermedades. A través de este análisis, se examinarán las lógicas subyacentes a las estrategias de salud pública, considerando las múltiples encrucijadas y condicionantes de la geopolítica en materia de seguridad sanitaria. Paralelamente, se busca reflexionar sobre la imperiosa necesidad de

³ Traducción propia del original en inglés. Nuclear Threat Initiative *et alii*, *The Global Health Security Index* (Washington: Nuclear Threat Initiative, 2019), p. 12. Disponible desde internet en: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>

⁴ *Ibid.*

replantear los marcos analíticos empleados para estudiar las enfermedades pandémicas y las políticas de salud, más allá de la medicina profesionalizada y la epidemiología.

Para tales propósitos, se recurrirá al Análisis Crítico del Discurso (ACD), una técnica que se centra, entre otras cosas, en examinar las diversas formas en las cuales “las estructuras discursivas representan, confirman, legitiman, reproducen o desafían las relaciones de abuso de poder (dominación) en la sociedad”.⁵ En este caso, se busca desarrollar un estudio crítico del discurso y las disposiciones de las instancias internacionales sobre salud, y mostrar de qué manera ello ha irradiado a la forma de atender los desafíos contemporáneos en la materia en diversas latitudes del mundo. A la par, se vuelve sobre diversas perspectivas que buscan confrontar esas narrativas y estrategias hegemónicas.

El corpus de esta investigación se integró con una revisión exhaustiva de documentos emanados de la OMS; informes oficiales de agencias vinculadas con salud y seguridad, con particular énfasis en aquellos que dan cuenta de la internacionalización de la política estadounidense; notas de prensa sobre intervenciones sanitarias en diversos países del mundo; y artículos de opinión relacionados con el tema. Al mismo tiempo, se retoman algunas categorías de análisis construidas por especialistas en salud pública y política sanitaria internacional, quienes han orientado sus pesquisas a generar reflexiones, con una mirada histórica y antropológica, sobre las múltiples complejidades, avances y contradicciones en materia de preparación, prevención y respuesta nacionales e internacionales frente a coyunturas pandémicas.

El análisis se sustenta en la premisa de que las narrativas dominantes en el campo de la salud global omiten deliberadamente el examen de procesos clave como la mercantilización de la salud, la búsqueda de beneficios privados y el papel estructurante del capitalismo neoliberal. Por ello, se retoman debates provenientes de la epidemiología crítica, un marco teórico surgido en la década de 1970 en América Latina que propuso

⁵ Teun A. Van-Dijk, “Análisis crítico del discurso”, *Revista Austral de Ciencias Sociales*, n.º 30, (2016), p. 205.

una ruptura con el paradigma hegemónico de la salud pública. En este sentido, las reflexiones se fundamentan en el reconocimiento de que, si bien, la agenda internacional recurre con frecuencia a conceptos movilizados como equidad, beneficio colectivo o inclusión de las voces del Sur Global, en realidad, permanece silente frente a las raíces históricas y estructurales de las desigualdades en el acceso a la salud; y, por ende, ante las profundas transformaciones que son necesarias para enfrentarlas.⁶

En ese tenor, se partirá del reconocimiento de que las enfermedades impactan de manera desigual a las diversas poblaciones y economías del mundo. Ello, en tanto, las condiciones materiales y sociales de vida, así como el acceso diferencial a la salud, alimentación, medicinas y servicios básicos, inciden de manera directa en las formas de contagio, en la morbilidad, en la intensidad del padecimiento y, obviamente, en la capacidad de recuperación.⁷

Finalmente, este ejercicio reflexivo se desarrollará considerando los desafíos inherentes a la movilidad humana, la expansión y la velocidad de propagación de las pandemias en el contexto actual, así como los retos que plantea el Cambio Climático y la degradación ecológica en el surgimiento y la diseminación de nuevos patógenos.

El artículo se organiza en cuatro secciones principales. La primera ofrece un breve recorrido histórico por el surgimiento de la salud pública internacional y el papel de los organismos multilaterales, con énfasis en la segunda mitad del siglo XX e inicios de la siguiente centuria, tras el surgimiento de la OMS. Además, se examinan los vínculos entre geopolítica, bioseguridad y mercantilización de la salud. La segunda parte, analiza críticamente las estrategias contemporáneas de preparación y resiliencia ante pandemias. En la tercera, se discuten las respuestas institucionales centradas en cuarentenas, vacunas

⁶ Jaime Breilh, “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, XXXI (2013), pp. 13-27; Anne-Emanuelle Birn, “Remaking international health: refreshing perspectives from Latin America”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, XXX, (2011), pp. 106-110.

⁷ Rogelio Altez *et alii*, “Introducción: una visión panorámica de la influenza”, *La pandemia del olvido: estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina, 1918-1920*, edits. Rogelio Altez *et alii* (Zamora: El Colegio de Michoacán, 2023) pp. 9-46.

y dispositivos tecnocientíficos. En la última sección, se exploran las conexiones entre Cambio Climático, degradación ambiental y emergencia de nuevos patógenos. Las conclusiones retoman y profundizan en la reflexión sobre la invisibilización y profundización de las desigualdades estructurales en las narrativas y disposiciones dominantes en materia de salud; y, con ello, se enfatiza en la necesidad de enfoques más justos, situados y transformadores.

Geopolítica y seguridad sanitaria

Los sistemas de salud pública nacionales levantaron sus primeros cimientos hacia finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, como respuesta a las enfermedades asociadas a los procesos de industrialización, migración y crecimiento urbano. Para entonces, el foco de las preocupaciones e intervenciones en materia sanitaria eran las poblaciones y sus condiciones de vida. Se realizaron esfuerzos orientados a construir tasas de mortalidad y morbilidad, mientras se desplegaron intervenciones técnicas para mejorar la higiene pública.⁸ Esto se dio dentro de un panorama internacional iniciado unas décadas antes para generar, promover y universalizar conocimientos médicos y políticas sanitarias; una especie de *medicalización de las relaciones internacionales*, que se iría profundizando en las siguientes centurias.⁹ En algunos países se dieron esfuerzos por fortalecer los sistemas sanitarios, mejorando los drenajes y el acceso al agua potable. Además, se implementaron controles sanitarios en ciertos puertos y fronteras, y programas de erradicación de enfermedades en algunos países.

En ese marco se creó la Oficina Sanitaria Internacional (1902), con el objetivo de brindar apoyo técnico en materia de salud a los países del continente americano. A la par, la Comisión de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller promovió en 1915 un proyecto para erradicar la fiebre amarilla. El médico Fred Lowe Soper dirigió la campaña

⁸ Andrew Lankoff, *Unprepared: global health in a time of emergency* (California: University of California Press, 2017).

⁹ José Luis de la Flor, “La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24° EVE”, *Comillas Journal of International Relations*, n.º 13, (2018), pp. 49-62.

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

en Brasil y fue impulsor del concepto de erradicación a nivel local, nacional e internacional. Y en 1948, cuando Soper ocupó la dirección de la Oficina Sanitaria Internacional, entonces conocida como Oficina Sanitaria Panamericana, empujó el programa de erradicación de la viruela en las Américas.¹⁰

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, y en el contexto de la Guerra Fría, las iniciativas en materia de salud se dirigieron a promover la cooperación entre las agencias nacionales existentes, canalizadas a través de la OMS, creada en 1948.¹¹ Dos años después, la Oficina Sanitaria aprobó el inicio de un programa de erradicación de la viruela del continente americano, impulsado y promovido por Soper.¹² Dicho programa tuvo el objetivo de intensificar la vacunación en 13 países, para elevar los índices de protección.

Más tarde, los esfuerzos se enfocaron en torno a dos acciones fundamentales. Primero, la erradicación de enfermedades, incluyendo la campaña contra el paludismo, iniciada en 1955, y fortalecer la campaña de erradicación de la viruela, completada en 1977. Segundo, la atención primaria fue concebida como un derecho humano fundamental estrechamente articulado con el desarrollo social y económico. Ambas acciones necesitaron de la coordinación entre organismos multilaterales y agencias de salud nacionales, y partieron de la premisa de que era necesario un aparato estatal funcional para garantizar la prestación de atención primaria básica.¹³ Para entonces, ya la Oficina Sanitaria había adquirido la denominación de Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1958).

Unas décadas más tarde, el virólogo Stephen Morse habló de *enfermedades infecciosas emergentes* (1989) y, en los noventa, algunos expertos en salud y seguridad de los Estados Unidos realizaron mediciones sobre la amenaza internacional que podría

¹⁰ Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas, la viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952* (Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mora, 2016), p. 174.

¹¹ Tras la creación de la OMS, la OPS se configuró como su Oficina Regional para las Américas. Ambas forman parte de las Naciones Unidas. OPS, *Historia de la OPS*. Disponible desde internet en: [https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops#:~:text=El%20paso%20de%20las%20epidemias,de%20la%20Salud%20\(OPS\)](https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops#:~:text=El%20paso%20de%20las%20epidemias,de%20la%20Salud%20(OPS))

¹² *Ibid.*, p. 201.

¹³ A. Lankoff, *Unprepared: global health in a time of emergency*.

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

suponer el surgimiento de virus desconocidos. Para entonces, el *Center for Disease Control* (CDC) señaló que ese tipo de enfermedades constituían un peligro para la seguridad nacional estadounidense,¹⁴ pues podrían afectar negativamente sus intereses comerciales y la salud pública de sus ciudadanos.¹⁵ Con ello, se produjo una reducción del financiamiento para la atención primaria, con reformas en los sistemas de salud nacionales incentivadas por el Banco Mundial. Así, la OMS orientó sus esfuerzos hacia organizaciones público-privadas para el manejo de enfermedades concretas, como el paludismo, la tuberculosis y el VIH/SIDA, mientras disminuyeron los apoyos para obras de infraestructuras de salud pública.¹⁶

Esta situación, además, se dio en un contexto particular, pues entre 1946 y principios de los años noventa, la salud internacional estuvo profundamente influenciada por la Guerra Fría y la rivalidad entre los bloques capitalista y comunista, así como por el paradigma del desarrollo económico promovido por Occidente como vía única de progreso para el Tercer Mundo. Ambos bloques impulsaron iniciativas de salud como infraestructuras médicas, campañas sanitarias y becas, con fines geopolíticos. Sin embargo, ya en los años cincuenta se evidenciaba que la reconfiguración del poder mundial beneficiaba poco a las excolonias. En respuesta, surgió el movimiento de Países No Alineados (G-77) en 1964, que denunció el neocolonialismo en la ayuda al desarrollo y la falta de democracia en los organismos internacionales. En este contexto, algunos países supieron aprovechar la rivalidad entre las superpotencias para obtener recursos, aunque esto también reforzó desigualdades y dependencias, como ocurrió con India durante el gobierno de Indira Gandhi.¹⁷

¹⁴ En 1946 inició sus operaciones en Atlanta, enfocándose en controlar la expansión del paludismo. Con los años se consolidó como un organismo encargado de abordar temas de salud pública, vigilancia y control de enfermedades con gran peso internacional.

¹⁵ J. L. de la Flor, “La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24° EVE”.

¹⁶ A. Lankoff, *Unprepared: global health in a time of emergency*.

¹⁷ Anne-Emanuelle Birn, “Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda”, *Hypothesis*, XII, n° 1 (2014), pp. 1-27.

Con la culminación de la Guerra Fría y la consolidación del capitalismo neoliberal, se produjo una transición discursiva y operativa de la salud internacional hacia la salud global. Esta transformación reconfiguró el campo sanitario bajo la lógica de la “inversión en salud”, impulsada por asociaciones público-privadas que buscaban expandir los mercados de seguros médicos y productos farmacéuticos; e, incluso, promover ciertas prácticas alimentarias.¹⁸

Desde enfoques críticos, en particular desde la epidemiología crítica y los estudios poscoloniales, se ha señalado cómo este giro reforzó estructuras de dominación epistémica y económica al excluir del debate público la mercantilización de la salud, el papel del capital transnacional y las relaciones históricas de poder que configuran la agenda global.¹⁹ Vandana Shiva ha advertido que el desarrollo fue la continuación del proyecto colonial por otras vías, reproduciendo relaciones de dominación y dependencia bajo un nuevo ropaje institucional y económico.²⁰

En este sentido, una serie de políticas neoliberales fueron aplicadas a la administración de los sistemas sanitarios que, además de cuestionar la atención primaria, introdujeron la jerga del mercado en la financiación y provisión de los servicios de salud. Con ello, en el siglo XXI, el proceso de medicalización de las relaciones internacionales transitó por diferentes mecanismos, como la diplomacia, la cooperación médica, y las misiones humanitarias y militares. Esto, a su vez, condujo a estrechar el vínculo entre salud y seguridad, y a aprehender ciertas enfermedades infecciosas como amenazas internacionales de circulación, entre ellas: el ébola, las gripes aviarias, el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) y el VIH/SIDA.²¹

En el seno de este escenario internacional, científicos y académicos dirigieron sus esfuerzos a identificar las causas estructurales, sociales y ecológicas del surgimiento de nuevas enfermedades. Por su parte, el interés de los centros de investigación y agencias

¹⁸ A. E. Birn, “Remaking international health”.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Vandana Shiva, *Staying Alive: Women, Ecology and Development* (London: Zed Books, 1989).

²¹ J. L. de la Flor, “La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24° EVE”.

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

de seguridad de los Estados Unidos se concentró en desplegar un sistema de vigilancia epidemiológico global para atender aquellos padecimientos considerados un peligro para su propia seguridad; y, junto con autoridades canadienses, presionaron a la OMS para revisar las estrategias de vigilancia vigentes desde mediados del siglo XX. Estas disposiciones condujeron al establecimiento de mecanismos de identificación, alerta y respuesta frente a brotes epidémicos. De allí que, entre 1995 y 2005, se crearon las directrices en materia de preparación ante pandemias y en el 2000 surgió *Global Outbreak Alarm Response Network* (GOARN) para el apoyo técnico, equipos de respuesta y vigilancia ante brotes epidémicos; y, en el 2007, la OMS caracterizó la seguridad sanitaria global a partir del despliegue de actividades proactivas y reactivas para reducir la vulnerabilidad frente a “incidentes agudos”, que pudieran colocar en peligro la salud colectiva más allá de límites geográficos nacionales.²²

Como sugiere King, en el siglo XXI, el enfoque de las enfermedades emergentes se fortaleció hasta dominar la comprensión de la salud internacional, convirtiéndose en una perspectiva global, un consenso de visión de mundo. Dicha perspectiva ha sido asimilada a partir de una especie de “ontología coherente y autosuficiente de las enfermedades epidémicas”, centrada en sus causas y efectos, sus modelos y proyecciones, los riesgos que conllevan, así como en las mejores estrategias para prevenir y manejar esos riesgos. Se trata de un esquema universal para identificar y comprender las interrelaciones entre los seres humanos y los microbios, a partir de presunciones y directrices que, se asume, son aplicables de manera global.²³

Esta agenda asentada en los intereses de Estados Unidos determinó, por ejemplo, que tras el impacto del VIH/SIDA en su territorio, se refiriera a la enfermedad en términos pandémicos; pues sus ciudadanos ya no se encontraban al margen de los padecimientos

²² *Ibid.*; José María Martín Moreno *et alii*, “El papel de la OMS y de otras organizaciones supranacionales”, *Cuadernos de estrategia*, n.º 203, (2019), pp. 81-121.

²³ Nicholas B. King, “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”, *Social Studies of Science*, XXXII, (2002), pp. 763-789.

“que se habían relegado al mundo en desarrollo”.²⁴ Así lo explica un informe redactado por un grupo de académicos presididos por miembros del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias (IOM):

*Como la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) seguramente debería habernos enseñado, en el contexto de las enfermedades infecciosas, no hay lugar en el mundo del que estemos alejados ni persona de la que estemos desconectados. En consecuencia, algunas enfermedades infecciosas que ahora afectan a personas en otras partes del mundo representan amenazas potenciales para Estados Unidos debido a la interdependencia global, el transporte moderno, el comercio y los cambiantes patrones sociales y culturales.*²⁵

Para abordar esta problemática, el grupo de expertos sugirió invertir en cuatro dimensiones básicas: vigilancia epidemiológica de brotes de enfermedades infecciosas y de la resistencia a los antimicrobianos; educación e investigación en biología molecular y virología; desarrollo de vacunas y medicamentos terapéuticos en el ámbito público y privado; y robustecimiento y coordinación entre las agencias de salud pública locales, nacionales e internacionales.²⁶

Antecedentes de estas iniciativas se encuentran en los programas de erradicación de malaria en América Latina en la década de los cincuenta, cuyas motivaciones se asentaban en dos aspectos: (1) una visión humanitaria del problema, debido a los altos índices de mortalidad y morbilidad; y (2) proteger a los países “desarrollados” ante el temor de que la enfermedad, controlada al sur de Estados Unidos en los cuarenta, retornara con el flujo de migrantes y mercancías.²⁷ Mientras tanto, la OPS, la

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Traducción propia del inglés. Lederberg, Shope y Oaks in N. B. King, “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”, p. 767.

²⁶ N. B. King, “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”.

²⁷ Marcos Cueto, “La salud internacional, la Guerra Fría y la erradicación de la malaria en México, en la década de los años cincuenta del siglo XX”, *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México*,

International Cooperative Administration (ICA) y la OMS promovieron las campañas de erradicación desde un discurso que señalaba la necesidad de proteger a los ciudadanos estadounidenses en el exterior y resguardar las actividades productivas en América Latina. Sin embargo, el motivo principal de estas iniciativas era proteger la economía de ciertos países ricos. Ello explica que la ayuda bilateral y multilateral se convirtiera en un subsidio indirecto a las farmacéuticas productoras de drogas antimaláricas y de las empresas petroleras, que vendían insecticidas y pesticidas agrícolas. Además, buscaba proteger las empresas nacionales que operaban fuera de Estados Unidos y reducir el riesgo que conllevaba la gran cantidad de trabajadores mexicanos en suelo estadounidense.²⁸

Preparación y Resiliencia frente a Amenazas Emergentes (PRET)

Para el siglo XXI, las políticas de salud internacional le dieron particular relevancia a la detección temprana, la contención rápida de enfermedades infecciosas emergentes y la implementación de técnicas de simulación para modelar el impacto de posibles brotes futuros. Con ello, se consolidó una perspectiva de la biomedicina humanitaria, centrada en atender las enfermedades que afectan a las poblaciones, allende las fronteras nacionales. Es decir, que “mientras la solidaridad social era un imperativo político y ético clave en la salud pública clásica, el valor central de la biomedicina humanitaria es la humanidad compartida”.²⁹

En consonancia con este panorama, diversos programas impulsados por grandes fundaciones filantrópicas han priorizado intervenciones tecnocráticas, como la distribución masiva de vacunas o medicamentos patentados en el Sur Global, al tiempo que desatienden las causas estructurales de la malnutrición, la pobreza y el deterioro ambiental que afectan especialmente a comunidades rurales y marginalizadas. Un caso destacado es el Programa de Salud Global de la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF,

siglos XIX y XX, coord. Claudia Agostoni (México: Universidad Nacional Autónoma de México y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008), pp. 313-338.

²⁸ M. Cueto, “La salud internacional, la Guerra Fría y la erradicación de la malaria en México”.

²⁹ A. Lankoff, *Unprepared: global health in a time of emergency*.

por sus siglas en inglés), reconocido por financiar investigaciones y el desarrollo de diagnósticos, tratamientos, vacunas y campañas contra el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis, la neumonía, las enfermedades diarreicas y otros padecimientos considerados desatendidos; al tiempo que ha recibido fuertes críticas por apoyar estudios éticamente cuestionables, por ejemplo, sobre detección de cáncer cervicouterino en India.³⁰

En esta línea, la investigadora Anne-Emanuelle Birn ha señalado que la visión de la BMGF ha sido reduccionista y centrada en soluciones tecnológicas, al privilegiar la vacunación y las intervenciones biomédicas mientras minimiza la importancia de factores sociales fundamentales, como las condiciones de vida. Además, su enfoque omite la necesidad de fortalecer sistemas de salud integrales, orientados hacia la equidad sanitaria.³¹

Al mismo tiempo, una mirada centrada en las enfermedades emergentes y la seguridad sanitaria global responde a una única visión de la salud que plantea limitaciones históricas, socioculturales y prácticas en numerosos contextos. Si bien, ha colocado en la palestra pública los desafíos que plantea el control de brotes epidémicos frente a las interconexiones globales, en un mundo marcado por el tráfico de personas y mercancías, también devela la necesidad de complejizar las discusiones y el diseño de políticas de salud frente a realidades disímiles y complejas. Ello, en tanto, la preparación depende del desarrollo y disponibilidad de tecnologías locales de control de las enfermedades.

Existe un vínculo entre la ausencia de recursos económicos, personal médico e infraestructuras de salud básicas y la precarización de ciertos países. Esta situación impone restricciones al hablar de detección temprana, contención rápida de una pandemia y elaboración de simulaciones frente al nacimiento de nuevos virus. Igualmente, oscurece la existencia de condiciones sociales adversas frente al riesgo de contraer y afrontar las enfermedades, en tanto, lo esencial, son las medidas preparativas y reactivas.

³⁰ A. E. Birn, "Philanthrocapitalism, past and present".

³¹ *Ibid.*

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

Se ha optado por un esquema de seguridad sanitaria universal, materializada en organismos oficiales, expertos en seguridad nacional e internacional, científicos y autoridades. Estos actores han sido los encargados de definir las estrategias para enfrentar nuevos patógenos y los componentes que debe incluir la preparación de una sociedad ante una amenaza epidemiológica. Bajo esta perspectiva, las agencias de salud, los tecnócratas y la infraestructura pública sanitaria se convierten en piezas fundamentales para atender el problema; y la autoprotección se consolida como un imperativo ético.³²

De allí que, tras la última pandemia por coronavirus, la OMS ha promovido una nueva agenda internacional para mejorar la preparación frente a futuras coyunturas, cimentada en la resiliencia. *Preparación y Resiliencia frente a Amenazas Emergentes* (PRET) es la denominación que se le ha dado a dicha iniciativa para responder ante patógenos respiratorios (gripes o coronavirus), destacando la relevancia de involucrar a los diversos sectores sociales en las actividades de prevención, preparación y respuesta.³³ En ese sentido, se señala lo siguiente:

*Establecer o reforzar mecanismos para el desarrollo de capacidades en la participación comunitaria, con el fin de crear una fuerza laboral de salud multisectorial centrada en la comunidad, que esté orientada a la gobernanza y gestión de emergencias sanitarias, así como a la construcción de resiliencia.*³⁴

En dicho documento se sostiene que la pandemia ha develado la necesidad de incrementar la planificación anticipada y fortalecer las capacidades de preparación y respuestas frente a otras posibles amenazas para la salud. Asimismo, se refiere a la

³² *Ibid.*; María N. Rodríguez Alarcón, “Vulnerabilidad estructural y respuestas oficiales frente a la pandemia por COVID-19 en Morelos, México”, *Plural. Antropologías desde América Latina y el Caribe*, n.º 19, (2022), pp. 97-138.

³³ OMS, (Ginebra), 26 de abril de 2023. Disponible desde Internet en: <https://www.who.int/es/news/item/26-04-2023-who-launches-new-initiative-to-improve-pandemic-preparedness>

³⁴ Traducción propia del original en inglés. WHO, *A checklist for respiratory pathogen pandemic preparedness planning* (Ginebra: OMS, 2023), p. 44. Disponible desde Internet en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374876/9789240084513-eng.pdf?sequence=1>

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

creación de un fondo para financiar inversiones críticas orientadas a robustecer esas capacidades, particularmente en los países de ingresos medios y bajos. Por medio del apoyo del G20, la OMS y donantes, el directorio ejecutivo del Banco Mundial aprobó la propuesta de establecer dicho fondo en junio de 2022, consolidándose como su fiduciario. Además, se destaca la necesidad de invertir en vigilancia, capacidad de los laboratorios, insumos médicos, producción y distribución de vacunas, sistemas de salud, comunicación y gestión de riesgos, para evitar mayores costos frente a una futura pandemia.³⁵

Numerosos académicos han asimilado este enfoque, concentrándose en la importancia de la preparación ante un posible evento imprevisible, como el surgimiento de enfermedades que puedan conducir a una epidemia y eventual pandemia. De esta manera, han orientado sus esfuerzos al desarrollo de tecnologías de vigilancia y simulación, así como en la detección de nuevos virus en animales domésticos o salvajes.³⁶

No obstante, la coyuntura pandémica del 2020 develó las falencias de este enfoque, expuso condiciones diferenciales de vulnerabilidad y la influencia que tienen los escenarios de pobreza, precariedad laboral y hacinamiento, que inciden en la exposición a las enfermedades. Además, condujo a comprender de qué manera la adopción de medidas genéricas de aislamiento físico y cese de actividades productivas contribuyen a profundizar circunstancias desiguales de vida. Como lo explicó Altez, las reacciones en torno a la pandemia dieron cuenta del individualismo occidental y develaron la falta de preparación de los Estados y sus gobiernos. Además, las cuarentenas basadas en

³⁵ “En mayo de 2023, el Fondo para la Pandemia cerró su primera Convocatoria de Propuestas, recibiendo 179 solicitudes de 133 países. El 19 de julio de 2023, el Directorio Directivo del Fondo para la Pandemia otorgó una primera ronda de subvenciones por un total de US\$338 millones que movilizarán más de US\$2.000 millones para ayudar a 37 países a fortalecer su capacidad para prevenir, prepararse y responder a las pandemias. Más del 30% de las subvenciones asignadas se destinan a proyectos en África subsahariana y más del 75% de los proyectos apoyados por la primera convocatoria se encuentran en países de ingresos bajos y medianos bajos. Los proyectos seleccionados recibirán financiamiento para fortalecer la vigilancia de enfermedades y la alerta temprana, los sistemas de laboratorio y los recursos humanos”. WHO, *A checklist for respiratory pathogen pandemic preparedness planning*; Secretaría del Fondo para la Pandemia, *Antecedentes y descripción general* (Washington D.C: The pandemic fund for a resilient world, 2024). Disponible desde internet en: <https://www.thepandemicfund.org/background>

³⁶ Christos Lynteris y Branwyn Poleykett, “The Anthropology of Epidemic Control: Technologies and Materialities”, *Medical Anthropology*, XXXVII, n.º 6 (2018), pp. 433-441.

aislamientos absolutos se configuraron como la medida por antonomasia para controlar o, al menos, ralentizar el incremento de casos de la enfermedad.³⁷

*...se inyectan recursos financieros, humanos y médico-sanitarios en un lugar donde hay un brote o emergencia de salud pública para contener un determinado 'incendio' epidemiológico. Una forma de intervención que busca mitigar la distribución y la tendencia de una enfermedad en ese momento, sin abordar de manera sistemática los procesos estructurales y determinantes de la salud colectiva... Una visión miope que invisibiliza los procesos de deterioro de la salud como consecuencia de la mercantilización, la desposesión y otras consecuencias de reformas sanitarias desastrosas. Reformas que han contribuido a profundizar las desigualdades en salud por marcadores de clase social, etnia-raza y género en la región, cuyas intersecciones hacen más críticos los cuadros de vulnerabilidad social y sanitaria.*³⁸

Este esquema se encuentra en sintonía con la creciente tendencia en los esfuerzos internacionales de gestión de emergencias y desastres, donde se enfatiza la corresponsabilidad de la población en la transformación de las condiciones de riesgo y en la reducción de pérdidas y daños ante posibles eventos adversos. Y, a la par, se produce una inclinación hacia el despliegue de opciones y soluciones tecnológicas y financieras, como la implementación de métodos de modelado de redes para anticipar el impacto de los desastres y la promoción de planes fiscales nacionales para la adaptación y financiación de la reducción del riesgo.³⁹

³⁷ Rogelio Altez, “Antropología política de un desastre global”, *Prodavinci*, 1 abril 2020. Disponible desde internet en: <https://prodavinci.com/antropologia-politica-de-un-desastre-global/>

³⁸ Traducción propia del original en portugués. Bomfim Trad et alii, “A atrofia do social na construção discursiva sobre a pandemia da Covid-19 – desvelando ausências”, *Plural. Antropologías desde América Latina y el Caribe*, n.º. 10 (2022), pp. 68-69.

³⁹ María N. Rodríguez Alarcón, “Poverty and affluence in Disaster Risk Reduction”, *Reducing Risks: A Reference on Preventing and Mitigating Disasters and Dangers*, coords. J. C. Gaillard, Mayeda Rashid & Glenn Fernández (Singapore: World Scientific Publishing, in press).

En ese sentido, la perspectiva financiera frente a las pandemias se alinea con las dinámicas globales que han influido en la comprensión de otras problemáticas en las sociedades contemporáneas, asentadas en un pensamiento neoliberal. Éste considera a las regiones del Sur Global como atrasadas y, por lo tanto, necesitadas de inversión y de las disposiciones emanadas de las agencias internacionales para su progreso y desarrollo.⁴⁰

Por su parte, la resiliencia se ha convertido en una apuesta por la ciudadanía y su capacidad de autoprotegerse, cooperar y recuperarse ante los efectos de coyunturas críticas de una manera oportuna y eficiente, que conduzca hacia una posible adaptación positiva. No obstante, ha existido una tendencia a promover estas capacidades, sin prestar suficiente atención a las condiciones estructurales preexistentes en las sociedades, incluidas las desiguales relaciones de poder y las diferencias políticas y administrativas, tanto entre países como dentro de ellos. Estas condiciones son expresión de procesos sociohistóricos y modelos de desarrollo económico que han generado formas de vida diversas, heterogéneas y desiguales. Por ello, las investigaciones y las políticas nacionales e internacionales requieren un giro interpretativo que reconozca y reflexione críticamente sobre estas complejidades.

Salud pública y respuestas pandémicas

Siguiendo a Lynteris y Poleykett, la literatura histórica sobre salud se ha orientado hacia el estudio de, básicamente, tres medidas: cuarentenas, vacunación y control de vectores.⁴¹ La cuarentena de individuos y mercancías, sospechosos de portar enfermedades infecciosas, es una estrategia muy añeja y difundida, cuyo origen puede ser rastreado hasta el puerto de Venecia en el siglo XIV, tras la segunda pandemia de peste,

⁴⁰ Emiliano Sacchi, “Para una redefinición del neoliberalismo desde una genealogía colonial”, *El Banquete de los Dioses*, n.º 9 (2021), pp. 219-244.

⁴¹ C. Lynteris y B. Poleykett, “The Anthropology of Epidemic Control: Technologies and Materialities”.

catalogada como *Muerte Negra*, la cual ocasionó gran número de decesos en Europa y Asia por más de una década.⁴²

A través de los siglos, limitar el contacto físico ha sido una práctica común, actualmente institucionalizada a través de protocolos de actuación y dispositivos materiales, que condicionan el cuerpo y su movilidad, particularmente, en espacios públicos.⁴³ Con la pandemia de influenza por el virus A(H1N1) de 1918 las medidas fueron, precisamente, cordones sanitarios y cuarentenas, acompañados de sustancias para higienizar y remedios para disminuir los síntomas. Sin embargo, ello no evitó que la enfermedad se diseminara con gran intensidad.⁴⁴ Igualmente, la pandemia de influenza de A(H1N1) de 2009 se caracterizó por el aislamiento físico, pero también por la ausencia de prevención. Algunos investigadores han señalado que la similitud de las respuestas institucionales entre ambos casos es llamativa y devela que, aún con los avances técnicos, en la promoción del conocimiento médico experto y la cooperación internacional persiste la reproducción de un esquema básicamente reactivo e inmedatista: practicar el distanciamiento físico, aislarse y evitar aglomeraciones, estornudar con pañuelos, y desinfectar superficies, ropa, calles y espacios públicos.⁴⁵

Para el año 2020, con la pandemia por el virus SARS-CoV-2, una vez más se recurrió al confinamiento en prácticamente la totalidad del Globo, como una estrategia para disminuir la velocidad de transmisión y evitar la saturación de la capacidad hospitalaria. Como en 2009, se recurrió al cierre temporal de escuelas y comercios, y a la

⁴² N. B. King, "Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health"; Ana María Carrillo, "Las pandemias en la historia y la salud pública nacional e internacional", *Salud Pública y Epidemiología. Boletín sobre COVID-19*, I, n° 10, (2020), pp. 1-5.

⁴³ Sandrine Revet, "La epidemia de la Covid-19 en América Latina: ¿prepararse o reducir la vulnerabilidad?", *Les Études du CERI*, n° 252-253 (2021), pp. 54-58.

⁴⁴ América Molina del Villar, "Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, XXVII, n° 2 (2020), pp. 391-409.

⁴⁵ América Molina del Villar, "Influenza A (H1N1): estudio de la contingencia sanitaria y el brote de una pandemia desde las perspectivas epidemiológica, social e histórica", *Desacatos*, n° 32 (2010), pp. 9-14; Carlos M. Richard, "Respuestas institucionales y corporativas a la pandemia de 2009. América Latina ante los actores multinacionales en la producción de medicamentos", *Desacatos*, n°32 (2010), pp. 63-88.

cancelación de actividades y eventos que involucraran aglomeraciones.⁴⁶ Sin embargo, la práctica del confinamiento demostró las complejidades que conlleva la asimilación de soluciones de los países de altos ingresos en sociedades con menor riqueza y limitaciones en el acceso a alimentos y servicios. Por ejemplo, en los países “desarrollados”, una gran cantidad de personas pudo realizar actividades laborales a distancia, mientras amplios sectores de la población en los países empobrecidos dependían de ingresos precarios, trabajos informales y autoempleo.

El confinamiento también generó desafíos en la atención a grupos vulnerables, como personas sin hogar, migrantes y trabajadoras sexuales. Además, se documentó un aumento de los casos de violencia doméstica, así como problemas de salud mental (ansiedad y depresión) y adicciones.⁴⁷

En términos generales, la pandemia y las medidas adoptadas para detener su propagación develaron y recrudecieron injusticias y desigualdades preexistentes. Pasados bajo el tamiz de un problema global, los impactos sociales de la enfermedad y las disposiciones internacionales no admitieron comparaciones y diferencias entre países o entre grupos sociales. Por ello, es imperativo analizar críticamente “el guion global de seguridad sanitaria”, que funciona como un marco de referencia conceptual y metodológico, moldeando las políticas públicas, los planes de gestión y las prácticas en salud colectiva vinculadas a las pandemias.⁴⁸

La OMS emplea la denominación de *Intervenciones de salud pública no farmacéuticas* (*Nonpharmaceutical Public Health Interventions-NPI's*) para referirse a ese conjunto de acciones profilácticas destinadas a contener infecciones, retrasar la propagación de las enfermedades y reducir la mortalidad. Pero, de acuerdo con Macías Richard, históricamente, estas disposiciones se han distinguido por la ausencia de

⁴⁶ A. M. Carrillo, “Las pandemias en la historia y la salud pública nacional e internacional”; M. Richard, “Respuestas institucionales y corporativas a la pandemia de 2009”.

⁴⁷ Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez *et alii*, “La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante Covid-19”, *Salud Pública de México*, n.º 5 (2020), pp. 598-606.

⁴⁸ Bomfim Trad *et alii*, “A atrofia do social na construção discursiva sobre a pandemia da Covid-19”.

formalidad y los vacíos en sus protocolos. Entre otras cosas, debido a que las instancias médicas, epidemiólogos y las políticas sanitarias no han acordado plenamente el balance costo-beneficio de estas intervenciones. Tal incertidumbre se manifiesta especialmente en decisiones que pueden impactar severamente la economía de un país, como el cierre temporal de centros educativos, lugares de trabajo y esparcimiento en pos de un “distanciamiento social” que busque controlar la transmisión de la enfermedad.⁴⁹

Además, existen experiencias previas que han desafiado la eficacia de esas disposiciones. Por ejemplo, Lynteris y Poleykett refieren que el supuesto éxito de las estrictas medidas de cuarentena y aislamiento durante la epidemia de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) del año 2003, que sirvió para legitimar las antiguas acciones de control epidémico, fue desafiado una década más tarde con la epidemia de ébola en África Occidental (2014-2016).⁵⁰

Igualmente, los EPP (Equipos de Protección Personal) se han consolidado como mecanismos materiales de control epidémico: trajes de descontaminación, mascarillas, gafas y dispositivos faciales de plástico o látex, capuchas, overoles, por mencionar algunos. Sin embargo, su eficacia también ha sido objeto de debates tras el referido brote de ébola y con relación a enfermedades transmitidas por el aire, como la influenza, la tuberculosis y el SARS. A la par, algunos antropólogos han señalado la importancia de examinar estos equipos de protección, no sólo desde su eficacia real, sino también con relación a su efecto social y cultural.⁵¹ Incluso, en una investigación sobre la peste neumónica en Manchuria (1910-1911), Lynteris concluyó que la utilidad de este tipo de dispositivo trascendió la dimensión sanitaria, instaurándose también como un elemento de control biopolítico; es decir, que su función no fue únicamente la capacidad para controlar la propagación de la enfermedad, además, transformó a sus usuarios y a su

⁴⁹ M. Richard, “Respuestas institucionales y corporativas a la pandemia de 2009”.

⁵⁰ C. Lynteris y B. Poleykett, “The Anthropology of Epidemic Control: Technologies and Materialities”.

⁵¹ *Ibid.*

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

contexto social próximo en una representación de la razón médica y la modernidad higiénica.⁵²

Con la pandemia de 2020, la OMS recomendó nuevamente el uso de la mascarilla. Sostuvo que este dispositivo era una parte esencial de un conjunto integral de medidas de prevención y control, destinadas a limitar la propagación de ésta y otras enfermedades respiratorias virales. De esta manera se protegía, no sólo a las personas sanas cuando entraban en contacto con alguien infectado, sino que ayudaba a controlar la transmisión desde las fuentes, al ser utilizadas por personas infectadas.⁵³ No obstante, la evidencia sobre su eficacia para prevenir infecciones respiratorias sigue siendo limitada y su implementación fue objeto de acalorados debates entre epidemiólogos, académicos e instituciones políticas nacionales e internacionales.⁵⁴

La vacunación también ha sido un método común para el control epidémico. Tras el desarrollo del profiláctico contra la viruela en 1796, por el médico inglés Edward Jenner, se desplegaron diversos esfuerzos para su implementación.⁵⁵ A comienzos del siglo XIX, Carlos IV de España financió la *Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*, para que ésta alcanzara los rincones más remotos del Imperio español, llegando incluso a China y convirtiéndose en el primer programa internacional de salud.⁵⁶ La creación de una vacuna, junto con la estabilidad del virus y la ausencia de un reservorio animal para la viruela, permitió su erradicación mundial en 1980.

⁵² Christos Lynteris, “Plague Masks: The Visual Emergence of Anti-Epidemic Personal Protection Equipment”, *Medical Anthropology*, n.º 6 (2018), pp. 442-457.

⁵³ OMS, *Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales*. Disponible desde internet en: https://web.archive.org/web/20230811045045/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf

⁵⁴ Antonio Olry de Labry-Lima *et alii*, “The use of masks to protect against respiratory infections: an umbrella review”, *Enferm Infecc Microbiol Clin*, XXXIX, n.º 9, (2020), pp. 436-44; Shuo Feng *et alii*, “Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic”, *The Lancet. Respiratory Medicine*, VIII, n.º 5, (2020), pp. 434-436.

⁵⁵ A. M. Carrillo, “Las pandemias en la historia y la salud pública nacional e internacional”.

⁵⁶ Susana M. Ramírez, *La expedición Balmis. La primera lucha global contra las pandemias* (Barcelona: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2021).

En el siglo XIX, Louis Pasteur demostró que se podrían prevenir enfermedades infecciosas gracias a la inyección de gérmenes atenuados y consiguió elaborar la vacuna contra la rabia. A partir de entonces se han desarrollado profilácticos contra diversas enfermedades epidémicas, como cólera, peste, tosferina, difteria, tétanos, sarampión y poliomielitis. No obstante, fue hasta la década de los ochenta del siglo XX que las agencias internacionales y científicos construyeron verdaderos lazos de cooperación para el desarrollo y producción de vacunas, cuya responsabilidad recaía fundamentalmente en empresas estatales. Pero, en los últimos años, dicha atribución ha pasado a manos de corporaciones farmacéuticas.⁵⁷

A la par de las NPI's, en la década de 1970 se empezaron a diseñar las tecnologías de bioseguridad, fortalecidas en los últimos veinte años como punta de lanza de las políticas de salud. Se trata de herramientas políticas y tecnológicas de contención, sistemas de vigilancia sustentados en algoritmos, software de geolocalización e ingeniería genética, que permiten realizar predicciones de las curvas de casos y muerte en torno a la exposición a un virus. Bajo estos criterios, se busca estar preparados para las pandemias, pero únicamente con base en la biotecnología y la ingeniería digital.⁵⁸ En ese sentido, se ha fortalecido una perspectiva global de la salud, asentada en algunos indicadores científicos y técnicos que, en realidad, responden al modelo europeo y americano.

En el año 2001, fue creada la Iniciativa de Seguridad en Salud Global (GSHI) conformada por el G7 (Estados Unidos, Canadá, Italia, Francia, Alemania, Japón y Reino Unido), con el propósito de participar en decisiones para enfrentar amenazas por medio de la colaboración de información estratégica. Ésta se despliega en contextos de emergencia, mientras contribuyen a reproducir lógicas asistencialistas y enfoques humanitarios. “La persistente producción de ‘balas de plata’, creadas con la expectativa

⁵⁷ A. M. Carrillo, “Las pandemias en la historia y la salud pública nacional e internacional”.

⁵⁸ Jean Segata *et alii*, “Pandemia y desigualdad en América Latina y el Caribe”, *Plural. Antropologías desde América Latina y el Caribe*, n° 19 (2022), pp. 39-56.

mágica de que el conocimiento científico descontextualizado podrá llevar las mismas soluciones a todos los lugares, culturas y sociedades”.⁵⁹

Se ha instaurado así un gobierno internacional frente a las epidemias y pandemias, menos interesado en desplegar acciones para prevenir las catástrofes sanitarias y más orientado a prepararse para movilizarse cuando se produzcan. El modelo reactivo ha sido promovido ampliamente, por encima de un enfoque preventivo que priorice el fortalecimiento del sistema de salud y un modo de vida digno para las poblaciones, sobre todo para los sectores más vulnerables.

*El gobierno a través de la preparación implica ejercicios de simulación, almacenamiento (vacunas, máscaras, etc.), planes de gestión de emergencias. A nivel internacional, se producen y circulan bases de datos, herramientas anticipadas y kits de buenas prácticas. La Organización Mundial de la Salud es el principal productor de esos productos.*⁶⁰

Un ejemplo adicional de esta situación se encuentra en la creación de la *Declaración de Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional* (PHEIC). Tras el brote de gripe aviar (H5N1) en 2004, la OMS introdujo esta disposición señalando el potencial impacto de la enfermedad sobre las economías, el comercio y el turismo. Un año más tarde, se produjo una nueva declaratoria por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), y en 2014 por un brote de poliomielitis y por el ébola en África occidental. En 2016 se hizo por el virus Zika, en 2019 nuevamente por la fiebre del Ébola y en 2020 por la pandemia de coronavirus. Las dos últimas declaratorias se produjeron en 2023 y 2024, respectivamente, con el brote de mpox (previamente conocido como viruela del mono), surgido en la República Democrática del Congo. A la par, se creó el

⁵⁹ *Ibid.*, p. 49.

⁶⁰ S. Revet, “La epidemia de la Covid-19 en América Latina: ¿prepararse o reducir la vulnerabilidad?”, p. 57.

Reglamento Sanitario Internacional (2005), una base legal para atender estas amenazas consideradas de carácter global y, con ella, evitar las pandemias.⁶¹

El Reglamento contempla siete áreas de trabajo a fortalecer: alianzas mundiales; sistemas nacionales de vigilancia, prevención, control y respuesta a las enfermedades; seguridad sanitaria en los viajes y el transporte; sistemas mundiales de alerta y respuesta de la OMS; gestión de riesgos específicos; respaldo de los derechos, obligaciones y procedimientos; y realización de estudios y vigilancia de los progresos.⁶² Sin embargo, el funcionamiento de las declaratorias ha sido cuestionado, entre otras razones, debido a que la decisión final recae en el Director General de la OMS y porque se ha considerado que la reacción del organismo tiende a ser demasiado rápida, o por el contrario, excesivamente lenta al decretar un estado de emergencia global.⁶³ Además, se trata de otra disposición creada para actuar una vez materializado el problema, orientado a promover la investigación, financiación, cooperación y medidas de salud pública internacionales para contener una enfermedad.

La transformación de las condiciones de vulnerabilidad social y del nivel de exposición frente a las enfermedades, a través de cambios estructurales, deben considerarse como las estrategias más coherentes y efectivas ante la posibilidad de la aparición de nuevos virus con potencial pandémico: sociedades menos desiguales; protección social; poblaciones con acceso digno a la salud, vivienda, trabajo y servicios

⁶¹ Este documento tiene sus antecedentes en 1951, cuando surgió el Reglamento Sanitario Internacional en la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud. Se redactó otro en 1969, con modificaciones en 1973 y 1981. El último fue adoptado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud y entró en vigor el 15 de junio de 2007. OMS, *Reglamento Sanitario Internacional* (Ginebra: OMS, 2008).

⁶² OMS, *Reglamento Sanitario Internacional. Áreas de trabajo para su aplicación* (Ginebra: OMS, 2005). Disponible desde internet en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70816/WHO_CDS_EPR_IHR_2007.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶³ Deutsche Welle (DW) (Alemania), 31 enero 2020. Disponible desde internet en: <https://www.dw.com/es/oms-qu%C3%A9-es-una-emergencia-sanitaria-internacional/a-52217051>; Noticias ONU, (Ginebra), 30 enero 2020. Disponible desde internet en: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1468832>; France 24, (París), 14 agosto 2024. Disponible desde internet en: <https://www.france24.com/es/%C3%A1frica/20240814-la-oms-declara-emergencia-sanitaria-internacional-por-la-viruela-del-mono>

básicos de calidad; infraestructura sanitaria y centros de salud disponibles para todos los estratos socioeconómicos y grupos sociales; redes de comunicación y transporte eficientes y seguros. Pero, además, se necesitan instituciones robustas con mecanismos de planificación, capaces de anticiparse y establecer medidas que garanticen, no sólo el cuidado y la preservación de la vida, sino que también reconozcan diferencias socioculturales y realidades disímiles.

Con respecto a esto, los científicos sociales deberían analizar críticamente las respuestas altamente tecnologizadas y los dispositivos materiales como mecanismos efectivos para el control de epidemias y pandemias, entendiendo los marcos epistémicos y las relaciones de poder detrás de su promoción e implementación.⁶⁴ A la par, se debe reflexionar sobre el lenguaje de sacralidad que se ha consolidado en torno al valor de la vida humana como bien supremo, por encima de otras consideraciones políticas, sociales y económicas. Se trata de una especie de legitimidad de la vida o *biolegitimidad*, que inició su recorrido durante la segunda mitad del siglo XX, hasta consolidarse como un rasgo dominante dentro de la comunidad internacional. Incluso, desde 1946, la constitución de la OMS estableció que uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es alcanzar el más alto grado de salud posible.⁶⁵

El hecho de que esta biolegitimidad, legitimidad del mero hecho de vivir, se haya impuesto durante la segunda mitad del siglo XX, se entiende por supuesto sobre el trasfondo de las dos guerras mundiales y sus millones de muertos, las hecatombes de la primera y los genocidios de la segunda. Establecer una relación entre el derecho a la vida y el derecho a la dignidad y, por consiguiente, a los derechos humanos, constituye entonces una necesidad ética inscrita en un

⁶⁴ C. Lynteris y B. Poleykett, “The Anthropology of Epidemic Control: Technologies and Materialities”.

⁶⁵ Didier Fassin, “El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social”, *Revista de Antropología Social*, XIX (2010), pp. 191-204.

*contexto particular, que es el que dio lugar a la redacción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos al final de los años 1940.*⁶⁶

Se ha instaurado un consenso universal de las políticas internacionales donde prevalece una especie de principio inviolable de la vida humana.⁶⁷ Esta situación conlleva a advertir que, cuando las preocupaciones globales se centran en una cuestión de derecho a la vida, se obnubilan condiciones de vulnerabilidad estructural que provocan desigualdades sociales, como brechas salariales, insuficiente escolaridad, exclusión y discriminación.

Quizás esta perspectiva haya influenciado en la enorme importancia que se le ha otorgado a la aproximación cuantitativa a las pandemias. Se ha producido una especie de “dependencia interpretativa de la contabilidad epidemiológica”, una perspectiva funcionalista centrada en el número de casos confirmados de contagios y de fallecidos, y tasas de frecuencia y distribución de los enfermos. Este esquema se ha sumado a la implementación de protocolos generales de prevención y control de los virus, con análisis y conclusiones reduccionistas basados en un “empirismo científico puro”.⁶⁸

Pandemias, degradación ambiental y Cambio Climático

Una dimensión adicional que es necesario problematizar es el hecho de que la hegemonía de una ideología y modelo de crecimiento económico, centrados en el extractivismo y la degradación de la naturaleza, ha dado lugar a las problemáticas ambientales características de la sociedad moderna y del sistema capitalista. Dicho sistema se ha expandido mediante la continua destrucción de la tierra, el agua, el aire y los seres no humanos, priorizando la maximización de las ganancias económicas a costa de una explotación intensiva del entorno. Paradójicamente, ese sistema compromete las bases sobre las que se sustenta el desarrollo y la reproducción humana, al generar una

⁶⁶ *Ibid.*, p. 201.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Bomfim Trad *et alii*, “A atrofia do social na construção discursiva sobre a pandemia da Covid-19”.

ruptura en los ciclos vitales de la naturaleza y sus procesos esenciales para la sostenibilidad de la vida en el planeta.⁶⁹

El persistente incremento de los gases de efecto invernadero y dióxido de carbono se han convertido en un grave problema. La aceleración de efectos e impactos del Cambio Climático en los dos últimos siglos ha sido vertiginosa, influidos por la industrialización de la agricultura y la ganadería, y por la destrucción de la biodiversidad. Esto último, además, ha limitado los beneficios que generan los denominados servicios ecosistémicos, como la purificación del aire y del agua, regulación del clima, el control de inundaciones, la polinización y el reciclaje de nutrientes.⁷⁰ Y, existen investigaciones que señalan que el aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero debilitan el sistema inmunológico de los seres humanos, haciéndolos menos resistentes a la aparición de nuevos virus y bacterias.⁷¹

Asimismo, los procesos intensivos de deforestación, degradación ambiental y el desarrollo urbano descontrolado han incrementado la exposición de los seres humanos a los agentes portadores de enfermedades infecciosas y los parásitos que antes eran exclusivos de los entornos silvestres. Existe un alto riesgo de zoonosis en los bosques alterados y fragmentados, y en espacios transformados por ciertas prácticas agropecuarias. Además, se ha registrado que las actividades de caza en las proximidades de áreas naturales han sido responsables de, al menos, trescientas nuevas enfermedades desde el año de 1940.⁷²

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, diversos investigadores han aportado reflexiones significativas sobre la crisis ecológica y climática, y su relación con

⁶⁹ Manuel Sacristán, “Algunos atisbos político-ecológicos de Marx”, *Mientras tanto*, n° 21 (1984), pp. 39-49; Joaquim Sempere, “El ecologismo de Marx”, *Sin Permiso*, n° 173, (2018), pp. 44-51.

⁷⁰ Juan Armando Sánchez, “Influencia de los cambios ambientales en el riesgo y el aumento de nuevas pandemias”, *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, XLV, n° 176, (2021), pp. 634-637.

⁷¹ Aida Hanić y Petar Mitić, “Pandemics and Climate Change: Climate black swans”, *Economic and Financial Implications of Covid-19 Crises*, eds. Srđan Redžepagić et alii (Nica: Université Côte d'Azur, 2022), pp. 313-336.

⁷² Sánchez, “Influencia de los cambios ambientales en el riesgo y el aumento de nuevas pandemias”.

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

la emergencia de nuevos patógenos. Entre ellos destaca Rob Wallace, quien ha subrayado que la deforestación y la explotación intensiva de territorios, impulsadas por gobiernos, empresas estatales y capitales privados, están estrechamente vinculadas con la aparición de determinadas enfermedades. Wallace sostiene que, si los paisajes -y los patógenos asociados a ellos- están globalizados mediante los circuitos del capital, entonces el origen de una enfermedad no puede reducirse simplemente al país donde el patógeno emergió o se propagó inicialmente. En este marco, propone reconsiderar los lugares donde se concentra el capital financiero global, como Nueva York, Londres o Hong Kong, no solo como centros de decisión económica, sino como focos epidemiológicos en sí mismos.⁷³ Esta propuesta apunta a reconocer que las enfermedades no solo tienen una geografía física, sino también una geografía relacional, determinada por las dinámicas globales del capital y la reconfiguración ecológica que éstas generan.

Por ejemplo, en las dos primeras décadas del siglo XXI se produjeron importantes desinversiones en salud pública en África Occidental, un debilitamiento institucional que favoreció condiciones propicias para la incubación del virus del Ébola a nivel poblacional tras su salto interespecie. No obstante, Wallace sostiene que los determinantes de la epidemia se sitúan más atrás en la cadena causal. En particular, los cambios en el uso del suelo en la Región Forestal de Guinea, donde se originó el brote de 2014, estuvieron estrechamente vinculados a políticas neoliberales orientadas a integrar territorios periféricos en los circuitos globales de acumulación de capital. Mientras el virus del Ébola no experimentó transformaciones significativas en su estructura, el entorno político, económico y ecológico de África Occidental sí lo hizo; convirtiéndose en objeto de inversiones privadas orientadas al desarrollo extractivo. Estas iniciativas desplazaron a las poblaciones locales de sus tierras agrícolas y zonas de recolección, en favor de la minería, la tala intensiva y la agricultura industrial. Con ello, se impulsó la conversión de paisajes locales en espacios productivos orientados al mercado global. Este proceso ha

⁷³ Rob Wallace, *Big farms make big flu. Dispatches on Infectious Disease, Agribusiness, and the Nature of Science* (New York: Monthly Review Press, 2016).

Número 55, diciembre 2025, pp. 201-232

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.08>

sido interpretado como parte de la base material que posibilitó el surgimiento y expansión del virus Ébola Makona.⁷⁴

Por otro lado, el constante ascenso de la temperatura global puede tener consecuencias catastróficas, con la disminución del rendimiento agrícola, inundaciones, hambrunas, olas de calor, sequías, escasez o limitado acceso al agua, incendios forestales, y el incremento de enfermedades como el paludismo, dengue, zika y chikunguña. En los últimos años, por cada 10% de expansión de la deforestación se ha producido un aumento del 3,27% en los casos de paludismo (10.000 casos anuales). Además, el deshielo de ciertas regiones podría “despertar” enfermedades y plagas congeladas, y activar bacterias, causando estragos en seres humanos y ecosistemas.⁷⁵

El Informe Global de Riesgos (*Global Risk Report*) del año 2016, a cargo del Foro Económico Mundial, explicita el vínculo entre el Cambio Climático y la salud pública. Advierte que las alteraciones en el clima estimularán la multiplicación de una amplia gama de enfermedades no transmisibles e infecciosas: muertes relacionadas con la temperatura, asma y afecciones alérgicas; epidemias vinculadas con la calidad del agua, como el cólera y la meningitis; e, incluso, enfermedades mentales y problemas relacionados con el estrés. Agrega que las enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores también constituyen dos grupos de particular preocupación, debido a su sensibilidad al clima y a que comprenden la mayoría de las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes.⁷⁶

El Cambio Climático afecta la ecología de los vectores y la vulnerabilidad de las poblaciones humanas antes de un brote, y agrava la intensidad durante el mismo. Antes de un brote, los cambios en la temperatura, los patrones de precipitación y los niveles de pH afectan la cantidad y calidad de los servicios ecosistémicos,

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Durre Shehvaar *et alii*, “Climate Change and the surge for pandemics”, *Journal of Sustainable Development*, n.º 3 (2020), pp. 138-143.

⁷⁶ Rachel Estrada *et alii*, *Pandemics in a changing climate – Evolving risk and the global response* (Zurich: Swiss Re, Johns Hopkins University, 2016).

como los servicios de aprovisionamiento (suministro de alimentos, disponibilidad de agua, etc.) y los servicios de soporte (formación del suelo, reciclaje de nutrientes, etc.). Esto, a su vez, influye en los patrones migratorios y en el hábitat de ciertos animales e insectos. Además, las variaciones en los patrones de precipitación, la temperatura atmosférica y la estacionalidad afectarán las poblaciones de animales e insectos y su capacidad de supervivencia.⁷⁷

Evidencias adicionales denotan la complejidad del contexto contemporáneo, como las infecciones causadas por arbovirus, virus transmitidos por artrópodos, relacionados con aproximadamente treinta enfermedades (entre ellas: chikunguña, dengue, fiebre amarilla y Zika), cuyo vector principal es el mosquito *Aedes aegypti*, de origen africano. Además, se ha producido un incremento en el número de animales intermediarios en la transmisión de estos virus; tal es el caso del Zika, del cual se han identificado como hospederos a cabras, ovejas, caballos, vacas, patos, ratas, murciélagos, orangutanes y búfalos.

A la par, el sistema inmunológico de los animales silvestres, que actúan como reservorios de virus, se ve comprometido por factores como hambrunas, estrés térmico o sequías. Por ejemplo, el Henipavirus o Hendra (HeV) es responsable de una enfermedad identificada a finales del siglo XX en Australia, con una mortalidad del 70% en seres humanos. Los brotes del virus coincidieron con la escasez de alimento para los murciélagos en sus hábitats naturales (néctar de flores de eucalipto), los principales hospederos del virus. Para sobrevivir, tuvieron que desplazarse a zonas rurales, donde se produjo la zoonosis a través de caballos. Por medio del modelamiento del clima se han podido anticipar este tipo de epidemias, cuyas anomalías trastornan los ciclos de floración de los eucaliptos. De forma tal que, la presión ambiental y fisiológica a la que se vieron sometidos alteró el sistema inmunológico de los murciélagos y promovió la replicación

⁷⁷ Traducción propia del original en inglés. *Ibid.*, p. 11.

viral, aumentando el riesgo de desborde zoonótico. Ello ha facilitado la transmisión del virus Hendra y del Nipah (NiV), capaces de desencadenar peligrosas pandemias.⁷⁸

Finalmente, la pandemia de coronavirus ha demostrado que las transformaciones medioambientales, incluidas aquellas inducidas por el Cambio Climático, pueden tener consecuencias catastróficas para los seres humanos. Pero, la exposición al virus y las condiciones de vulnerabilidad frente a ellos y otros tipos de amenazas biológicas se encuentran estrechamente relacionadas con la existencia y vinculación de diversos factores socioeconómicos, anclados en procesos de desarrollo articulados con dinámicas globales.⁷⁹

En ese sentido, no sólo se trata de una mayor exposición a nuevos agentes patógenos o al incremento de la frecuencia de coyunturas pandémicas. El Cambio Climático también impacta negativamente en las condiciones generales de salud y nutrición de las poblaciones vulnerables, complejizando problemas preexistentes asociados con el acceso a servicios básicos, salud digna y seguridad alimentaria. Estos aspectos, a su vez, se encuentran estrechamente relacionados con la susceptibilidad de los individuos o de una población a la propagación de enfermedades infecciosas.⁸⁰

Consideraciones finales

En sintonía con las visiones críticas de la epidemiología, las maniobras corporativas transnacionales y el creciente dominio de intereses empresariales han ido desmantelando aceleradamente los fundamentos institucionales y éticos que tradicionalmente habían sustentado las políticas de salud pública. En este contexto, resulta urgente problematizar modelos hegemónicos, como el sistema de salud emanado de Estados Unidos, cuya respuesta a las crisis sanitarias suele centrarse en intervenciones tecnocráticas, como el desarrollo y distribución de vacunas, sin incorporar una visión

⁷⁸ Sánchez, “Influencia de los cambios ambientales en el riesgo y el aumento de nuevas pandemias”.

⁷⁹ Irasema Alcántara-Ayala, “COVID-19, más allá del virus: una aproximación a la anatomía de un pandesastre sindémico”, *Investigaciones Geográficas*, n.º 104, (2021), pp. 1-15.

⁸⁰ Estrada et alii, *Pandemics in a changing climate – Evolving risk and the global response*, p. 11.

estructural que aborde las causas profundas de la propagación de las enfermedades. Esta omisión refuerza desigualdades preexistentes y reproduce lógicas coloniales en el Sur Global.⁸¹

En ese sentido, el presente artículo ha destacado la pertinencia de avanzar en la comprensión de las relaciones entre las dinámicas socioeconómicas, las políticas neoliberales y la emergencia de enfermedades, superando los enfoques biomédicos reduccionistas. Al mismo tiempo, ha evidenciado la importancia de realizar investigaciones situadas histórica, social y espacialmente, particularmente en países no centrales, desde una perspectiva crítica y reflexiva que aborde los sistemas públicos sanitarios, la globalización de la salud y su mercantilización. Asimismo, ha advertido la relevancia de la epidemiología crítica para desplegar análisis útiles en torno a la aproximación discursiva y práctica de las agencias internacionales y los países hegemónicos a contextos afectados por diversas enfermedades.

La pandemia asociada a la COVID-19 evidenció, de manera contundente, la imposibilidad de contener la diseminación de un virus peligroso en un mundo caracterizado por la intrincada ocupación territorial y las complejas redes transnacionales de movilización y comunicación. Este fenómeno expuso la insuficiencia de los sistemas de salud públicos, muchos de los cuales han sido debilitados por décadas de políticas neoliberales, ajustes estructurales y desinversiones en infraestructura sanitaria, especialmente en el Sur Global. Tal debilitamiento, documentado también en epidemias previas como la del ébola en África Occidental, subrayó cómo las transformaciones económicas y ecológicas, como la deforestación y la mercantilización del territorio, contribuyen al surgimiento y propagación de ciertas enfermedades.

En términos generales, se ha cimentado una comprensión limitada de las enfermedades, que ha derivado en respuestas sanitarias enfocadas casi exclusivamente en soluciones tecnocientíficas, como la vacunación masiva. Aunque las vacunas han

⁸¹ R. Wallace, *Big farms make big flu*; Jaime Breilh, *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2023).

demostrado ser una herramienta valiosa en el control de epidemias, su implementación aislada ha demostrado ser insuficiente frente a condiciones estructurales que favorecen la persistencia y multiplicación de los agentes infecciosos.⁸² Tal enfoque ha conducido a inversiones multimillonarias en un solo recurso cuya eficacia depende, en gran medida, de factores sociales, territoriales y ecológicos que permanecen desatendidos.

La pandemia de coronavirus expuso con crudeza esta contradicción, al revelar que los programas de vacunación fueron implementados de manera profundamente inequitativa, con escasa cobertura en los sectores populares y en varios países del Sur Global. Esta dinámica profundizó la dependencia tecnológica y económica, y acentuó el drenaje de recursos públicos hacia corporaciones transnacionales, favoreciendo la acumulación de rentas extraordinarias por parte de conglomerados farmacéuticos. Como lo señaló Breilh, esto constituye una forma contemporánea de despojo que remite a lógicas coloniales históricas de extracción de valor y subordinación territorial. Así, la expansión contemporánea del capitalismo global, cada vez más tecnificado, extractivo y financiarizado, no solo amenaza la sostenibilidad de los sistemas de salud, sino que compromete las condiciones materiales mínimas para la vida digna en vastos sectores de la población mundial.⁸³

Además, la pandemia puso en evidencia que pasarán varias generaciones antes de que los Estados puedan establecer mecanismos efectivos y verdaderamente sensibles para garantizar servicios de salud dignos y una mejor calidad de vida para toda la población. Por ello, se insiste en que la experiencia de la COVID-19 confirmó que la gestión sanitaria no puede abordarse de manera aislada, sino como un componente inseparable de dinámicas globales que incluyen un modelo económico excluyente, procesos históricos de colonización y precarización social, así como la privatización y comercialización del sistema de salud, perpetuando lógicas hegemónicas discriminatorias, desiguales y vulnerantes frente al surgimiento y expansión de diversas enfermedades.

⁸² J. Breilh, *Epidemiología crítica*.

⁸³ *Ibid.*