IBUK
wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

3. „Epidemia epidemii" i powrót chorób zakaźnych

W epidemii wirusowej paranoi pacjentem zero jest książka The Hot Zone

Geoffrey Cowley (za: King 2004, s. 73)

W XX wieku znacząco spadły wskaźniki śmiertelności i zapadalności na poważne choroby zakaźne oraz wzrosła spodziewana długość życia. Zmieniły się również główne przyczyny zgonów: niegdyś były nimi choroby zakaźne, dziś umieramy najczęściej na choroby chroniczne i nowotworowe. W ciągu pierwszych ośmiu dekad ubiegłego wieku śmiertelność z powodu chorób zakaźnych zmalała z 797 śmierci na 100 tysięcy ludzi do 36 (Armstrong, Conn, Pinner 1999). W krajach o wysokich dochodach choroby zakaźne odpowiadały za 6% lat życia skorygowanych niesprawnością (*disability-adjusted life years lost*, DALYs) w 2002 roku, a do 2030 ten odsetek ma spaść o połowę (Bygbjerg 2012). W związku ze zmniejszeniem się zapadalności umieralności na choroby zakaźne wielu lekarzy i naukowców lat 60. i 70. stwierdziło, że wojna z zarazami została wygrana. William Stewart, Chirurg Generalny Stanów Zjednoczonych, miał rzekomo wygłosić w 1967 roku twierdzenie, że „księgę chorób zakaźnych można uznać za zamkniętą". Wprawdzie Steward nie stwierdził niczego takiego (Spellberg, Taylor-Blake 2013), jednak taki pogląd był dość powszechny w środowisku lekarskim (Berkelman, Freeman 2004, s. 352). Podobnie jak twierdzenie, że choroby zakaźne z czasem muszą złagodnieć (zob. Ewald 1994, s. 3–6). Medycyna zakaźna stała się mało atrakcyjną ścieżką kariery zawodowej, naukowcy przekierowali swoją uwagę na choroby niezakaź-

ne jako bardziej zajmujące zjawiska, a instytucje publiczne zaczęły pieniądze dotąd zarezerwowane na walkę z epidemiami chorób zakaźnych przeznaczać na inne cele (Washer 2010, s. 43–44). Takie organizacje jak CDC miały skupić się na innych epidemiach dotykających nowoczesne społeczeństwa, w tym na samobójstwach. Oznaczałoby to w praktyce demontaż części infrastruktury rozpoznającej, klasyfikującej i monitorującej choroby zakaźne oraz ich epidemie i endemie.

Wydawało się, że eksperci mieli wszelkie powody, by świętować triumf nad chorobami zakaźnymi. W ciągu niespełna wieku, jaki minął od przełomowych prac Ludwika Pasteura, Roberta Kocha i innych mikrobiologów i wirusologów, uporano się z wieloma chorobami, których diagnoza była dawniej równoznaczna z wyrokiem śmierci. Nauczyliśmy się zabezpieczać przed częścią chorób (odra, polio), inne leczyć (wścieklizna), a była i taka, którą całkowicie zwalczyliśmy (ospa prawdziwa). W ciągu tego złotego wieku medycyny trwającego od 1870 do 1970 roku (Washer 2010, s. 29–37) ludzkość była świadkiem nie tylko zaskakujących odkryć, lecz także wielkiej mobilizacji społecznej takiej jak ta, która towarzyszyła walce z polio (Oshinsky 2015). Sukces mikrobiologicznej etiologii chorób był tak duży, że wielokrotnie próbowano wykazać zaraźliwość chorób, które wcale nie przenosiły się między organizmami.

W latach 80. sytuacja zmieniła się diametralnie. Po pierwsze, zaczęto dostrzegać zupełnie nowe, dotąd nieznane choroby zakaźne, takie jak HIV/AIDS. Po drugie, doszło do wybuchu epidemii chorób zakaźnych, które uznawano za zwalczone lub rezydualne, ewentualnie pojawiły się nowe szczepy chorób już znanych. Przykładowo wybuch epidemii ptasiej grypy w Hong Kongu w 1997 roku (szczep H5N1 dotychczas niewystępujący u ludzi) przypomniał środowisku epidemiologów, że pandemia grypy podobna do tej, która nastąpiła w 1918 roku, wciąż jest możliwa. Po trzecie, choroby zakaźne – rzekomo już dawno zwalczone – pojawiły się nie na obrzeżach systemu światowego, ale w samym sercu amerykańskich miast. Przykładem mogła być epidemia gruźlicy w Nowym Jorku w latach 80. Ogólnie od 1982 do 1992 roku liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych wzrosła o 58% (Armstrong, Conn, Pinner 1999), co było dużym za-

skoczeniem dla środowiska epidemiologów obserwujących od lat tendencję spadkową w dziedzinie chorób zakaźnych.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Wzrost ten przypisano głównie nieznanym dotąd medycynie i epidemiologii chorobom oraz pojawianiu się nowych, niebezpiecznych odmian znanych już chorób. W latach 90. ukuto dla nich zbiorczą kategorię: powracające i wyłaniające się choroby zakaźne (*emerging and re-emerging infectious diseases*, REIDs). Kategoria ta to znacznie więcej niż prosta etykieta. Jest to przede wszystkim wizja organizująca percepcję przemian nowoczesnego świata i podpowiadająca konkretne kierunki działań politycznych. Pojęcie REIDs prezentuje epidemie nie jako zjawiska przygodne, lecz coś, co wynika z postępu cywilizacyjnego. Autorom koncepcji udało się nie tylko stworzyć ramę konceptualną organizującą doświadczenia epidemiologiczne z lat 80. i 90. w spójny model, ale też zaoferować narzędzia dyskursywne do mówienia o kolejnych epidemiach. Ważne jest to, że autorzy koncepcji nie zawsze skupiali uwagę adresatów na tych chorobach, które niepokoiły najbardziej ich samych.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

> Autorzy kategorii [REIDs] wykorzystali rozgłos medialny takich chorób jak AIDS czy ebola, by skupić uwagę, choć byli w podobnym stopniu, jeśli nie bardziej zaniepokojeni takimi zjawiskami jak ponowne wyłanianie się gruźlicy w Stanach Zjednoczonych czy pojawianie się odpornych na antybiotyki szczepów bakterii. Nowa kategoria przeniknęła do amerykańskich agencji rządowych, ciał międzynarodowych takich jak World Health Organization oraz do [opinii] publicznej za pośrednictwem dziennikarzy i pisarzy popularnonaukowych (Washer 2010, s. xi).

Jeszcze w latach 90. koncept uległ instytucjonalizacji: powstała sieć badaczy i ekspertów zajmujących się nowymi chorobami zakaźnymi, pojawiły się periodyki i konferencje podejmujące tę tematykę, zagrożenia epidemiczne stały się istotne dla wielu decydentów. Przede wszystkim wielu ludzi zaczęło myśleć w kategoriach wyłaniania się i powrotu chorób zakaźnych. Różne ogniska zapalne różnych chorób zakaźnych nie były już osobnymi zjawiskami. Kropki połączono w większy obraz.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Z każdym rokiem zbiór REIDs był wzbogacany o nowe jednostki. Z jednej strony odkrywano zupełnie nowe zagrożenia, z drugiej zaś podciągano pod tę kategorię kolejne znane już choroby. W ciągu trzech dekad w skład tej kategorii weszły bardzo różne choroby. Obecnie lista obejmuje wiele jednostek: gorączki krwotoczne (krymsko-kongijska, Marburg, ebola), cholera, gorączka Lassa, choroby wywoływane przez koronawirusy, w tym SARS, MERS i COVID-19, gorączka Nipah, gorączka doliny Rift, HIV/AIDS, legionelloza, HCV, MRSA i inne infekcje szpitalne, borelioza, gruźlica (w tym odmiany wielolekoodporne), grypy odzwierzęce (A/H1N1, H5N1), choroba szalonych krów (vCJD), małogłowie (Zika), cholera, ospa, gorączka Zachodniego Nilu (wywoływana przez WNV), denga, malaria. Choroby te łączy zakaźny charakter. Ale są one też bardzo różne. Są tu choroby starsze od naszej cywilizacji (takiej jak malaria) i bardzo młode (gorączka ebola, HIV/AIDS lub COVID-19). Niektóre mają krótki okres inkubacji (ebola), a inne bardzo długi (HIV/AIDS). Są tu też choroby niezwykle często diagnozowane, takie, których – przynajmniej w krajach rozwiniętych – diagnozuje się zaledwie kilka przypadków rocznie, a są i takie, na które w ogóle nie ma testów diagnostycznych (vCJD). Wśród REIDs jest wiele chorób powszechnie znanych z COVID-19, Ziką i gorączką ebola na czele, ale są wśród nich również choroby niemal nieobecne w mediach i świadomości publicznej społeczności krajów wysoko rozwiniętych, takie jak malaria czy gruźlica.

Kluczowe z perspektywy socjologicznej jest to, że ujęcie tych wszystkich chorób w jedną kategorię nie było ani czymś oczywistym, ani automatycznym. W pierwszym rozdziale przywoływaliśmy badania, które pokazują, że zarówno zdrowie publiczne, jak i etiologia mikrobiologiczna nie były czymś odwiecznym lub zastanym: musiały zostać skonstruowane. Idea, że zdrowie to rzecz publiczna, nie stałaby się częścią dyskursu publicznego i praktyk społecznych bez wysiłków między innymi brytyjskich utylitarystów i francuskich higienistów oraz bez zainteresowania ze strony polityków, klasy średniej i przedsiębiorców. Działanie Pasteura również było pracą z zakresu konstruowania nowego, istotnego dla wielu grup zestawu faktów: (1) niewidzialne czynniki mogą wywoływać choroby oraz

psuć żywność, (2) możemy je identyfikować i zabezpieczać się przed ich działaniem, (3) ci, którzy tego nie zrobią, przegrają rywalizację w sferze polityki, wojny i handlu. Przyjrzyjmy się zatem kontekstom i czynnikom, które wykorzystano, czyniąc koncepcję REIDs naukowo i społecznie istotną.

Wyłanianie się chorób jako efekt uboczny modernizacji

Epidemiolodzy powiązali „nowe" choroby zakaźne bezpośrednio z procesami modernizacji społeczeństw i rozwojem technologicznym. Wśród czynników sprzyjających wyłanianiu się chorób wymienia się procesy demograficzne, urbanizację, deforestację, współczesne masowe rolnictwo i hodowlę połączone z dystrybucją dóbr. Znaczenie ma również ogólna mobilność i szeroko pojmowana globalizacja. Wszystkie te elementy pokrywają się w dużej mierze z tym, w jaki sposób teoretycy społeczni tacy jak Anthony Giddens (2008) i Ulrich Beck (Adam, Beck, Loon 2000; Beck 2002, 2013) pisali o współczesnych zachodnich społeczeństwach. W myśl ich teorii żyjemy w dobie późnej nowoczesności (ewentualnie jesteśmy świadkami remodernizacji), kiedy to za sprawą splotu przemian technologicznych, politycznych, gospodarczych i kulturowych powstał niezwykle złożony i trudny do kontrolowania oraz opisywania system społeczny. A to odnosi nas do kwestii późnonowoczesnego ryzyka.

Modelowym przykładem zagrożenia stanowiącego wynik złożoności i nieprzewidywalności współczesnego świata jest wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba, potocznie określany jako choroba szalonych krów. Dość szybko ustalono, że chorobę tę wywołują priony, czyli zakaźne białka. Ich obecność w wołowinie wynikała z innowacji w systemie hodowli polegającej na dodawaniu do paszy mączki kostnej pozyskiwanej z kości ubitych zwierząt. Czynnik zakaźny, który miał dotąd małe szanse na transfer, stał się „beneficjentem" innowacji technologicznej optymalizującej produkcję. „Beneficjentką" innowacji technologicznych była również legionella, która nauczyła się żyć w systemie wentylacji oraz w rurach wodociągowych dostarczających wodę pitną. Komary nauczyły się z powodzeniem

wykorzystywać jako swoje wylęgarnie porzucone butelki plastikowe i zużyte opony. Może się to wydawać mało istotne, ale tego typu odpady znacząco zwiększają zasięg komarów roznoszących malarię w Afryce.

Przytoczone przykłady prezentują nieprzewidziane efekty uboczne przemian społeczno-technologicznych. Czasami jednak nie mamy do czynienia z nieprzewidzianym oddziaływaniem w jakiejś sferze rzeczywistości, która wydawała się niepowiązana z innowacją. Czasami dochodzi do efektu odwrócenia: zmiana przynosi rezultaty odwrotne do zamierzonych. Prawdziwą kopalnią przykładów są próby modernizacji Afryki poprzez inwestycje w infrastrukturę. Tamy i sztuczne zbiorniki wodne oraz kanały irygacyjne sprzyjają rozwojowi rolnictwa. W klimacie umiarkowanym najczęściej nie są one problematyczne, jednak w rejonach tropikalnych sytuacja prezentuje się inaczej (Clark 2011, s. 63). Stojąca woda to świetne wylęgarnie dla komarów pełniących funkcje wektora malarii oraz kilku innych chorób. W wodzie stojącej i wolno płynącej są w stanie rozprzestrzeniać się przywry wywołujące schistosomatozę, o której pisaliśmy w poprzednim rozdziale. Choroba ta stanowi jedną z bardziej uciążliwych chorób endemicznych. Jeśli chodzi o projekty rozwojowe, to problematyczna okazała się też sieć drogowa: przyśpieszyła ona proces rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych (Eisenberg i in. 2006). Projekty rozwojowe realizowane w ciągu ostatnich dwóch wieków w Afryce, obejmujące projekty rolnicze, relokacje, konstrukcję zapór rzecznych oraz budowę dróg, przypuszczalnie przyczyniły się do rozprzestrzenienia chorób typu malaria czy schistosomatoza bardziej niż jakikolwiek inny czynnik (Hughes, Hunter 1972).

Dużym problemem jest to, że w dobie późnej nowoczesności możliwa jest sytuacja, gdy lokalne, bardzo specyficzne czynniki ryzyka są wzmacniane i rozprzestrzeniane zarówno w wymiarze horyzontalnym (rozprzestrzenianie do nowych obszarów geograficznych), jak i wertykalnym (zagrożenia wędrują w górę i w dół drabiny społecznej). Stosuje się to świetnie do chorób zakaźnych. Chorobą zakaźną, która początkowo była lokalnym, specyficznym zjawiskiem i szybko stała się zagrożeniem globalnym, był SARS. Gruźlica z kolei spraw-

nie porusza się w górę i w dół drabiny społecznej. Przyjrzyjmy się obu zagrożeniom z perspektywy teorii społeczeństwa ryzyka.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Przypuszczalnym źródłem koronawirusa odpowiedzialnego za epidemię SARS w 2002 i 2003 roku miały być mokre rynki (Shah 2016, s. 15–35; Webster 2004). Istotne jest, że na chińskich mokrych rynkach gromadzone są zwierzęta z bardzo różnych obszarów geograficznych. Z uwagi na koncentrację i warunki higieniczne przestrzenie te stwarzają dogodne warunki dla przeskakiwania patogenów z organizmu na organizm. Znaczenie ma tu również różnorodność dostępnych na chińskich mokrych rynkach gatunków, obejmujących także gatunki dzikie, również spoza kontynentu. Ważna jest też geneza mokrych rynków w Chinach. Jest ona związana z kryzysem żywieniowym lat 70. Gospodarka rolna Chińskiej Republiki Ludowej nie była w stanie zapewnić populacji odpowiedniej ilości kalorii i białka. W obliczu klęski głodowej zagrażającej stabilności systemu politycznego państwo zrezygnowało z monopolu na produkcję żywności i dopuściło prywatną produkcję. Mali producenci nie mogli rywalizować z większymi przedsiębiorstwami i skupili się na polowaniu i zbieraniu gatunków dzikich. Inicjatywy gospodarstw domowych zyskały wsparcie rządu. W 1988 roku w wyniku zmian regulacyjnych powstał przemysł zajmujący się oswajaniem i hodowlą dzikich gatunków. Doszło również do konsolidacji i pojawienia się dużych hodowców. Początkowo farmerzy koncentrowali się na pojedynczych gatunkach i działali lokalnie, nowe przedsiębiorstwa funkcjonowały już na dużą skalę, miały duży zasięg oraz oferowały szeroki asortyment gatunków. Wraz z rozwojem rynku legalnych przedsiębiorstw hodujących dzikie gatunki rozwijały się mokre rynki, a także czarny rynek zajmujący się przemytem i obrotem gatunków chronionych. Spora różnorodność i koncentracja sprzyjały wyłanianiu się chorób odzwierzęcych. Na to wszystko nakłada się globalna mobilność. Efektem było to, że pod koniec 2002 roku wirus SARS, którego przypuszczalnym źródłem był mokry rynek w Foshan, zaatakował w łącznie 29 krajach, zabijając 774 osoby. Po epidemii SARS zamknięto mokre rynki, ale na bardzo krótko. Przemysł ten dalej się rozwijał. Nie bez znaczenia jest fakt, że obecnie gatunkami oferowanymi na mokrych rynkach nie są zainteresowani ubo-

dzy szukający ratunku przed śmiercią głodową, lecz elity zainteresowane konsumpcją egzotycznych pokarmów[1].

Łatwość, z jaką gruźlica pokonuje bariery społeczne i ekonomiczne, dobrze ilustruje kryzys zdrowotny, jaki dotknął Nowy Jork w latach 90.: gruźlica, która dotychczas dotykała głównie dołów społecznych, rozlała się prawie po wszystkich warstwach społecznych (Paolo, Nosanchuk 2004). Warto pamiętać, że gruźlica wracała do Nowego Jorku kilkukrotnie w ciągu ubiegłego stulecia (Lerner 1993). Epidemie tej choroby pojawiały się najczęściej w sytuacji, gdy pogarszały się warunki najuboższych mieszkańców lub zaniedbywano działania prewencyjne. Kiedy opanowywano problem gruźlicy, skupiano uwagę na innych kwestiach, zapominając o gruźlicy, problem stopniowo narastał i w końcu odnotowywano kolejny gwałtowny skok zachorowań. W kontekście gruźlicy nie wolno zapominać o kilku faktach. Po pierwsze, pomijając szczepy wielolekoodporne, gruźlica jest chorobą uleczalną: jej epidemie świadczą o jakiejś dysfunkcji systemu zdrowia publicznego. Po drugie, wskaźniki zapadalności na gruźlicę są silnie powiązane z ubóstwem (Bhatti i in. 1995; Elender, Bentham, Langford 1998; Antunes, Waldman 2001; Janssens, Rieder 2008; Bhunu, Mushayabasa, Smith 2012). Po trzecie, osoba z aktywną gruźlicą jest w stanie zarazić od 5 do 15 osób rocznie. Zarażeniu sprzyja na przykład zbyt duże zagęszczenie populacji w miastach połączone z długą ekspozycją na prątkujące osoby. Choroba jest przenoszona drogą kropelkową, przy czym kropelki z prątkami mogą wisieć w powietrzu kilka godzin. Aktywna forma gruźlicy rozwinie się tylko u nikłego odsetka zarażonych: u reszty prątki pozostaną uśpione, choć mogą przebudzić się nawet po kilku latach. Spadek odporności lub słaba dieta (niedobór białka) zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia aktywnej gruźlicy. Wróćmy jednak do Nowego Jorku lat 90.

[1] Bardzo podobnie było w przypadku pandemii świńskiej grypy. Tym razem odpowiedzialne były chińskie farmy, w których hoduje się w tej samej przestrzeni kaczki i świnie. Ponownie jednak lokalne zagrożenie szybko stało się kwestią zdrowia globalnego.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Rodrick Wallace i Deborah Wallace przekonują, że kryzys epidemiologiczny był wynikiem polityki miasta wobec podupadającego śródmieścia. Wieloletnie zaniedbania dotyczyły nie tylko służby zdrowia, ale także straży pożarnej (Wallace, Wallace 1998, s. 3–77). Społeczna dezintegracja prowadząca do zapaści osiedli wzmogła wiele ryzykownych z perspektywy epidemiologicznej zachowań oraz pogorszyła warunki bytowe, co obniżało odporność mieszkańców. Podobna sytuacja nastąpiła w kilku innych lokalizacjach poza Nowym Jorkiem, na przykład w Los Angeles (Wallace, Wallace 1993; Wallace, Wallace, Andrews 1997). Zresztą mieszkańcy śródmieścia byli narażeni bardziej od reszty mieszkańców nie tylko na infekcję gruźlicą, ale także HIV/AIDS, ospą i kilkoma innymi chorobami zakaźnymi. Istotne są tu dwie kwestie. Po pierwsze, bardzo niewiele było trzeba, aby endemia, która atakowała głównie dół drabiny społecznej, przeistoczyła się w epidemię dotykającą właściwie wszystkie szczeble struktury społecznej. Po drugie, różne epidemie mają możliwość wzajemnego wzmacniania się. I nie chodzi tylko o interakcje między różnymi chorobami zakaźnymi, co zachodzi w przypadku współwystępowania HIV/AIDS oraz gruźlicy. Również epidemia przemocy fizycznej, epidemia (konsumpcji) opioidów czy szeroko pojmowany kryzys gospodarczy mogą wspomagać epidemie chorób zakaźnych. Dla określenia zjawisk, które monitoruje epidemiologia, między którymi istnieje synergia, wprowadzono termin „syndemia" (Singer 2009).

Synergia między zjawiskami chorobowymi a czynnikami społeczno-gospodarczymi może działać na podstawie bardzo różnych mechanizmów. W grę wchodzi splot biologii, urbanistyki, polityki i gospodarki. Rozwikłanie takich splotów czynników często przysparza epidemiologom wielu problemów. Dobrze ilustruje to przykład epidemii syfilisu w Baltimore z lat 1996–1997 (Gladwell 2009). Gwałtowny skok zachorowań na syfilis w tym mieście tłumaczono trzema okolicznościami. Po pierwsze, w tym samym czasie popularna była konsumpcja cracku: epidemiolodzy przyjęli, że handel narkotykami sprzyjał przygodnym kontaktom seksualnym. Po drugie, na początku dekady w toku miejskiej „rewitalizacji" wyburzono wiele budynków, w których mieszkali ubożsi mieszkańcy, i przeniesiono

ich w jedno miejsce. Wcześniej patogen krążył w ograniczonej sieci stosunków seksualnych: relokacja wybiła go z niej i wprowadziła do szerszej populacji. Po trzecie, w tym okresie w Baltimore znacząco obniżono liczbę lekarzy w przychodniach chorób wenerycznych.

Syndemie i przykład syfilisu odnoszą nas do kolejnej istotnej cechy późnej nowoczesności: wysokiej nieprzewidywalności. Drobne zmiany i niepozorne innowacje mogą mieć zaskakujące i niekiedy katastrofalne następstwa. Ryzyko było obecne wcześniej, ale w dobie późnej nowoczesności pojawiły się jego specyficzne formy. Późnonowoczesne ryzyko, tak jak prezentuje je między innym Beck (2002), dotyka raczej całych zbiorowości, a nie jednostek. Często nie dotyczy wybranych lokalizacji, wspólnot, kategorii społecznych etc. Eksperci mają też trudność z jego oszacowaniem. Kalkulacja stosunku ryzyka do kosztów też jest uznawana za niezasadną w sytuacji, gdyż może dojść do katastrofy, której skutków nie zdołamy skompensować.

Zdolność sprawowania kontroli nad środowiskiem i własnym losem to istotne elementy nowoczesnego ideału. Choroby zakaźne, które towarzyszyły nam do końca XIX wieku, były skazą na tym ideale. Epidemie powracających chorób zakaźnych również zakłócają funkcjonowanie nowoczesnych instytucji, ale stanowią one do pewnego stopnia wytwór tych instytucji. W tym sensie możemy mówić o demodernizacji, odwrotnej modernizacji lub modernizacji refleksywnej, czyli procesie polegającym na tym, że wytwory nowoczesnych wynalazków instytucjonalnych, kulturowych i technologicznych jednocześnie podkopują ich fundament (Beck, Giddens, Urry 2009). Dokładnie w ten sposób epidemiolodzy prezentowali REIDs.

Modelowym przykładem demodernizacji, na który zwracali uwagę i eksperci, i media, jest pojawianie się szczepów wielolekoodpornych. W połowie lat 90. media podnosiły temat „mięsożernych" bakterii i innych „supermikrobów" (*superbugs*), na które nie działały znane antybiotykoterapie. W takich krajach jak Wielka Brytania największą uwagę skupiono na wielolekoodpornych odmianach gronkowca złocistego (MRSA) oraz infekcjach szpitalnych[2]. Termin *su-*

[2] Fakt, że gronkowiec złocisty przykuł uwagę mediów, nie oznacza, że jest najgroźniejszym czynnikiem wywołującym infekcje szpitalne. O ile

perbug został wprowadzony do szerokiego obiegu za sprawą książki *Superbugs: Nature's Revenge* autorstwa Geoffreya Cannona (1995). Media skupiały się raczej na niskich standardach higienicznych szpitali, brudnych podłogach i brudnych dłoniach, także lekarzy, a nie na prostym fakcie, że MRSA, VRE i inne szczepy wielolekoodporne są konsekwencją nieprawidłowego i przede wszystkim nadmiernego stosowania antybiotykoterapii (Jeffrey A. Fisher 1994). Patrzenie na brudne ręce personelu medycznego, a nie na praktyki terapeutyczne sprzyjało trzem rzeczom. Po pierwsze, przeoczeniu faktu, że antybiotykoodporność jest powszechnym problemem, daleko wykraczającym poza mury szpitali. Szczególnie niepokojący w tym kontekście był wzrost zachorowań na wielolekoodporną gruźlicę (*multi-drug resistant tuberculosis*, MDR TB). Po drugie, brak dyskusji o systemowych przyczynach mógł skłaniać ludzi do wniosków, że pojawienie się odpornych szczepów to zemsta Natury. Po trzecie, była to forma stygmatyzacji: systemowe błędy interpretowano jako zaniedbania jednostek.

Od początku lat 90. eksperci zajmujący się epidemiami chorób zakaźnych ujmowali je nie jako zemstę Natury, lecz jako konsekwencję rozwoju cywilizacyjnego. Dla lekarzy i epidemiologów jest oczywiste, że MDR TB rozwija się w konsekwencji niedokończonych terapii antybiotykowych, a nie jakichś zagadkowych i nieprzewidywalnych mutacji niemających związku z działaniami ludzi. Antybiotykoodporność jest najprostszym przykładem tego, w jaki sposób ludzka aktywność sprzyja wyłanianiu się chorób.

Kluczowe jest to, że eksperci mówili konsekwentnie o wyłanianiu się, a nie o powstawaniu nowych chorób zakaźnych. Steven Morse i inni epidemiolodzy przekonywali, że głównym zagrożeniem epidemiologicznym nie są zupełnie nowe choroby zakaźne (te zdarzają się, ale są niezwykle rzadkie), ale choroby, które wytrącono

MRSA zajęło 15 lat rozprzestrzenienie się na terenie Stanów Zjednoczonych, o tyle odporne na wankomycynę szczepy bakterii *Enterococci* (VRE) rozprzestrzeniły się w ciągu zaledwie pięciu lat. W przeciwieństwie do VRE, na MRSA działa wankomycyna, często nazywana antybiotykiem ostatniej szansy.

z nisz, w których dotąd funkcjonowały, i wprowadzono do szerszego obiegu. Morse określał ten proces jako *viral* lub *microbial traffic* (Morse 2001).

Warto odnotować, że w narracji eksperckiej na temat wyłaniania się i powrotu chorób zakaźnych systematycznie odwoływano się do historycznych epidemii. Wskazywano w ten sposób, że mechanizmy odpowiedzialne za obserwowane wyłanianie się i powrót chorób są zasadniczo tymi samymi mechanizmami, które zadecydowały o naszej przeszłości. Przykładem wykorzystywanym w dyskursie o REIDs jest upadek imperium Azteków (Morse 1992).

Zarówno kryzys HIV/AIDS, jak i epidemie eboli pasowały do modelu *microbial traffic*: patogen początkowo funkcjonował w małej, łatwej do opanowania i „stabilnej" niszy. Jednak za sprawą czynników związanych z rozwojem społeczno-technologicznym został wybity z tej niszy i zaczął krążyć w szerszej populacji. Za sprawą innowacji transportowych lokalne zagrożenie stało się globalne. Czas podróży miał kluczowe znaczenie w przypadku eboli: dzięki rozwojowi transportu naziemnego ogniska zapalne, które dotąd miały tendencję do samoczynnego „wypalania się", stały się zarzewiami epidemii ogarniającej większe terytoria[3]. Model *microbial/viral traffic* tłumaczył również do pewnego stopnia epidemie syfilisu i gruźlicy w miastach amerykańskich. W tym konkretnym przypadku niszę zakłócały procesy urbanizacyjne. Przyjmuje się też, że w ostatnich dziesięcioleciach ogólnie wzrasta liczba odzwierzęcych chorób o potencjale epidemicznym. Ma się tak dziać między innymi za sprawą procesów deforestacji i ekspansji osiedli ludzkich, w wyniku których stykamy się coraz częściej z dzikimi gatunkami. Najprostszym przykładem jest borelioza, która stała się problemem wraz z rozrostem podmiejskich osiedli. Przenosząca się do zielonych, podmiejskich „idylli" klasa średnia stała się bardziej narażona na ukąszenia kleszczy. Sama choroba zyskała zaś rzeszę wpływowych rzeczników, co uczyniło ją chorobą publicznie widoczną.

[3] Podobnie było w przypadku XIX-wiecznej cholery, która zagroziła Europie dopiero wtedy, gdy skrócił się czas podróży morskiej z Indii.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Przekształcenia środowiska sprzyjające wyłanianiu się chorób bywają dużo bardziej skomplikowane, czego przykładem jest epidemia gorączki Zachodniego Nilu w Stanach Zjednoczonych. Wirus Zachodniego Nilu (*West Nile Virus*, WNV) jest przenoszony przez ptaki wędrowne, które przylatują do Stanów Zjednoczonych z Afryki. Gatunki te pokonywały Atlantyk przez setki lat, jednak pierwsze przypadki infekcji WNV u Amerykanów stwierdzano dopiero w 1999 roku. Dlaczego? Jedna z hipotez mówi, że ma to wiele wspólnego z bioróżnorodnością ptaków lokalnych. Dzięcioły i chruściele, w przeciwieństwie do wron i drozdów, słabo sprawdzają się w roli nosicieli WNV. Wysoka bioróżnorodność ptaków sprawiała, że WNV miał problem z terytorialnym rozprzestrzenianiem się. Jednak około dwóch dekad temu bioróżnorodność ptactwa spadła. Miejsce dzięciołów i chruścieli zaczęły zajmować wrony i drozdy, które lepiej adaptują się do różnych warunków, w tym do terenów zdegradowanych przez ludzką działalność. Z uwagi na to, że lepiej sprawdzają się w roli nosicieli WNV, wraz z rozrostem populacji tych gatunków i ich ekspansji do nowych nisz patogen mógł się łatwiej rozprzestrzeniać i ostatecznie zaatakować populację ludzi. Latem 1999 roku pojawił się w Nowym Jorku: infekcję WNV stwierdzono u 2% mieszkańców Queens, łącznie zarażonych zostało ponad osiem tysiecy ludzi. W następnym roku infekcje stwierdzono już u 1,8 miliona Amerykanów żyjących na terenie różnych stanów[4].

[4] Eksperci wskazują na jeszcze bardziej skomplikowane interakcje środowiska i epidemii. Próbuje się wiązać zmiany pogodowe wywołane zmianą klimatyczną z wybuchami cholery, wskazując, że zmiana prądów morskich ma znaczenie dla wielkości populacji organizmów morskich, które są naturalnym rezerwuarem przecinkowca cholery. Próbuje się łączyć infekcje hantawirusem z anomaliami pogodowymi, takimi jak wyjątkowo łagodne i mokre zimy, które przyczyniają się do wzrostu populacji gryzoni będących wektorami tego patogenu (Epstein 2001). W przypadku boreliozy spadek bioróżnorodności fauny mógł odegrać pewną rolę. Istnieje wiele gatunków, które utrzymują populacje kleszczy pod kontrolą. Należą do nich oposy i wiewiórki, ale te w wyniku suburbanizacji stały się rzadsze. Popularniejsze są myszaki *Peromyscus leucopus*, które są bardzo dobrymi nosicielami.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Przyczyną wybuchu epidemii choroby zakaźnej może być nawet kryzys finansowy. Pomijamy tu kwestię wpływu kryzysu na kondycję gospodarstw domowych i poziom stresu obywateli, co oddziałuje bezpośrednio na zdrowie, w tym na odporność na choroby zakaźne. W tym przypadku chodzi o bardzo prozaiczną sprawę, jaką były domy masowo porzucane przez wierzycieli, którzy nie byli w stanie spłacać hipotecznych kredytów *subprime*. W południowej Florydzie, pozostawione same sobie przydomowe baseny stały się wylęgarniami komarów roznoszących dengę.

Warto zwrócić uwagę na to, że ekologiczne wyjaśnianie epidemii jest problematyczne ze względów metodologicznych. Przywoływane tu wyjaśnienia są rekonstrukcjami *ex post*. Właściwie nie sposób przewidzieć, że drobna zmiana w populacji zwierząt lub wielkość opadów może doprowadzić do epidemii. Zresztą o tej zmianie też dowiadujemy się najczęściej dopiero po pewnym czasie. Oczywiście nie wszystko jest nieprzewidywalne. Obecnie panuje szeroki konsensus wokół tego, że zmiana klimatyczna będzie sprzyjać pojawianiu się kolejnych epidemii chorób zakaźnych (Patz i in. 1996). W ciepłym klimacie trudniej o higienę, a także lepiej radzą sobie w nim organizmy roznoszące różne choroby zakaźne: ich zasięg się zwiększa, skraca się też okres inkubacji. Zmiana klimatyczna wpływa również na bioróżnorodność. Panuje też szeroki konsensus, że częstsze interakcje międzygatunkowe, czy to w wyniku ekspansji ludzkich osiedli, czy to na terenie mokrych rynków, również podnoszą ryzyko epidemiologiczne. Kolejną rzeczą, co do której panuje zgoda, to fakt, że gospodarstwa hodowlane również mogą stanowić źródło kolejnej choroby o potencjale pandemicznym. Idąc dalej, na podstawie dotychczasowych wyników możemy bezpiecznie założyć, że także wzrost nierówności, zapaści gospodarcze i konflikty zbrojne sprzyjają pojawianiu się epidemii. Nikt jednak nie przewidzi, jak interakcje czynników politycznych, społecznych, technologicznych i ekologicznych wygenerują kolejne zagrożenie epidemiczne. Nie wskażemy patogenów, które staną się dla nas groźne w zbliżającym się czasie.

Ekologiczne wyjaśnienia, dlaczego choroby się wyłaniają, trudno też streścić w komunikatach medialnych. O ile mikrobiolodzy, ekolodzy i epidemiolodzy rozumieją zależności między patogenami,

nosicielami i środowiskiem, o tyle trudno spodziewać się tego po laikach. Narracja ekologiczna jest domeną raczej ekspertów. O wiele łatwiejszy do przyswojenia i zdecydowanie częściej spotykany w dyskursie medialnym w kontekście chorób zakaźnych jest inny repertuar motywów. Patogeny są często prezentowane jako szalejące na wolności, sprytne byty, które nie respektują granic i wciąż szukają sposobów, by nas zaatakować (por. Ungar 1998a). Nie trzeba traktować ani przyrody, ani patogenów jako podmiotów, by wyjaśnić REIDs. Niemniej w toku konstruowania tej koncepcji eksperci często odwoływali się zarówno do wyjaśnienia ekologicznego, jak i narracji o szalejących mikrobach. O kwestii komunikacji medialnej na temat REIDs i ich obecności w kulturze popularnej piszemy szerzej w osobnych rozdziałach. W tym rozdziale ograniczamy się do zrekonstruowania węzłowych momentów istotnych w konstruowaniu publicznej reprezentacji REIDs i konstytuowaniu ich jako znaczącej społecznie kwestii.

Narodziny koncepcji REIDs

Dnia 1 maja 1989 roku w Waszyngtonie amerykańskie National Institutes of Health (NIH) we współpracy z The Rockefeller University zorganizowały konferencję pod tytułem „Emerging Viruses". Przewodniczył jej wspomniany już wirusolog Morse. Jednym z głównych gości był Joshua Lederberg, mikrobiolog, laureat Nagrody Nobla. Konferencja skupiała się na groźnych dla ludzi wirusach takich jak HIV czy wirus ebola, które wyłoniły się jako ewolucyjna reakcja na działalność człowieka. Lederberg zwrócił uwagę, że wyłaniają się nie tylko zagrożenia wirusowe, ale i bakteryjne, czego dowodem był problem antybiotykoodporności. Wszystkie te zagrożenia określono mianem chorób wyłaniających się (*emerging diseases*).

Konsekwencją konferencji była nie tylko publikacja zbiorowej pracy pod redakcją Morse'a (1992), ale przede wszystkim powołanie w 1991 roku komitetu do spraw wyłaniających się mikrobiologicznych zagrożeń zdrowia przy US Institute of Medicine (IOM) oraz National Academy of Sciences (NAS). W jego skład weszli wiruso-

lodzy, mikrobiolodzy, parazytolodzy i epidemiolodzy, a przewodził mu Lederberg. Skupiono się na wszystkich zagrożeniach mikrobiologicznych istotnych dla zdrowia publicznego Stanów Zjednoczonych, nie tylko na wirusach. Skoncentrowano się zarówno na nowych, jak i starych zagrożeniach. Komisja ukuła określenie „powracające i wyłaniające się choroby zakaźne". Termin REIDs pojawił się w raporcie IOM opublikowanym w 1992 roku. Raport definiuje wyłanianie się w następujący sposób:

> Wyłonienie się może nastąpić poprzez wprowadzenie nowego czynnika, rozpoznanie istniejącej już choroby, która pozostawała dotąd niewykryta, lub poprzez zmianę środowiskową, która tworzy epidemiologiczny „pomost" […]. Wyłanianie się, a dokładniej ponowne wyłonienie się (*re-emergence*), może odnosić się również do ponownego pojawiania się choroby po tym, jak zapadalność na nią spadała (Institute of Medicine 1992, s. 34).

Tabelaryczne zestawienie przykładowych wyłaniających się patogenów obejmowało 18 bakterii (wśród nich listeria, *E. coli* O157:H7, *V. cholerae*, a nawet *H. pylori*), 28 wirusów (w tym filowirusy Marburg i ebola, HIV-1 i HIV-2, denga, HHV-6, HTLV-I i HTLV-II, Lassa, wirus odry, wirus wścieklizny), a także 11 protozoa, grzybów i robaków (Institute of Medicine 1992, s. 36–41). Lista przyczyn wyłaniania się obejmowała: (1) demografię i zachowania ludzi (w tym ryzykowne zachowania seksualne), (2) zmiany w technologii i przemyśle (transfuzje krwi, skażenie pokarmu w toku masowej produkcji), (3) rozwój gospodarczy i wykorzystanie terenów (budowa zapór wodnych, deforestacja), (4) międzynarodowe podróże i handel (przyśpieszające i zwiększające zasięg epidemii)[5], (5) załamanie systemów służby zdrowia (w tym spadek wyszczepialności), oraz (6) zmianę i adaptację mikrobów (Institute of Medicine 1992, s. 47). Tylko ostatnia grupa czynników nie miała charakteru społeczno-technologicznego. Do

[5] Choć w momencie publikacji raportu zmiana klimatyczna wciąż nie była powszechnie akceptowanym faktem, autorzy spekulowali na temat wpływu ocieplenia klimatu na endemie malarii i innych chorób przenoszonych przez komary (Washer 2010, s. 9).

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

dziś lista czynników sprzyjających wyłanianiu pozostała niezmienna. Jest ona uzupełniana jedynie o konkretne okoliczności i mechanizmy. Podobnie lista wyłaniających się patogenów rozrastała się uzupełniana o kolejne pozycje. Zasadniczo jednak rdzeń koncepcji REIDs sformułowano już w przywoływanym dokumencie.

Instytucjonalizacja koncepcji w obrębie nauki przebiegała bez większych problemów. Bardzo szybko pojawiło się wiele konferencji branżowych poświęconych różnym chorobom zakaźnym, nie tylko HIV/AIDS, które przyciągało ogromne zainteresowanie naukowców. W 1995 roku CDC zaczęły wydawać czasopismo pod tytułem „Emerging Infectious Diseases". Co istotne, było ono publikowane w wolnym dostępie, co było dość nietypowe jak na tamte czasy. Analogiczny periodyk pod tytułem „Emerging Microbes and Infections" zaczęto wydawać w 2012 roku w Wielkiej Brytanii. W 2001 roku „The Lancet" wydzielił serię „The Lancet Infectious Diseases" (IF ponad 24). Od 2003 roku wydawane jest czasopismo „Nature Reviews Microbiology" (IF ponad 34), które jest poświęcone między innymi chorobom zakaźnym. Jeszcze w 1996 roku 36 periodyków naukowych z różnych krajów połączyło siły, by skupić uwagę na REIDs (Dismukes 1996; King 2004, s. 68). W ten sposób powstawało nowe, osobne pole badawcze, oferujące naukowcom nowe ścieżki rozwoju zawodowego.

Opisany proces nie odbywał się jednak bez mobilizacji zasobów spoza obiegu naukowego. Ważna była w nim reprezentacja publiczna. W 1994 roku opublikowano dwie książki popularnonaukowe, które odegrały kluczową rolę w procesie konstrukcji koncepcji powracających chorób. Były to książki *The Hot Zone* pióra Richarda Prestona (1994) (ukazała się w Polsce w 1996 roku pod tytułem *Strefa skażenia*) oraz *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance* autorstwa Laurie Garrett (1994).

Preston skupił się na historii epidemii w Reston w Wirginii. W 1989 roku wykryto u importowanych małp filowirusa: wywołało to stan podniesionej gotowości, gdyż do tej grupy patogenów zaliczają się prowadzące do gorączki krwotocznej wirusy Marburg i ebola. Wirus z Reston był zabójczy dla małp, przenosił się drogą powietrzną, ale okazał się całkowicie niegroźny dla ludzi. Tytułowa gorąca

strefa to izolowana i zabezpieczona przestrzeń laboratoriów mikrobiologicznych i wirusologicznych, w których ze względu na zagrożenie zakaźne związane z badanymi tam patogenami pracownicy pracują w strojach „hazmat". Tytuł odnosił się również do Afryki, gdzie pojawiały się nie tylko gorączki ebola i Marburg, ale także epidemie HIV/AIDS. Oprócz prezentacji samego zagrożenia Preston pokazywał, jak szerzą się epidemie. W książce pojawia się między innymi odniesienie do jednej z dróg w Afryce jako „autostrady AIDS", którą HIV, a później i inne patogeny, miały się rozprzestrzeniać. Jakkolwiek książka Prestona zyskała status bestsellera czasopisma „New York Times", była wielokrotnie przywoływana w mediach i wywarła wpływ na kulturę popularną, jej znaczenie jest mniejsze niż drugiego z przywoływanych dzieł.

Garrett do dziś jest aktywną dziennikarką zajmującą się zdrowiem publicznym i zagrożeniami epidemiologicznymi. Odegrała rolę w popularyzowaniu koncepcji REIDs przy okazji kolejnych kryzysów zakaźnych. Za artykuły na temat zagrożeń epidemiologicznych otrzymała w 1996 roku Nagrodę Pulitzera. Książką *The Coming Plague* dowodzi, że umie w ciekawy i zrozumiały sposób wyłożyć skomplikowane zależności środowiskowe między ludźmi a patogenami. Samą książkę można traktować jako próbę przełożenia ustaleń i wniosków wspomnianego wcześniej raportu Institute of Medicine na język zrozumiały dla zwykłych czytelników. W publikacji pojawiają się nie tylko wirusy Marburg, ebola, denga, HIV, ale też gruźlica, hiszpanka. Książka Garrett jest utrzymana w alarmistycznym tonie, znajdziemy w niej elementy pakietu dyskursywnego traktującego o mutujących najeźdźcach, ale wyraźny jest tu element środowiskowy. Oba repertuary dyskursywne się przeplatają. Świetnie oddaje to fragment zamykający książkę:

> [Czynniki zakaźne] są naszymi drapieżnikami i zatriumfują, jeśli my, *Homo sapiens*, nie nauczymy się racjonalnie żyć w globalnej wiosce, oferując mikrobom mało okazji. Albo to, albo szykujmy się na nadchodzącą plagę (Garrett 1994, s. 620).

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Koncepcja wyłaniających się chorób zakaźnych przenikała do opinii publicznej nie tylko za sprawą książek, ale i filmów. Szczególną rolę odegrała *Epidemia* z Dustinem Hoffmanem w roli głównej, która opowiada fikcyjną historię wybuchu epidemii gorączki krwotocznej wśród ludzi wywoływanej przez wirusa przypominającego ebolę. Film odniósł komercyjny sukces, mimo że prezentował całkowicie odrealnioną wizję wirusologii[6].

Premiera filmu odbyła się w marcu, a 6 maja 1995 roku pojawiły się doniesienia o wybuchu epidemii prawdziwej eboli w Kikwit w Zairze. Zarażonych zostało 316 osób, z czego 245 zmarło. W przeciwieństwie do poprzednich epidemii wirusa eboli ta przykuła uwagę mediów i opinii publicznej[7]. Zjadliwość wirusa przypominała tę zaprezentowaną w filmie; nie miało znaczenia, że ebola Zair była wywołana przez „naturalne" zagrożenie, a filmowy wirus Motaba miał zostać użyty jako broń biologiczna. Zagrożenia nie potraktowano już jako egzotycznej choroby, która atakuje gdzieś daleko, ale wprowadzono procedury antyepidemiologiczne na granicy amerykańskiej. W wyniku koincydencji czasowej film, obie książki i inne publikacje dziennikarskie oraz raporty ekspertów mogły jawić się jako spełnione przepowiednie. Mniej więcej w tym samym czasie potwierdzono związek vCJD z BSE. Powstało zgrupowanie pewnych zjawisk medialnych oraz dostępne były ramy dyskursywne umożliwiające powiązanie ich ze sobą. Przyszłe doniesienia o innych zagrożeniach epidemiologicznych można było połączyć z tym zalążkiem koncepcji REIDs. Bez niego wiele z nich mogłoby przejść bez echa.

---

[6] Choroba w filmie rozwijała się w kilka godzin (a nie dni), stworzenie leku też było kwestią godzin (w rzeczywistości zajmuje to tygodnie lub miesiące), twórcy nieprawidłowo oddali również procedury użycia wszechobecnych w filmie strojów hazmat. Lista błędów jest na tyle długa, że wyraźnie świadczy o braku profesjonalnych konsultacji podczas pisania scenariusza i na planie. Filmy typu *Contaigion: Epidemia strachu* były już realizowane we współpracy z ekspertami i dużo wiarygodniej oddają choroby, ich epidemie oraz walkę z nimi. Przedstawienie chorób zakaźnych i epidemii w kulturze popularnej, w tym w filmach, omawiamy w jednym z kolejnych rozdziałów.

[7] Wydarzenia z terenu relacjonowała między innymi Garrett (King 2004, s. 73).

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Uformowanie zalążka koncepcji REIDs nie było jednak zbiegiem okoliczności. Po pierwsze, filmowa *Epidemia* była inspirowana tekstami Prestona[8]. Po drugie, dyskurs medialny i ekspercki nawzajem się na siebie powoływały. Po trzecie, funkcjonowali naukowcy, którzy umieli komunikować się zarówno z innymi naukowcami, decydentami, aktywistami, jak i dziennikarzami. Najlepszym tego przykładem jest Anthony Fauci, którego początki kariery były związane z walką z epidemią HIV/AIDS, był on również gorącym zwolennikiem przyspieszenia testów klinicznych oraz wprowadzenia równoległej ścieżki dostępu do leków antyretrowirusowych, a także odgrywał rolę pośrednika spinającego wszystkie cztery pętle krwiobiegu przy okazji wszystkich kryzysów epidemiologicznych istotnych z perspektywy Stanów Zjednoczonych, z pandemią COVID-19 włącznie. Po czwarte, zarówno Preston, jak Garrett blisko współpracowali z epidemiologami[9]. Po piąte, pracownicy CDC byli szkoleni do komunikacji z dziennikarzami i innymi interesariuszami. Wiemy to dzięki Ruth Berkleman, która w latach 1992–1997 piastowała funkcję zastępcy dyrektora CDC oraz National Center for Infectious Diseases (NCID), oraz Phyllis Freeman, która zasiadała w Board of Scientific Counselors w latach 1992–1995 (Berkelman, Freeman 2004).

Obowiązująca przez długi czas teoria przejścia epidemiologicznego skłaniała wielu decydentów do wniosku, że CDC powinny skupić swoją uwagę na innych chorobach niż zakaźne. Legionelloza i kilka innych chorób, które wyłoniły się w latach 70., były wyjątkami potwierdzającymi regułę: być może ich pojawienie się było zaskakujące, ale za każdym razem radzono sobie z zagrożeniem, co potwierdzało teorię przejścia epidemiologicznego. Wyrazem tego, że CDC

[8] Nie był to jedyny projekt hollywoodzki poświęcony epidemiom w tamtym czasie. Lynda Obst przedłożyła projekt wiernej adaptacji *The Hot Zone*, który przegrał z *Epidemią* i został zrealizowany dopiero po latach; https://www.hollywoodreporter.com/news/lynda-obst-hot-zones-25-year-journey-screen-1198897.

[9] Wart dodać, że Garrett przyśpieszyła prace nad swoją książką i jej publikację, gdy dowiedziała się, że Preston pracuje nad *The Hot Zone*. Nie było przypadkiem, że obie książki ukazały się niemal jednocześnie (King 2004, s. 72).

ma skupić się w większym stopniu na kwestiach związanych ze stylem życia, środowiskiem i chorobami cywilizacyjnymi, była zmiana nazwy z Center for Disease Control na Centers for Disease Control and Prevention w 1980 roku: otwarto nowe ośrodki CDC, zajmujące się zapobieganiem chorób chronicznych i edukacją zdrowotną. Ogólnie znaczenie i widoczność CDC spadały (Berkelman, Freeman 2004, s. 353).

Wbrew przewidywaniom zapadalność i umieralność na choroby zakaźne w latach 80. nie spadła, lecz wzrosła. Epidemia HIV/AIDS miała w tym duży udział. Choroba przykuła uwagę mediów, przyćmiewając powrót gruźlicy i odry. Ale HIV/AIDS było traktowane jako wyjątek od reguły, zjawisko odrębne od wszystkich innych chorób zakaźnych. Nie chodziło wyłącznie o percepcję, ale i o wymiar instytucjonalny: powstały osobne organizacje, periodyki i polityki skupione wokół HIV/AIDS. W sensie finansowo-administracyjnym HIV/AIDS było osobnym bytem (Berkelman, Freeman 2004, s. 353). CDC przyczyniły się do identyfikacji HIV/AIDS oraz ustalenia związku przyczynowo-skutkowego, ale pełniło jedynie funkcję pomocniczą. Główną rolę w walce z HIV/AIDS w Stanach Zjednoczonych zaczęli odrywać badacze związani dotąd z poszukiwaniem wirusów wywołujących raka (National Cancer Institute) oraz National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). W obrębie tej ostatniej organizacji Fauci stworzył oddział zajmujący się AIDS. Obie instytucje podlegały bezpośrednio NIH, podczas gdy CDC podlegają bezpośrednio Department of Health and Human Services. Można powiedzieć, że CDC były akuszerem nowego pola instytucjonalnego, w którym później ta instytucja zajęła marginalną pozycję. Administracyjne podziały sprawiały, że CDC przestały funkcjonować jako obowiązkowy punkt przejścia dla innych organizacji. Te miały dostęp do własnych danych epidemiologicznych na temat HIV/AIDS, były w stanie prowadzić własne badania etc.

HIV/AIDS przyciągało nie tylko uwagę, ale i zasoby. W latach 1982–1986 budżet NCID obniżył się o 15%. W latach 1985––1994 stopniowo spadała liczba personelu CDC niezajmującego się HIV/AIDS. Sprzęt laboratoryjny starzał się, podobnie jak budynki, które postawiono w latach 50. i 60. XX wieku. Starzały się nawet

systemy wentylacyjne, które mają kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa i jakości pracy laboratoryjnej. CDC powoli traciły swoją zdolność do monitorowania epidemii chorób zakaźnych na terenie Stanów Zjednoczonych. Jedynymi chorobami zakaźnymi poza HIV/AIDS, które CDC były w stanie monitorować, były borelioza i odra (Berkelman, Freeman 2004, s. 355–357). NCID zaczęto nazywać „tym niedofinansowanym centrum do spraw chorób zakaźnych odpowiedzialnym za wszystko inne". W 1992 roku CDC na walkę z „wszystkim innym poza HIV/AIDS" dysponowały budżetem około 50 milionów USD: w tym samym czasie na walkę z HIV/AIDS szły setki milionów (Berkelman, Freeman 2004, s. 366–367).

Frederick Murphy, dyrektor NCID i CDC w latach 1989–1991, w obliczu zaistniałej sytuacji podjął działania. Jednym z nich było powołanie zewnętrznego panelu doradców, tego samego, w którym zasiadała Freeman. Znaleźli się w nim ludzie z przemysłu, nauki, medycyny i epidemiologii. Włączono też osoby z Kanady i Meksyku. Rada wykorzystała ustalenia raportu IoM i przygotowała szczegółową strategię zapobiegania REIDs. Ukazała się w kwietniu 1994 roku, gdy planowano dalszą redukcję personelu (Centers for Disease Control and Prevention, 1994). Strategia pozostałaby kolejnym zbierającym kurz dokumentem, gdyby nie wiele działań członków rady wykorzystujących kontakty profesjonalne i towarzyskie w celu mobilizacji współpracowników, sojuszników politycznych i opinii publicznej. Tematyka REIDs była promowana w rozmaitych agencjach rządowych, towarzystwach naukowych oraz podczas konferencji branżowych.

CDC nawiązały bezpośrednie relacje z Prestonem i Garrett dopiero po pewnym czasie. Warto jednak odnotować, że tego pierwszego tematyką eboli zainteresował Stephen Morse, a ta druga, przygotowując swoją książkę, ściśle współpracowała przez rok z Harvard School of Public Health, z którą CDC utrzymywały relacje. Do 1994 roku CDC przeszkoliły kilkunastu naukowców w zakresie komunikacji z dziennikarzami. Konsultowali oni artykuły na temat „mięsożernych bakterii", zatrucia *E. coli* i oczywiście eboli Zair, które ukazywały się w takich pismach jak „Newsweek" czy „Time" (Berkelman, Freeman 2004, s. 361–362). O sukcesie strategii komunikacyjnej zadecydowała między innymi jej spójność. Personel i doradcy CDC, komuniku-

jąc się z otoczeniem, mieli zawsze myśleć z rozmachem i próbować zamieścić w jednym komunikacie informacje o kilku zagrożeniach, które miały być zaprezentowane za pośrednictwem jednego pojęcia. Komunikat miał zawsze odnosić się do wyłaniania się lub powrotu chorób zakaźnych. Miały w nim padać takie określenia jak „nowy", „wyłaniający się" lub „ponownie wyłaniający". Komunikat miał też być znaczący dla polityków: miała być mowa o wyzwaniach domagających się środków publicznych. Bez znaczenia było, jak często daną informację powtarzano w mediach. To wszystko może wydawać się dziś standardem, jeśli chodzi o komunikację naukową, jednak w latach 90. CDC były niewątpliwym liderem w tej dziedzinie.

W momencie, gdy Murphy obejmował funkcję dyrektora, systematyczna komunikacja z dziennikarzami i politykami była dla CDC czymś nowym. Kultura tej organizacji przez długie dekady nie była kompatybilna z kulturą polityczną Waszyngtonu. O wiele lepiej w waszyngtońskim środowisku odnajdywał się personel NIH i podlegające mu agencje. Nie bez znaczenia było to, że kwatera główna CDC była zlokalizowana z dala od Waszyngtonu[10], ale w grę wchodziło też umocowanie CDC i ich kapitał społeczny (Berkelman, Freeman 2004, s. 375–379).

Freeman podkreśla, że strategia zgrupowania chorób była ryzykowna: standardem w lobbingu w dziedzinie zdrowia publicznego było pozyskiwanie środków „choroba po chorobie" (Berkelman, Freeman 2004, s. 370). Powodem tego mogło być to, że strategie lobbingowe budowano z myślą o konkretnych produktach farmaceutycznych, które leczą konkretne choroby. W ogóle nie pasują one do profilu CDC. Organizacja ta nie zajmuje się i – pomijając jej początki ściśle związane z wojną przeciw malarii – nie zajmowała się pojedynczymi chorobami. Co więcej, CDC nie zajmują się leczeniem chorób, lecz ich monitorowaniem oraz przeciwdziałaniem im. Jeśli założymy model, w którym choroby wracają i pojawiają się, CDC

[10] Zadecydowały o tym względy historyczne: Atlanta była uznawana za serce strefy malarycznej, a misją powołanego w czerwcu 1946 roku Communicable Disease Center (bo taka była oryginalna nazwa CDC) było „zapobiec rozprzestrzenieniu się malarii na terytorium państwa".

skupione na konkretnych chorobach zawsze musiałyby być spóźnione w pozyskiwaniu dedykowanych środków. Zamiast specjalizować się w różnych chorobach, CDC skupiły się na nadzorowaniu kolejnych epidemii, które składały się na szerszą „epidemię epidemii". Jak określił to epidemiolog Michael Osterholm, nadzór nad epidemiami czynił z CDC „detektor dymu systemu zdrowia publicznego" (za: Berkelman, Freeman 2004, s. 373). Nawiązując do koncepcji Ulricha Becka, można powiedzieć, że CDC skupiły się nie tyle na opanowywaniu zagrożeń, ile na zarządzaniu komunikacją na temat ryzyka. Ta druga funkcja jest znacznie bezpieczniejsza. Po pierwsze, jeśli spłonie dom, nie można winić detektora dymu: możemy winić go tylko wówczas, gdy ten nie wysłał sygnału ostrzegawczego. Po drugie, CDC nie można winić za to, że nie potrafi wskazać, gdzie wybuchnie pożar i co zaprószy ogień: nikt nie jest w stanie tego zrobić. Po trzecie, w dobie późnej nowoczesności bardzo łatwo o wynajdowanie nowych ryzyk: „za rogiem" zawsze czai się zagrożenie, którego jeszcze nie potrafimy nazwać, w związku z czym pozostaje nam zachować czujność.

W 1994 roku CDC ponownie stały się obligatoryjnym punktem przejścia dla wielu podmiotów i organizacji. HIV/AIDS było domeną innych agencji, CDC objęły kontrolę nad polem instytucjonalnym skupionym na REIDs. O polu piszemy dlatego, że wokół CDC skonsolidowała się sieć kilkunastu instytucji naukowych i agencji federalnych zajmujących się REIDs. Dobrą miarą sukcesu CDC jest to, że środki przyznawane przez Kongres na walkę z wyłaniającymi się chorobami zakaźnymi wynosiły w 1994 roku milion USD, a w roku budżetowym 1998 już 59,1 miliona USD (Berkelman, Freeman 2004, s. 363–364).

CDC konsekwentnie rozwijają metodykę komunikowania kwestii związanych ze zdrowiem publicznym[11]. Swego rodzaju standardem jest opracowana przez biuro komunikacji medialnej CDC formatka SOCO (*Single Overriding Communication Objective*, czasami SOHCO) (Parvanta i in. 2010, s. 63–67). Z formatki korzystają rów-

[11] https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/Communicating-Investigation.html

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

nież inne organizacje epidemiologiczne, w tym WHO. CDC eksperymentują z różnymi metodami przybliżania laikom kwestii mikrobiologicznych i epidemiologicznych. Przykładem tego jest Public Health Matters Blog. CDC przygotowały również podręcznik do komunikacji z obywatelami w sytuacji kryzysu zdrowia publicznego związanego z czynnikami zakaźnymi: po ataku z użyciem wąglika w 2001 roku powstały wytyczne *Crisis & Emergency Risk Communication* (CERC)[12].

REIDs i bezpieczeństwo narodowe

Pod koniec lat 90. i na początku 2000 roku do listy zagrożeń, które miały śledzić CDC, doszedł jeszcze jeden istotny punkt: zagrożenia bioterrorystyczne. 18 września, dokładnie tydzień po zamachach na World Trade Center i Pentagon, do pięciu biur telewizji oraz redakcji (cztery zlokalizowane w Nowym Jorku, a piąta w Boca Raton na Florydzie) trafiły listy z pogróżkami oraz ze sproszkowanym wąglikiem. Takie same listy wysłano 9 października do dwóch senatorów z ramienia demokratów. Jeszcze pod koniec września pojawiły się doniesienia o 22 przypadkach infekcji wąglikiem i pięciu zgonach. Wśród zarażonych były także osoby obsługujące przesyłki. Kraj opanowała panika przejawiająca się w podwyższonej liczbie recept wystawianych na silny antybiotyk o nazwie ciprofloksacyna. Szacuje się, że 30 tysięcy ludzi otrzymało prewencyjnie antybiotykoterapię (Washer 2010, s. 127–128). Początkowo zakładano, że w kopertach znalazła się „uzbrojona" wersja wąglika, co okazało się nieprawdą. Początkowo uważano też, że sproszkowane spory wąglika przygotowano metodą chałupniczą, badania wykazały jednak, że szczep pochodzi z amerykańskiego laboratorium wojskowego.

Pod koniec lat 90. XX wieku Pentagon rozważał możliwość ataku terrorystycznego z użyciem wąglika lub ospy. Gromadzono zapasy szczepionek i szczepiono personel wojskowy (Washer 2010, s. 133).

[12] Zob. https://emergency.cdc.gov/cerc/manual/index.asp. Do wytycznych CDC wrócimy w rozdziale o lękach i panikach moralnych.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Problemem bioterroryzmu interesował się również świat naukowy. Na przykład w sierpniu 1997 roku ukazał się numer tematyczny „Journal of American Medical Association", którego współredaktorem był wspominany już wielokrotnie Lederberg. Mikrobiolodzy spekulowali na temat tego, że mała grupa ludzi dysponująca niedużym budżetem i podstawowym wyszkoleniem w biologii i inżynierii mogłaby opracować skuteczną broń biologiczną. Wskazywano nawet, że stosowne „przepisy" można było znaleźć nawet w Internecie.

Wizja małej grupy ludzi lub – co gorsza – „samotnego wilka" gotującego broń biologiczną w piwnicy lub garażu może przemawiać do wyobraźni. Istotne jest to, że tego typu scenariusze były popularyzowane i robili to ci sami ludzie, którzy konstruowali REIDs. Preston w 1997 roku opublikował książkę *The Cobra Event* (Preston 1997) opowiadającą tym razem fikcyjną historię ataku na amerykańskich obywateli z użyciem zaawansowanej technologicznie broni biologicznej. W przygotowaniu tej książki wspierali go Lederberg, pracownicy CDC oraz funkcjonariusze FBI. Innym pisarzem, który poświęcił uwagę zagrożeniu bioterrorystycznemu, był Tom Clancy. Zrobił to w powieści *Dekret* wydanej w 1996 roku. Czytelnikiem tych książek był Bill Clinton, który dyskutował ich treści z członkami swojego gabinetu. W kwietniu 1998 roku zwołał on zebranie poświęcone broni biologicznej z ekspertami, wśród których znalazł się Lederberg. Zebrani specjaliści nie byli zgodni w kwestii prawdopodobieństwa zamachu z użyciem broni biologicznej. Niemniej Clinton złożył wniosek do Kongresu, by w ramach funduszu na wypadek zagrożenia terrorystycznego, który opiewał na 10 miliardów USD, 2,8 miliarda przeznaczyć na przygotowanie na wypadek zamachu biologicznego (Washer 2010, s. 135–136).

Problem biobezpieczeństwa i tak zwanej biogotowości (*biopreparedness*) był podnoszony w ramach kolejnych sympozjów i konferencji. Organizowano również ćwiczenia, które pokazywały stopień gotowości państwa na wypadek ataku z użyciem broni biologicznej. Wizja nieuchronności ataku terrorystycznego przenikała do dyskursu medialnego. Udział w tym miała ponownie Garrett, której artykuł na ten temat ukazał się na początku 2001 roku w „Public Affairs" (Garrett 2001).

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Jednak tym razem, w przeciwieństwie do procesu definiowania REIDs jako problemu publicznego i globalnego, istniała wyraźna opozycja. Pojawiło się grono ekspertów przekonanych, że atak biologiczny jest mało prawdopodobny. Podważano koncepcję chałupniczej broni biologicznej. I wtedy, we wrześniu 2001 roku, wydarzył się Amerithrax. Atak z użyciem wąglika wywołał w Stanach Zjednoczonych lawinę projektów z zakresu obronności. NIH i CDC uzyskały dodatkowe środki przeznaczone na biobezpieczeństwo. Rozważano sfinansowanie prac nad szczepionką przeciw eboli. W grudniu 2002 roku administracja Georga W. Busha ogłosiła plan szczepień przeciw ospie prawdziwej. Chorobę tę uznano za potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa narodowego, choć od lat nie stwierdzono jej przypadków i w tym samym roku planowano zniszczyć składowane w laboratorium próbki wirusa (Washer 2010, s. 140–141).

Problematyka biobezpieczeństwa i chorób zakaźnych jest osobnym, obszernym tematem (King 2002, 2003; Fisher, Monahan 2011). Skupmy się jednak na kwestiach istotnych z perspektywy konstrukcji REIDs. Po pierwsze, bioterroryzm był następną warstwą aktorów, znaczeń i interesów, które zostały nadbudowane nad REIDs. Były to kolejne elementy, które stabilizowały czarną skrzynkę. Bioterroryzm wzmacniał zainteresowanie chorobami zakaźnymi, a nie odciągał od nich uwagę. Kategoria REIDs została uzupełniona o nową składową: do naturalnych zagrożeń, które się wyłaniały lub powracały z pomocą ludzi, doszły teraz zagrożenia celowo tworzone przez ludzi. Ułatwiało to też mobilizowanie zasobów. Przykładowo dla Lederberga i wielu innych epidemiologów biogotowość była technologią podwójnego zastosowania: z jednej strony chodziło o bezpieczeństwo narodowe, ale w drugim planie wciąż pozostawała sprawa podniesienia ogólnej wydolności infrastruktury zdrowia publicznego. Po drugie, na przełomie wieków powrót chorób zakaźnych był już oczywistym, naturalnym kontekstem, w którym decydenci i eksperci rozważali nowe zagrożenie. Po trzecie, bioterroryzm był kolejnym wyrazem późnej nowoczesności: oto znowu technologie stanowiące osiągnięcie nowoczesności obróciły się przeciw swoim twórcom. Ale w grę wchodzi tu jeszcze inna kwestia. Pojawia się obawa, że im lepiej rozumiemy i kontrolujemy mikroby i choroby

zakaźne, tym większym zagrożeniem mogą się one stać (King 2003, s. 438).

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Niewątpliwie największym sukcesem CDC w toku konstruowania kategorii REIDs było uczynienie z chorób zakaźnych zagrożenia globalnego. Epidemie chorób zakaźnych wybuchające poza terytorium Stanów Zjednoczonych powiązano bezpośrednio z interesem i bezpieczeństwem narodowym (King 2002, 2004; Washer 2010, s. 148–153). Inne kraje były postrzegane nie tylko jako źródło niebezpiecznych patogenów, które nie znają granic: również same epidemie postrzegano jako czynnik zdolny destabilizować ład geopolityczny. Spekulowano, że epidemie mogły obniżać wydolność poszczególnych państw, co teoretycznie mogło ułatwiać działanie organizacjom terrorystycznym. Mimo tego, że relacje między geopolityką, REIDs a interesem narodowym zostały jedynie naszkicowane i pozostawały raczej w sferze domysłów i założeń niż wykazanych empirycznie zależności, Stany Zjednoczone uruchomiły wiele programów mających na celu walkę z HIV/AIDS, gruźlicą i malarią.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Ważne jest, że nie tylko USA podjęło działania o zasięgu globalnym. Koncepcję REIDs udało się skutecznie przeszczepić na grunt międzynarodowy. Koncept przejęła między innymi WHO.

REIDs a organizacje międzynarodowe

W 1996 roku WHO powołała osobny zespół do spraw wyłaniających się chorób zakaźnych oraz opublikowała strategię walki z nimi. Co istotne, przejęto typowo amerykańską nomenklaturę. Zrobiono to, by móc skuteczniej osiągać cele organizacji. Przede wszystkim powołując się na pakiet chorób zakaźnych, można było łatwiej powiązać doświadczenie chorób zakaźnych dotykających społeczeństwo amerykańskie z tym, co działo się w tak zwanych krajach rozwijających się. Aczkolwiek epidemiolodzy amerykańscy, wskazując na problemy poza terytorium kraju, mogli podtrzymywać zainteresowanie kolejnymi REIDs. WHO i CDC miały wspólny interes w dziedzinie komunikacji. Jest tylko jeden zasadniczy problem ze stosowaniem kategorii REIDs w odniesieniu do krajów rozwijających się. Choroby

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

zakaźne nigdy nie zniknęły w krajach, które są obiektem zainteresowania WHO. Nie doszło do odwrotu chorób zakaźnych, nie można więc też było mówić o ich wyłanianiu się lub powrocie.

W większości krajów Afryki nie nastąpiło przejście epidemiologiczne – nigdy nie osiągnięto tam momentu, w którym choroby zakaźne przestałyby być główną przyczyną zgonów i utraconych lat życia. Epidemia HIV/AIDS znaczyła dla mieszkańców krajów rozwijających się coś zupełnie innego niż dla ludzi żyjących w społeczeństwach zachodnich. Spróbujmy zastosować tu współczynnik humanistyczny. Infekcja HIV nie jest największym zmartwieniem ludzi ubogich w krajach rozwijających się. Mieszkańcy krajów rozwiniętych nie rozumieją, dlaczego ludzie oddają się ryzykownym zachowaniom odpowiedzialnym za transmisję HIV w wielu państwach afrykańskich, bo często nie znają warunków bytowych tych ludzi. Przykładowo seks bywa tam traktowany jako waluta, za którą można uratować gospodarstwo domowe przed bieżącym zagrożeniem, a zanim u danej osoby rozwinie się AIDS, członkowie gospodarstwa rodzinnego mogą umrzeć na inną chorobę zakaźną lub z powodu zupełnie innych czynników. Peter Washer ujął to w następujący sposób:

> AIDS zabija około miliona ludzi rocznie, ale malaria zbiera podobne żniwo. Jednak o malarii nie myśli się jako chorobie „wyłaniającej się", lecz jako „endemicznej". Malaria odnotowywana jest w dyskursie o [REIDs] w kontekście globalnego ocieplenia w związku z lękami, że choroba ta może „wyłonić" się w „naszej" części świata. AIDS jest „wyłaniającą się" chorobą, jako że jest nowa, jednak kontekst [kryzysu] AIDS w Afryce jest taki, że 50 procent populacji Afryki i tak by umarła przed czterdziestym rokiem życia bez AIDS, podczas gdy w Europie Zachodniej i Japonii 50 procent populacji osiągnie wiek 80 lat (Washer 2010, s. 167).

Liczby mogły się zmienić, infrastruktura do walki z HIV/AIDS znacząco się rozwinęła, ale ogromne brzemię chorób zakaźnych, które niosą społeczeństwa afrykańskie, wciąż pozostaje problemem.

Choroby zakaźne w krajach rozwijających się zniknęły co najwyżej z pola widzenia rozmaitych instytucji. Rama interpretacyjna, jaką oferuje kategoria REIDs, może zakłamywać rzeczywistość, ale mimo

to jest korzystna dla wielu aktorów zainteresowanych problemami krajów rozwijających się. Skutecznie kieruje ona uwagę i środki na problemy krajów rozwijających się. Ze względu na dynamikę reprezentacji publicznej oraz filtr w postaci interesu narodowego krajów centrów sprawia, że ocena zagrożenia, jakie stwarza dany czynnik zakaźny, może nie pokrywać się z rzeczywistością. Niemniej, jeśli nawet ocena jest nieadekwatna, to gdy idzie za nią konkretna pomoc finansowa i medyczna, krajom rozwijającym się i instytucjom międzynarodowym skupionym na walce z chorobami zakaźnymi wciąż opłaca się ją przyjąć. Nawet jeśli przeważająca ilość środków miałaby iść na HIV/AIDS, podczas gdy choroby biegunkowe lub gruźlica stanowią dużo większe zagrożenie, to pomoc ta pośrednio przyczynia się do wzmocnienia infrastruktury epidemiologicznej monitorującej zachorowania i zgony w tych krajach.

Wyrazem globalizacji koncepcji REIDs było przyjęcie jej przez WHO. Wiązało się to z ważnym krokiem, jakim było zoperacjonalizowanie definicji pandemii. Oczywiście samo pojęcie pandemii nie jest wynalazkiem WHO. Klasycznie pojmowano pandemię w epidemiologii jako epidemię występującą na całym świecie lub na wielu terytoriach, przekraczającą granice i dotykającą dużej liczby ludzi[13]. Taka definicja nie jest jednak zbyt praktyczna. Nie mówi nam, kiedy lokalna epidemia przechodzi w pandemię. Potrzebna jest jej operacjonalizacja. Ogłoszenie globalnej pandemii lub podnoszenie stopnia alertu pandemicznego nie jest luźną opinią ekspertów wyrażających obawy: jest to akt definiujący sytuację, który skutkuje praktycznymi konsekwencjami. Mobilizowane są zespoły kryzysowe, systemy zdrowia publicznego zmieniają procedury, działy badawczo-rozwojowe zaczynają pracę nad biotechnologiami, uruchamiane są specjalne granty, na komunikat reagują też rynki, przedsiębiorstwa, media i obywatele.

Właśnie takim celom, związanym z zarządzaniem ryzykiem, a nie z prostym stwierdzeniem określonego stanu rzeczy, służył sześciostopniowy system alarmów pandemicznych WHO. Miał on być narzędziem, za pomocą którego próbowano uczynić mierzalnym i społecz-

[13] https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

nie zrozumiałym złożone zjawisko, jakim są pandemie gryp. Sześć faz czy też poziomów zagrożenia miało reprezentować geograficzne rozprzestrzenianie się zagrożenia, z czym próbowano bezpośrednio powiązać stopień zagrożenia dla ludzkiego życia. Przyjrzyjmy się poszczególnym fazom, pamiętając, że system był projektowany z myślą o monitorowaniu gryp pandemicznych.

Faza pierwsza i faza druga łącznie składają się na okres między pandemiami. Przyjmuje się, że jesteśmy w fazie pierwszej, gdy nie odkryto żadnego nowego wirusa grypy. W fazie drugiej zidentyfikowano nowego wirusa, ale tylko u zwierząt – nie zaatakował on jak dotąd ludzi. Zauważmy, że skala zaproponowana przez WHO nie ma zera absolutnego. Świat nigdy nie jest wolny od ryzyka pandemii – zawsze jesteśmy po jakiejś pandemii lub czekamy na kolejną. Trzy następne fazy to okres podniesionej gotowości. W fazie trzeciej wykryto już przypadki zarażenia grypą ludzi od zwierząt, ale nie doszło jeszcze do transmisji człowiek–człowiek. W fazie czwartej wykrywa się zgrupowania przypadków, ale są one małe, co może oznaczać, że wirus nie dostosował się jeszcze do ludzkiego organizmu. W fazie piątej pojawiają się większe ogniska lokalne, co wskazuje, że wirus lepiej zaadaptował się do ludzkiego organizmu. Szósta faza to okres pandemiczny – choroba jest obecna w populacji, pojawiają się różne, równoległe ogniska zapalne. Fazy miały sygnalizować różnym aktorom to, czy należy podejmować działania przygotowawcze, czy nie. Przykładowo fazy od pierwszej do trzeciej oznaczały względne bezpieczeństwo.

System faz okazał się pod wieloma względami wadliwy, co pokazuje historia podnoszenia alertu pandemicznego w 2009 roku przy okazji epidemii świńskiej grypy (Abeysinghe 2013), a także krytyka, z jaką spotkała się WHO, gdy zagrożenie okazało się o wiele mniejsze, niż przypuszczano. Historię tę przytaczamy nie tylko, by pokazać jeden ze sposobów globalizacji koncepcji REIDs, lecz także, by podkreślić, jak problematyczne w skali globalnej może okazać się zarządzanie kryzysem zdrowotnym związanym z chorobami zakaźnymi.

Podstawową funkcją alertu pandemicznego miało być ukazanie procesu narastania zagrożenia, tak aby możliwa była odpowied-

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

nia reakcja na nie. W praktyce okazało się, że zagrożenie ze strony H1N1/09 narastało skokowo w takim sensie, że pewne poziomy alertu w ogóle należałoby pominąć. Pierwsze doniesienia na temat wirusa pojawiły się w momencie, gdy świat był już w fazie trzeciej, następnie przeskoczyliśmy od razu do fazy piątej. Od pierwszych doniesień o zagrożeniu w Meksyku do przejścia w fazę piątą, co nastąpiło 29 kwietnia 2009 roku, minął zaledwie tydzień (Doshi 2009). Sama faza szósta, czyli pandemia właściwa w rozumieniu ówczesnych definicji WHO, nadeszła dużo szybciej, niż spodziewali się eksperci. Było to związane z faktem, że definicje stosowane przez WHO nie dotyczyły tak naprawdę zdolności wirusa do pokonywania barier międzygatunkowych i stopnia, w jakim zdołał się on zaadaptować do ludzkiego organizmu, lecz odnosiły się do geograficznej dystrybucji przypadków. Założono, że w momencie, gdy wirus będzie bardzo dobrze dostosowany do ludzi i zdolny szybko rozprzestrzeniać się w populacji, doniesienia o zarażonych będą pojawiały się w wielu krajach, na kilku kontynentach naraz. Liczba terytoriów, na których wystąpiły przypadki infekcji, miała reprezentować zdolność wirusa do transmisji, a przypisanie do fazy miało być uzależnione od tego właśnie wskaźnika. Eksperci WHO zorientowali się już w trakcie sytuacji, że geograficzna dystrybucja patogenu wcale nie jest skorelowana z jego zjadliwością i bardzo szybko przestawili się na „jakościową" ocenę. Okazało się, że przypadki choroby w Meksyku były rzeczywiście ciężkie, ale na innych obszarach choroba miała łagodny przebieg (Doshi 2009). WHO była krytykowana za to, że wszystkie fazy ogłaszała z opóźnieniem: epidemia H1N1/09 spełniała kryteria założone przez ekspertów znacznie szybciej, niż to przewidywano, a jednocześnie zagrożenie ze strony wirusa nie było tak duże, jak się obawiano (Abeysinghe 2013, s. 912).

Pojawiły się naciski ze strony dziennikarzy: korzystając z danych WHO, wiedzieli oni, że formalne kryteria kolejnych faz są spełnione, a mimo to WHO wstrzymuje się z ich ogłoszeniem. Obserwowano łagodny przebieg infekcji H1N1/09, ale personel WHO nauczony poprzednimi pandemiami wiedział, że sytuacja może ulec dramatycznej zmianie, jak to było przy okazji pandemii grypy H2N2 w 1957 roku (szacuje się, że w jej wyniku umarło 1,1 miliona ludzi,

z czego 116 tysięcy w Stanach Zjednoczonych) – druga fala zachorowań była dużo groźniejsza, podobnie zresztą, jak w przypadku hiszpanki. Problem polegał na tym, że system klasyfikacyjny nie rozróżniał pierwszych i drugich fal zachorowań na grypę. System w ogóle nie uwzględniał zjadliwości wirusa – *implicite* założono, że nowe wirusy grypy powinny stanowić większe zagrożenie dla ludzkiego organizmu niż te pozostające w obiegu. Wreszcie system nie sprawdził się w kwestii określenia końca pandemii: ta wygasała w różnych państwach w różnym tempie. Sześciu faz nie zaprojektowano z myślą o spadającym zagrożeniu – zmniejszenie się liczby terytoriów objętych zagrożeniem nie reprezentuje przecież „dewolucji" wirusa.

Bardzo ważne jest to, że WHO nie udało się ustanowić jasnego rozróżnienia między grypą sezonową a grypą pandemiczną. Z epidemiologicznego punktu widzenia różnica była oczywista. Nowa grypa atakowała zupełnie inne kategorie wiekowe – o ile sezonowa grypa jest szczególnie groźna dla najmłodszych i najstarszych osób, H1N1/09 szczególnie ciężko przechodzili ludzie młodzi. Pod tym względem choroba zachowywała się podobnie do hiszpanki. Z perspektywy komentatorów i mediów liczyła się jednak bardziej niska zjadliwość wirusa. Grypa pandemiczna zabijała mniej skutecznie niż przeciętna grypa sezonowa. To, że umarł mały odsetek zarażonych, nie zmienia faktu, że grypa H1N1/09 rozprzestrzeniła się lepiej w populacji od grypy sezonowej. Twierdzono, że był to nowy typ wirusa, na który społeczeństwa nie nabyły jeszcze odporności. Oszacowano, że śmiertelność wśród osób zarażonych H1N1/09 wynosiła 0,01%. Wartość ta była o rząd wielkości niższa niż w przypadku przeciętnej grypy sezonowej. Wciąż jednak – jak się ocenia – grypa ta zabiła od 151 do 575 tysięcy ludzi na świecie (zob. na przykład Dawood i in. 2012). Dla porównania, grypy sezonowe zabijają od 290 do 650 tysięcy ludzi rocznie, a poprzednie grypy pandemiczne uśmierciły po około milionie ludzi.

Liczba ofiar śmiertelnych H1N1/09 nie jest mała, ale też nie robi ogromnego wrażenia. Jest ku temu kilka powodów. Po pierwsze, wartość ta jest niska w porównaniu ze śmiertelnym żniwem grypy sezonowej, która sama w sobie jest zagrożeniem „oswojonym". Po drugie, oczekiwania – czy może lepiej obawy związane z H1N1/09 – oka-

zały się zawyżone, a wartości tego typu zazwyczaj są interpretowane w konfrontacji z czarnymi scenariuszami. Po trzecie, liczba ofiar była znana dopiero po kilkunastu miesiącach – naukowcom zajęło sporo czasu jej oszacowanie[14]. Po czwarte, odsetek ludzi mających bliskich lub znajomych, którzy albo ciężko przeszli grypę H1N1/09, albo umarli w jej wyniku lub jej powikłań, jest niezwykle mały, co przekłada się na znikomą pamięć społeczną choroby. Po piąte, ponad połowa ofiar choroby to mieszkańcy krajów rozwijających się.

Podstawowy błąd, jaki popełniła WHO, polegał na tym, że próbowano przewidywać zachowanie nowego wirusa grypy na podstawie tego, jak zachowywały się poprzednie wirusy. Wszystkie grypy „pandemiczne" – grypa z 1889, hiszpanka z 1918, grypa azjatycka z 1957, grypa Hongkong z 1968, H1N1 z 2009 roku – zachowywały się nieco inaczej. Różniły się zjadliwością, tempem reprodukcji, tym, czy drugi sezon zachorowań był ostrzejszy od pierwszego, czy nie[15]. Zupełnie inaczej też zachowuje się ptasia grypa H5N1 wywoływana przez wyjątkowo zjadliwy wirus. Powoduje on zgon w ponad połowie przypadków (52,8%). Nie dziwi więc, że organizacje międzynarodowe i rządy od dawna śledzą tę chorobę. Nie stwierdzono jednak, by H5N1 był w stanie przechodzić z człowieka na człowieka, a zarażenie się nim od ptaków jest niezwykle trudne. Dotychczas odnotowano 861 przypadków, z czego 455 śmiertelnych. Posługując się systemem alertów WHO z 2009, należy stwierdzić, że H5N1 jest w fazie drugiej.

Analogiczny błąd popełnili epidemiolodzy amerykańscy przewidując grypę pandemiczną w 1976 roku, o czym pisaliśmy wcześniej. Zakładano, że statystycznie co kilkanaście lat wyłania się pandemiczny typ wirusa grypy. W latach 50. uderzyła grypa azjatycka, w latach 60. grypa Hongkong, obawiano się, że w latach 70. będzie to grypa z Fort Dix. Zapowiadane zagrożenie nie nadeszło.

[14] Zob. na przykład https://www.statnews.com/2019/06/11/h1n1-swine-flu-10-years-later/.

[15] Do tego dochodzi kwestia tego, że każda z wymienionych pandemii rozwijała się w zupełnie innym ekosystemie. Populacja miała lub nie miała pośredniej odporność na antygeny grypy, był również zupełnie inny poziom mobilności.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

W przeciwieństwie do 1976 roku w 2009 roku pandemia nadeszła, ale stwierdzono tylko 18 449 laboratoryjnie potwierdzonych zgonów na H1N1/09. Nie takich statystyk się spodziewano. Ostatecznie kwestionowano nawet to, czy ta odmiana wirusa była naprawdę nowa. CDC stwierdziły, że 33% osób w wieku powyżej 60 lat miało przeciwciała reaktywne krzyżowo, co oznaczało, że „nowy" wirus mógł być podtypem wirusa, z którym spotkaliśmy się już wcześniej. Tłumaczyłoby to, dlaczego tak mało osób starszych cierpiało na H1N1/09 (Doshi 2009).

WHO zarzucano działanie na korzyść firm farmaceutycznych. Ogłoszenie szóstej fazy alertu oznaczało podpisanie wielu umów na zakup szczepionek i leków antywirusowych. Problematyczne było to, że zapas szczepionek i leków antywirusowych był niewystarczający dla wielu krajów, te musiały decydować, czy ustawiać się w kolejce do zakupu, czy zrezygnować z niego. WHO została skrytykowana, razem z wieloma rządami, przez Radę Europy za „nieuzasadnione sianie lęków", które doprowadziły do marnotrawstwa środków publicznych (O'Dowd 2010). Debata na temat decyzji o zakupie Tamiflu (oseltamiwiru) toczyła się również w Polsce.

Na niekorzyść WHO działało w szczególności to, że fatalny schemat alertów grypowych został zmodyfikowany na kilka miesięcy przed pierwszymi przypadkami grypy w Meksyku. Ale czy inny schemat alertów by się sprawdził? I czy jakikolwiek model reprezentujący rozwój pandemii sprawdziłby się w tym sensie, że uchroniłby WHO przed falą krytyki? W myśl koncepcji socjologii ryzyka późnonowoczesne zagrożenia są zawsze niedoszacowane lub przeszacowane. WHO była krytykowana przy okazji pandemii H1N1/09 za przeszacowanie ryzyka. Spotkała się również z krytyką przy okazji COVID-19[16]. Tyle tylko, że funkcją WHO – podobnie zresztą jak CDC – nie jest wcale przewidywanie chorób i tego, jak się będą rozprze-

[16] Zob. na przykład https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/09/deadly-virus-britain-failed-prepare-mers-sars-ebola-coronavirus, https://www.vox.com/2020/4/19/21224305/world-health-organization-trump-reform-q-a, https://www.vox.com/2020/4/15/21222756/trump-halts-who-funding-coronavirus-pandemic.

strzeniały w populacji. Ich rola polega przede wszystkim na monitorowaniu i budowaniu infrastruktury do ich zwalczania[17].

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

WHO, projektując alerty, użyła jako wzorca epidemii hiszpanki, zakładając, że scenariusz ten może powtórzyć się w przypadku innych gryp. Gdyby tak się stało, świat przeszedłby pandemię w sposób, który zaprezentowano w nakręconym bezpośrednio po pandemii 2009 roku filmie *Contagion: Epidemia strachu* w reżyserii Stevena Soderbergha z 2011 roku[18]. Czasami modele pandemii tworzono z myślą o takich chorobach jak Zika czy ebola. Na eboli i hiszpance skupiał się Bill Gates, proponując koncepcję globalnej gotowości[19].

Czy projektowanie systemu gotowości pandemicznej z myślą o takich chorobach, jak hiszpanka, ebola i Zika jest sensowne? Są to trzy całkowicie różne choroby. Pierwsza z nich przenosi się drogą kropelkową przez powietrze, druga wymaga bezpośredniego kontaktu z ciałem chorego, Zikę roznoszą komary. Pierwsza jest szybką chorobą, dwie pozostałe mogą wywołać pandemie „powolne"[20], których postęp jest rozłożony na miesiące i lata. Zupełnie inne są też

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

[17] Warto przyjrzeć się liście inicjatyw w obszarze walki z grypą, jakie w ciągu dekady od pandemii H1N1/09 zrealizowały CDC: https://www.cdc.gov/flu/spotlights/2018-2019/decade-since-h1n1-pandemic.html.

[18] Film ten prezentuje hipotetyczny przebieg wydarzeń, gdyż był konsultowany przez scenarzystę Scotta Z. Burnsa z Lawrence'em Brilliantem (epidemiolog, który w latach 70. współpracował z WHO w ramach walki z ospą), W. Ianem Lipkinem (profesor epidemiologii na Columbia University), Laurie Garrett (wspominana już dziennikarka i pisarka „epidemiologiczna") oraz przedstawicielami WHO; zob. https://www.comingsoon.net/movies/features/81596-cs-interview-contagion-writer-scott-z-burns.

[19] Propozycjom Gatesa poświęcamy więcej miejsca w szóstym rozdziale.

[20] Określenie „pandemia powolna" może wydać się sprzecznością pojęciową. W ten sposób była określana epidemia gorączki Zika, ale także kryzys HIV/AIDS (Garnett 2020). To kolejny przejaw rozciągania kategorii pandemii. Zauważmy jednak, że i cholera w XIX wieku, i dżuma w XIV wieku były rozłożone w czasie i można by ujmować je jako serie epidemii, a nie pojedyncze pandemie. Tempo rozprzestrzeniania się tych chorób było mierzone w latach, miesiącach i tygodniach, podczas gdy SARS, grypa H1N1/09 i COVID-19 rozprzestrzeniają się wyraźnie szybciej. W przypadku tych drugich chorób łatwiej też o spełnienie kryterium współwystępowania wielu przypadków infekcji na odległych geograficznie obszarach.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

konsekwencje dla zdrowia zainfekowanej osoby. Choroby te w odmienny sposób i w innym stopniu przerażały dotknięte nimi społeczności, co przekładało się na różną mobilizację społeczną. Wreszcie każda z nich wymaga innej odpowiedzi kryzysowej. Na przykład z ebolą walczono głównie poprzez śledzenie przypadków chorych i ich izolację. Epidemię tej choroby najczęściej udawało się opanować w zarodku ze względu na tempo jej transmisji. Ale co w sytuacji, gdy nie można powstrzymać rozprzestrzeniania choroby w sensie geograficznym? Jest to trudne w przypadku chorób przenoszonych drogą kropelkową i niemal niemożliwe w przypadku chorób roznoszonych przez komary.

Obiekty graniczne, drużyny kajakarskie i polityka skali

Omówiliśmy dość długą drogę, jaką pokonały REIDs od koncepcji istotnej dla garstki badaczy do oczywistości będącej w tle licznych polityk i praktyk, także na poziomie globalnym. Był to fundament, na którym można było zbudować współczesny system gotowości na epidemie i pandemie chorób zakaźnych. REIDs to również nowe ujęcie zagrożeń zakaźnych, które było istotne dla tożsamości wielu organizacji, co najlepiej widać na przykładzie CDC. Organizacja ta początkowo dysponowała skromnym budżetem i mniej niż 400 pracownikami. Skupiała się niemal wyłącznie na „pozyskaniu wystarczającej liczby ciężarówek, spryskiwaczy i łopat niezbędnych, by wypowiedzieć wojnę komarom”[21]. Nie miała nic wspólnego z „detektorem epidemii”, którym się stała. Ale zanim to nastąpiło, miała zostać wygaszona: uznano, że spełniła swoją misję modernizacyjną i mogła odejść w cień. Organizacja ta znalazła jednak sposób na zredefiniowanie sytuacji: nowoczesność się nie skończyła, weszliśmy w inną jej fazę, REIDs są tego namacalnym dowodem. Wciąż należy się zastanowić, czym są tak naprawdę REIDs. Jakiego rodzaju konstruktem są, co dokładnie robią, jaka była korzyść z takiego, a nie innego „poukładania” chorób?

[21] https://www.cdc.gov/about/history/index.html

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Zacznijmy od tego, że REIDs nie jest spójną kategorią. Przypuszczamy, że gdyby spytać ekspertów z różnych krajów zajmujących się REIDs o listę chorób zaliczanych do tej kategorii, uzyskalibyśmy odmienne odpowiedzi. Przede wszystkim jednak dla różnych organizacji REIDs znaczą coś innego i odgrywają inną rolę. Tak było w przypadku realizacji polityki *One World, One Health* (OWOH, często po prostu jako *One Health*) w kontekście epidemii ptasiej grypy. Wdrożona w 2008 roku między innymi przez WHO, Food and Agriculture Organization i World Organisation for Animal Health polityka przewidywała połączenie wysiłków różnych sektorów w celu polepszenia zdrowia zarówno ludzi, jak i innych gatunków zwierząt, nie tylko hodowlanych. Zakłada ona, że te same mikroby atakują różne gatunki z uwagi na współdzielony ekosystem, a skuteczne przeciwdziałanie zagrożeniom musi zakładać współpracę międzysektorową[22]. Problem polegał na tym, że interesy trzech wymienionych organizacji były rozbieżne, co prowadziło do wielu napięć. Na przykład eksperci zainteresowani zdrowiem zwierząt zwracali uwagę, że ptasia grypa stanowi potencjalne zagrożenie dla ludzi, ale realne dla zwierząt. Punktem spornym były masowe uboje ptaków, na które naciskała WHO, a którym sprzeciwiały się dwie pozostałe organizacje. Różnie postrzegano też źródła REIDs. Osobny obszar sporów dotyczył dzikich gatunków, które też były nosicielami wirusa i kwestii konserwacji przyrody. Problematyczne było nawet pojęcie zdrowia: niektórzy ujmowali je w kategoriach biologicznych, inni uwzględniali też aspekty społeczno-ekonomiczne, co implikowało różne strategie radzenia sobie z ptasią grypą (Chien 2013).

Początkowo trudna współpraca wspomnianych trzech organizacji pokazuje, że REIDs nie są wcale samozrozumiałą kategorią. Kategoria ta „rozpada się" przy próbie jej użycia przez ludzi funkcjonujących w różnych kontekstach. Nie zmienia to faktu, że REIDs może wciąż znaleźć zastosowanie jako obiekt graniczny. Istotne dla obiektów granicznych jest to, że są częściowo niedookreślone, że są nośnikami odmiennych znaczeń projektowanych przez kilka różnych grup. Obiekt graniczny jest „rozmyty" i „niedookreślony", ale

[22] https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/one-health

różne grupy zachowują się tak, jakby wciąż był to jeden i ten sam obiekt. Gdyby obiekt graniczny znaczył dokładnie to samo dla różnych grup, wskazywałoby to, że granice między tymi grupami już dawno zostały zniesione. Funkcją obiektów granicznych jest stwarzanie przestrzeni do współpracy i komunikacji. Obiektem granicznym może być zarówno przedmiot, przestrzeń jakiegoś budynku, jak i dobrze przebadany gatunek lub system klasyfikacyjny. Sama etykieta „REIDs" oraz specyficzna koncepcja wyłaniania chorób zwracająca uwagę na związek światów patogenów, ludzi i zwierząt była jednym z czynników, który w ogóle pozwolił nawiązać współpracę. Lista patogenów i wywoływanych przez nie chorób, sieć zależności oraz lista czynników sprzyjających ich pojawianiu się sprawdziła się jako wspólny grunt dla różnych inicjatyw, słowo kluczowe rozmaitych polityk, oraz narzędzie umożliwiające koordynację i komunikację konkretnych inicjatyw epidemiologicznych. Dopiero w wyniku współpracy trzech organizacji znaleziono punkty wspólne i zidentyfikowano wspólne interesy. Nie oznacza to wcale, że trzy organizacje zmieniły swoje priorytety, po prostu ich działania zostały skoordynowane. Istotne jest to, że ani OWOH, ani tym bardziej REIDs nie są zrozumiałe same przez się: musiały zostać doprecyzowane przez stosujących je pracowników trzech agencji (Chien 2013).

Spakowanie bardzo różnych chorób do jednej kategorii miało ciekawe konsekwencje poznawcze i komunikacyjne. Każda z chorób z osobna byłaby mniej widoczna medialnie, mniej istotna instytucjonalnie. Dzięki koncepcji REIDs zostały one ze sobą powiązane jak drużyna kajakarska: znaczą więcej i dla większej liczby aktorów tak długo, jak długo ich znaczenia pozostają skoordynowane. Ale koordynacja REIDs nie jest łatwa, gdyż w istocie jest to prawdziwa menażeria. Każdą z chorób zaliczanych do REIDs można opisać, posługując się następującymi sześcioma „gradientami" zaproponowanymi przez Randalla M. Packarda, Ruth L. Berkelman, Howarda Frumkina, Petera J. Browna (Packard i in. 2004, s. 21–26): (1) szybka/wolna reakcja instytucjonalna, (2) niski/wysoki wskaźnik występowania, (3) dostępny/niedostępny standardowy test diagnostyczny, (4) niski/wysoki status populacji dotkniętej chorobą, (5) brak/obecność aktywistów, (6) niska/wysoka medialność choroby. Gradienty te

(czy może raczej skale) mają charakter jedynie heurystyczny: nie zawsze dysponujemy wystarczającymi informacjami, by określić, gdzie znajduje się na skali choroba, z czasem jej pozycja może ulec zmianie, a zmiana w jednym wymiarze może oznaczać zmianę w innym (wzrost w obszarze gradientu „społecznego" może doprowadzić do opracowania testu diagnostycznego, a jego wprowadzenie może całkowicie zmienić obraz epidemiologiczny). Niemniej pokazują one, jak bardzo różnią się między sobą choroby zaliczane do REIDs[23].

Choroby, które trafiły do REIDs, uzyskują wysokie wartości w przynajmniej trzech gradientach i jednocześnie żaden z gradientów nie jest kluczowy. Choroba nie musi być ani powszechna, nie musimy dysponować skuteczną metodą diagnostyczną, ani nie musi wywoływać silnej reakcji instytucjonalnej, by została zaliczona do grona REIDs. Niektóre choroby są powolne i mało zjadliwe, ale powszechne. Inne występują sporadycznie, ale są wyjątkowo groźne i przyciągają uwagę jak ebola.

Szczególnie interesujący jest gradient „społeczny" odnoszący się do pozycji społecznej chorych. Wielu czołowych badaczy HIV/AIDS, z Anthonym Faucim na czele, zadawało sobie pytanie o to, dlaczego choroba ta ujawniła się dopiero na początku lat 80. (Epstein 1996, s. 56). Spekulowano o przyczynach biologicznych i środowiskowych. Odpowiedź może być dużo prostsza. Nie powinniśmy zapominać o tym, że pierwsi zdiagnozowani chorzy nie byli osobami o niskim statusie społecznym. Na ogół ofiarami nowej choroby padali biali mężczyźni należący do amerykańskiej klasy średniej, mieszkający w dużych ośrodkach miejskich. Byli oni bardziej widoczni z perspektywy takich organizacji jak CDC, mieli dostęp do lepszych lekarzy niż – powiedzmy – Haitańczycy czy Afroamerykanie. Okazało się, że środowisko gejów cierpiących na HIV/AIDS dysponowało nie tylko sporym kapitałem ludzkim i finansowym, ale

[23] Listę „gradientów" można by uzupełnić o następujące pozycje: (7) niska/wysoka zjadliwość patogenu, (8) dostępna/niedostępna terapia lub środek zapobiegawczy, (9) niskie/wysokie koszty leczenia. Wartość w tych wymiarach wydaje się decydująca dla tego, czy dana choroba jest w stanie przykuwać uwagę różnych aktorów.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

również społecznym, kulturowym, a ostatecznie i symbolicznym. Dzięki tym kapitałom ludzie reprezentujący skonsolidowane środowisko gejów amerykańskich byli w stanie kształtować dyskurs medialny, uczestniczyć w dyskursie eksperckim, przyśpieszyć prace nad terapią. Tej grupie również HIV/AIDS zawdzięcza uzyskanie statusu choroby wyjątkowej. Gdyby choroba dotykała głównie Afroamerykanów lub narkomanów, mogłaby nie zostać tak szybko dostrzeżona. Tak samo sytuacja prezentuje się w przypadku boreliozy. Różni się ona pod wieloma względami od innych chorób, które spotkały się z szybką reakcją systemu zdrowia publicznego. Borelioza została zauważona publicznie w momencie, gdy zaczęli zapadać na nią ludzie znajdujący się wysoko na drabinie społeczeństwa amerykańskiego (Farmer 2001; Spielman, Krause, Telford 2004). Nie była to choroba przyciągająca uwagę mediów. Nie dysponujemy niezawodnymi testami diagnostycznymi. Przed erą intensywnej suburbanizacji była to choroba endemiczna i związana z bardzo konkretnymi grupami zawodowymi. Jednak zorganizowane działania małej grupy interesariuszy przyniosły skutki. Uruchomiono wiele programów rządowych poświęconych epidemii boreliozy. Jak wspominaliśmy, borelioza była jedną z trzech chorób, na których skuteczny monitoring mogły pozwolić sobie CDC pod koniec lat 80. Dwoma pozostałymi chorobami, którymi miały zajmować się CDC w tamtym okresie, były odra i HIV/AIDS.

Wrzucenie bardzo różnych chorób do jednej kategorii i konsekwentne posługiwanie się nią w komunikacji może doprowadzić do wrażenia, że ludzkość powinna liczyć się z możliwością pojawienia się superpatogenu. Taki patogen byłby zjadliwy jak ebola, zaraźliwy jak odra, niewykrywalny jak priony, miałby okres uśpienia porównywalny do gruźlicy i byłby zmienny jak HIV.

Tyle tylko, że nauka mówi, że powstanie superzarazka jest wysoce nieprawdopodobne. A niektórych cech, które można by przypisać superzarazkowi, po prostu nie da się pogodzić. Ebola pozostaje relatywnie niegroźna w makroskali, gdyż jest wysoce zjadliwa w mikroskali: patogen tak szybko unieruchamia nosiciela, że ten nie jest w stanie skutecznie roznosić choroby. Często, choć nie jest to regułą, powszechne występowanie patogenu jest powiązane z niską zjadli-

wością. Popularne ujęcia chorób zakaźnych prezentują je jako coś na kształt naturalnej broni biologicznej: czegoś, co Natura opracowuje z myślą o eksterminacji ludzkości. Preston w jednej z rozmów z Morse'em spytał go o możliwość wyłonienia się wirusa, który zmiótłby ludzi z powierzchni ziemi. Morse ostrożnie spekulował na temat wirusa podobnego do HIV zdolnego zarażać tak jak grypa. Ale zauważył jednocześnie, że w ostateczności ludzka populacja jest zbyt zróżnicowana genetycznie, by mogła wymrzeć w wyniku ataku jednego patogenu. Zauważył też, że załamanie systemu społecznego spowodowanego pandemią mogłoby być nie mniej śmiercionośne, co sama choroba (za: King 2004, s. 71). Ogólnie jednak myślenie o mikrobach jako biobroni prowadzi na manowce. Mikroby nie mają interesu w tym, by uśmiercać ludzi – mikroby nie mają interesu, kropka[24].

Koncepcja samoczynnego powstawania naturalnej broni biologicznej sugeruje, że patogeny szybko ewoluują w nowe odmiany i szczepy oraz mogą łatwo przenosić się między gatunkami. Ale rzeczywistość jest inna. Patogeny wywołujące choroby zakaźne mają duży problem z pokonaniem bariery międzygatunkowej. Organizm ludzki jest wyposażony w wiele barier ochronnych, a same patogeny często są bardzo prostymi „maszynami molekularnymi" zdolnymi funkcjonować w bardzo konkretnych warunkach, na przykład w obecności odpowiednich receptorów na powierzchni komórek żywiciela, a nie inteligentnymi bytami aktywnie szukającymi wyłomu w obronie. Nawet w przypadku celowych działań tworzenie broni biologicznej nie jest łatwe. David Clark pisze:

> Bierzemy nieszkodliwą laboratoryjną bakterię, np. *Eserichia coli*, i poddajemy ją modyfikacji, by stała się bardziej niebezpieczna. Umieszczamy w niej geny pozwalające wnikać w ludzkie komórki. Potem wyposażamy ją w geny umożliwiające odbieranie krwinkom niezbędnych zasobów żelaza. Wreszcie dodajemy też geny toksyczności, tak aby na-

[24] Nawiązujący do koncepcji Gai motyw kulturowy ujmujący choroby zakaźne lub zmianę klimatyczną jako system immunologiczny planety, za pomocą którego broni się ona przez infekcję w postaci ludzkości (zob. na przykład Preston 1994, s. 287–288), też nie ma wiele wspólnego z naukowym obrazem świata.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

> wet w małej dawce potrafiła zabić człowieka. Co otrzymaliśmy? Niepowstrzymaną chorobę, która zmiecie nas wszystkich z powierzchni ziemi? Nie, po prostu przekształciliśmy *Escherichia coli* w spokrewnioną z nią *Yersinia pestis*, odpowiedzialną za dżumę dymieniczą. A jednak nie umieramy dziś masowo na czarną śmierć. Przyczyna nie leży w braku zjadliwości bakterii dżumy, ale w naszych współczesnych standardach higienicznych (Clark 2011, s. 155).

Do przeskoków patogenów na nowy gatunek oczywiście dochodzi. Tak samo patogeny dotąd funkcjonujące w odizolowanych niszach ekologicznych trafiają do szerszej populacji. Bardzo często obserwujemy w takich sytuacjach epidemie wywoływane przez wysoce zjadliwe patogeny. Jednak o tym, jak zjadliwe wydają się patogeny, decyduje nie tylko ekologia, ewolucja i biomedycyna. Działa tu także pewien mechanizm społeczny, który sprawia, że z perspektywy zarówno laików, jak i ekspertów, REIDs mogą wydawać się bardziej zjadliwe. Clark opisuje to w następujący sposób:

> Gdyby […] kilka osób gdzieś na końcu świata złapadło równocześnie na nową, ale niegroźną infekcję, prawdopodobnie nie zwróciłoby to nawet niczyjej uwagi […]. Dobrze ilustrują to […] Lassa i ebola. […] [N]a długo przed oficjalnym „odkryciem" jednego i drugiego wirusa, od wielu lat ludzi zarażały ich łagodniejsze warianty. Analiza próbek krwi pobranych od ludności zamieszkującej rejony w dolinie rzeki Yedseram w Nigerii, gdzie po raz pierwszy odkryto gorączkę krwotoczną Lassa, wykazała dużą częstotliwość występowania u nich przeciwciał chroniących przed tym wirusem. Wielu tubylców nie pamiętało, żeby przechodzili jakąkolwiek chorobę, którą dałoby się zidentyfikować jako gorączkę Lassa; inni przypominali sobie przypadki umiarkowanej lub ostrej gorączki, którą jednak z reguły przypisywali malarii. Gorączkę Lassa uznano za całkowicie nową chorobę dopiero w 1969 roku, po pojawieniu się wyjątkowo niebezpiecznego wariantu […]. Podobnie sprawa miała się z wirusem ebola – jego oficjalny „debiut" nastąpił w Zairze w 1976 roku.

W dyskursie potocznym, politycznym i eksperckim widoczne są bardziej zjadliwe choroby i zapamiętujemy raczej epidemie o dramatycznym przebiegu. Nietrudno uogólniać te przypadki na resztę mało znanych chorób i epidemii. Sposobem, by tego uniknąć, jest

myślenie w kategoriach mechanizmów, które stoją za zjadliwością chorób i epidemiami.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

Oczywiście istnieje możliwość, że za sprawą globalnej mobilności, w szczególności transportu lotniczego, dotrze do nas niebezpieczny patogen stanowiący efekt lokalnego zbiegu okoliczności gdzieś na obrzeżach systemu światowego. Takie sytuacje są dobrze udokumentowane. Tyle tylko, że dużo bardziej prawdopodobny jest scenariusz, w którym choroba dotknie lokalną wspólnotę i na niej się zatrzyma, a o cierpieniach jej członków niekoniecznie dowiedzą się WHO i globalne media. Większości ludzi, którzy cierpią z powodu REIDs, nie stać na podróże lotnicze (Farmer 2005, s. 127).

Nicholas King zwraca uwagę na to, że w przypadku REIDs kluczową rolę odgrywają skale zjawisk, o których mówimy, oraz to, jak są one ze sobą wiązane. Mikroskopijne zdarzenia skutkują makroskopowymi kryzysami. I *vice versa*, zapaści gospodarcze wpływają na to, co dzieje się w organizmach obywateli. To, co dzieje się lokalnie w odizolowanej wiosce w Kongo lub na mokrym rynku w Chinach, może mieć wpływ na to, co dzieje się w Nowym Jorku. I *vice versa*. Tworzenie tego typu narracji King nazywa polityką skali:

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

> [P]owiazanie ze sobą przyczyn i skutków zachodzących w różnej skali było metodą sprzedawania ryzyka (*marketing of risk*) konkretnym odbiorcom i tym samym zabezpieczania sojuszy […]. Poprzez swoje narracje skalowe (*scalar narratives*) promotorzy [REIDs] wykorzystali ambiwalentny stosunek Amerykanów do globalizacji oraz nowoczesności odgrywającej rolę w tworzeniu nowych ryzyk, by ująć je w taki sposób, by pewne interwencje wydawały się niezbędne, logiczne i praktyczne (King 2004, s. 64).

Kategoria powrotu chorób zakaźnych lub ich wyłaniania to tak naprawdę elementy pewnej mitologii. Wiele spośród REIDs wcale się nie wyłoniło: to my zaczęliśmy zwracać na nie uwagę, dostrzegliśmy, że cierpią na nie mieszkańcy krajów rozwijających się i ewentualnie ludzie dotknięci ubóstwem w krajach rozwiniętych. Owszem, wciąż pojawiają się nowe zagrożenia zakaźne, ale nie nastąpiła radykalna zmiana trendów. REIDs mogą wydawać się powszechnymi, globalnymi zagrożeniami, ale nie dotykają one wszystkich, a przy-

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

najmniej nie w taki sam sposób. Paul Farmer wraz z wieloma innymi antropologami medycznymi krytykuje wizję, w której próbuje się traktować kraje rozwinięte i rozwijające się jak jeden świat. Brzemię chorób zakaźnych nie jest równomiernie rozłożone ani w skali świata, ani w skali konkretnych społeczeństw. Nie jest nawet równomiernie rozłożone między płcie (Farmer 2001). Wszyscy są teoretycznie zagrożeni HIV/AIDS, w praktyce jednak nie są zagrożeni w takim samym stopniu. HIV/AIDS jest chorobą chroniczną, jeśli mamy dostęp do HAART. Dla pozostałych osób infekcja HIV jest wyrokiem śmierci. COVID-19 wydaje się kolejnym uniwersalnym zagrożeniem, ale jego brzemię nie jest rozłożone równomiernie, nawet w krajach rozwiniętych (zob. Aburto i in. 2021; Ali, Asaria, Stranges 2020; Kim, Bostwick 2020). Teoretycznie ryzyko związane z REIDs może wydawać się uniwersalne i demokratyczne, jak sugeruje koncepcja późnonowoczesnego ryzyka, ale w praktyce tylko niektóre społeczeństwa można określić jako społeczeństwa ryzyka. By ukazać deficyty światopoglądu REIDs, sięgnijmy do teorii krytycznej i badań nad postkolonializmem.

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione

REIDs w ujęciu teorii krytycznej i postkolonialnej

Jak wspominaliśmy, koncept REIDs zawiera elementy, które można odnaleźć również w wielu ujęciach późnej nowoczesności. Jednak, jak pokazują badania nad postkolonializmem, koncepcja późnej nowoczesności jest wysoce problematyczna. I REIDs dzieli z nią wiele wad. Po pierwsze, analizowanie późnej nowoczesności jest często dokonywane z bardzo wąskiej, etnocentrycznej perspektywy. Zjawiska składające się na nowoczesność są w dużej mierze związane z procesami, które wbrew tradycyjnym teleologicznym ujęciom nie przebiegają wszędzie na świecie i wedle tych samych schematów. I tak pisząc o globalizacji, rozwoju instytucji opiekuńczych czy infrastrukturze sanitarnej, opisujemy zjawiska zachodzące tylko w wybranej, i w zasadzie dość wąskiej, części świata. Koncepcja REIDs jest też wyraźnie zachodniocentryczna. Gdyby powstawała w – powiedzmy – Afryce, to głównym obiektem zainteresowania nie były-

by choroby epidemiczne, lecz endemiczne. Po drugie, problematyczny jest polityczny wydźwięk takiego usytuowania. Nowoczesność nie jest formacją społeczno-polityczno-ekonomiczną, która powstała w próżni i niezależnie od globalnych procesów, również tych związanych z rejonami świata nienowoczesnego (Nowak 2011). Między innymi dzięki badaniom Immanuela Wallersteina (2007) wiemy, że nowoczesne centrum w dużej mierze zawdzięcza swój sukces cywilizacyjny podporządkowaniu nienowoczesnych peryferii. Skupianie się zatem na nowoczesności bez uwzględnienia asymetrii politycznych czy ekonomicznych może przesłaniać wiele fundamentalnych kwestii. Podobnie jest w przypadku koncepcji REIDs: przy konstruowaniu tej kategorii uwzględniono lęki i potrzeby społeczeństw zachodnich, głównie mieszkańców Ameryki Północnej. Efektem tego jest między innymi zachwiana hierarchia zagrożeń: HIV/AIDS nie jest i nigdy nie było największym kryzysem epidemiologicznym.

We wstępie jasno zaznaczaliśmy, że nasza perspektywa ma charakter zachodniocentryczny, a ściślej polskocentryczny. Nie chcemy i nie potrafimy jednak całkowicie uciec od wątku postkolonialnego. Bliskie jest nam również podejście teorii krytycznej. Obie perspektywy rzucają nowe światło na interesujący nas koncept, pokazując zarówno szeroko rozumiane nierówności, jak i określoną politykę wykluczenia, jaka się w nim kryje.

Koncepcja REIDs jest w ogromnej mierze wytworem zachodnich struktur wiedzy, a jej medialno-popkulturowa forma manifestuje się głównie w książkach i filmach powstałych w Stanach Zjednoczonych. I choć choroby zakaźne budzą lęki społeczeństw zachodnich, to stanowią one zasadniczo problem typowy dla społeczeństw niezachodnich. Choroby zakaźne odpowiadały w krajach o niskich dochodach w 2002 roku za 56% lat życia skorygowanych niesprawnością (*disability-adjusted life years lost*, DALYs), podczas gdy w krajach o wysokich dochodach ten odsetek wynosi jedynie 6% (Bygbjerg 2012). Większość ofiar wirusa HIV to osoby pochodzące z biednych rejonów świata (Farmer 2001, s. xxiii). Prawdopodobieństwi pojawienia się nowych patogenów zdolnych wywołać kryzys epidemiologiczny jest wyższe w krajach rozwijających się niż w krajach rozwiniętych z uwagi na gorsze warunki społeczno-ekonomiczne i słabiej

rozwiniętą infrastrukturę niezbędną do wczesnego wykrywania nowych zagrożeń zdrowotnych oraz zarządzania kryzysowego (Jones i in. 2008).

Zasadniczy problem tkwi tutaj w dystrybucji uwagi. Dzięki obecności tematyki w obiegu kulturowo-eksperckim krajów centrum globalna uwaga jest poświęcana problemowi chorób zakaźnych głównie na obszarach krajów rozwiniętych. Jednak za tak skierowaną uwagą podążają konkretne środki, co powoduje, że strategie działania i polityki dotyczące REIDs opierają się w dużej mierze na asymetrycznie i niesprawiedliwie rozdzielanych zasobach.

Dobrym przykładem jest wąglik, choroba, która właściwie nie występuje w krajach rozwiniętych, a często bywa endemiczna w wiejskich rejonach krajów rozwijających się, takich jak Haiti (Smego, Gebrian, Desmangels 1998). Jak pokazywaliśmy za Washerem i Kingiem, ważnym momentem w toku konstrukcji wyłaniania się chorób było powiązanie zjawiska z bioterroryzmem. Rząd amerykański zainwestował wtedy wiele środków w „biogotowość". Już wtedy część ekspertów uważała takie działania za przesadzone i czas potwierdził ten sceptycyzm. Dyskurs wokół REIDs i bioterroryzmu okazał się kolejnym sposobem na wydatkowanie środków publicznych na projekty związane z sektorem zbrojeniowym (Washer 2010, s. 143–147). Mniej więcej w tym samym czasie w Haiti, jednym z najbiedniejszych krajów świata, wybuchła rzeczywista epidemia wąglika (Farmer 2001, s. xii). Jak łatwo się domyślić, zagrożenie to nie wywołało takiej reakcji bliskich geograficznie Stanów Zjednoczonych jak wyolbrzymione zagrożenie bioterroryzmem.

Patrząc z perspektywy krytycznej, należy stwierdzić, że wyłaniające się choroby są politycznie problematycznym konceptem, ponieważ zawierają wiele uprzedzających i wykluczających założeń. Przykładem jest sam koncept medycyny tropikalnej. Dziś już raczej odchodzi się od tego określenia, ale jego ślady wciąż można znaleźć we współczesnej epidemiologii. W XIX wieku medycyna tropikalna była dyscypliną rozwijaną na użytek państw kolonialnych i miała dostarczyć wiedzy na temat chorób występujących w koloniach. Medycyna tropikalna postrzegała choroby zakaźne głównie jako problem mający swoje źródło w krajach podporządkowanych. Chociaż – jak

wspominaliśmy – epidemie i endemie to głównie problemy rozwijających się krajów niezachodnich, to dużym nadużyciem jest określanie takich obszarów mianem głównych winowajców problemów związanych z chorobami zakaźnymi. Dobrym przykładem jest malaria. Intuicyjnie jest ona kojarzona właśnie jako choroba tropikalna, która występuje w niektórych rejonach Afryki. Tymczasem epidemie malarii mogą wybuchać na terenach o dużej wilgotności, na przykład w sąsiedztwie zbiorników wodnych, również na innych kontynentach, czego przykładem jest epidemia, która wybuchła w dolinie rzeki Ohio w Stanach Zjednoczonych w 1850 roku (Farmer 2001, s. 41).

Za medycyną tropikalną kryje się zatem dyskurs wykluczający, w którym zewnętrzni, podporządkowani „inni" są biologicznym zagrożeniem dla bogatych i uprzywilejowanych „nas". Sama zaś walka z chorobami zakaźnymi jest z tej perspektywy ochroną polityczno-ekonomicznych granic, jakie oddzielają grupy czy narody dominujące od grup czy narodów podporządkowanych. Jak przekonuje Washer, echa takiego myślenia pobrzmiewają w koncepcji REIDs:

> […] światopogląd kryjący się za koncepcją wyłaniających się chorób zakaźnych ma podobną [do koncepcji medycyny tropikalnej] obsesję na punkcie tego, że źródła infekcji znajdują się w krajach bądź w grupach podporządkowanych […]. Odnosi się to zarówno do homo- i biseksualnych mężczyzn z HIV, jak i do uchodźców z gruźlicą, mieszkańców Afryki z ebolą czy Chińczyków z SARS. Tak jak w „wojnie z narkotykami" zawsze chodziło o wojnę z osobami zażywającymi narkotyki, tak bitwa o pokonanie wyłaniających się chorób zakaźnych nie toczy się tyle o pokonanie ich *in situ* (poprzez poprawę zdrowia biednych i zmarginalizowanych grup), ale staje się źródłem stygmatyzacji i wykluczania *innego* (Washer 2010, s. 153).

Ten argument można jeszcze wzmocnić przez pokazanie, jak w różnych państwach wytwarzana jest wiedza i projektowane są działania związane z chorobami zakaźnymi. Różnica między centrum a peryferiami czy między „pierwszym" a „trzecim" światem w zakresie walki z epidemiami polega, z grubsza rzecz biorąc, na tym, że w tym pierwszym kontekście zmobilizowane zostają zasoby związane z technologiami medycznymi (w tym nowe szczepionki i leki),

w tym drugim zaś strategia walki opiera się głównie na prewencji i profilaktyce; najlepszym tego przykładem jest HIV/AIDS (Farmer 2001, s. xx–xxi). Wynika to zarówno z nierównej dystrybucji zasobów, w której zyski z innowacji medycznych nie są w skali globu rozdzielane równomiernie, jak i z modelu zarządzania mającego za swój priorytet przede wszystkim bilans zysków i strat. Z tej perspektywy prewencja i profilaktyka są najtańszymi możliwymi interwencjami. Warto tutaj dodać, że w krajach afrykańskich dochodziło do prowadzenia wątpliwych etycznie badań klinicznych, na przykład nad lekami nad HIV/AIDS (Wendland 2008). Mamy tutaj zatem do czynienia z delegowaniem kosztów związanych z postępem w medycynie na grupy zmarginalizowane, przy jednoczesnej dystrybucji zysków do wąskich grup dominujących. W grę wchodzi zatem nie tylko nierównomierna, ale i niesprawiedliwa dystrybucja zdobyczy biomedycyny.

Profilaktyka i prewencja jako często wykorzystywane strategie w walce z chorobami zakaźnymi w krajach rozwijających się są związane z problemem indywidualnej odpowiedzialności. Wszak można wyobrazić sobie działania prewencyjne zakładające modernizację systemu zdrowia publicznego. Na peryferiach jednak zamiast wzmacniać szeroko rozumianą infrastrukturę zdrowotną prowadzi się działania edukacyjne. Wychodząc poza wątek postkolonialny, należy zauważyć, że dyskurs profilaktyczny również w innych kontekstach jest strategią indywidualizowania problemów zdrowotnych, które powinno się rozpatrywać systemowo (Lupton 1995, s. 48–76). W kontekście chorób zakaźnych i grup podporządkowanych ta strategia obarczania jednostkową odpowiedzialnością jest mechanizmem wzmacniającym wykluczenie i stygmatyzację, ponieważ winowajcą w przypadku epidemii może zostać oznaczona osoba zakażona.

Jeżeli zaś chodzi o wiedzę epidemiologiczną, to problematyczną kwestią jest posiłkowanie się wyjaśnieniami kulturowymi podczas opisywania mechanizmów rozprzestrzeniania się patogenów czy przy ocenie powodzenia działań antyepidemicznych. I tak w przypadku HIV/AIDS domniemywano, że to rytuały voodoo mogą przyczyniać się do wzrostu zakażeń (Farmer 2001, s. 51), w przypadku eboli analizowano rolę rytuałów pogrzebowych (Hewlett, Hewlett 2008, s. 54–56), a w przypadku gruźlicy – praktyk magicznych (Far-

mer 2001, s. 249). Chociaż praktyki kulturowe mogą mieć duże znaczenie epidemiologiczne, o czym pisaliśmy w pierwszym rozdziale, to problematyczne jest nadużywanie wyjaśnienia kulturowego w sytuacjach, gdy źródeł problemów z chorobami zakaźnymi należałoby doszukiwać się w czynnikach systemowych, na przykład ekonomicznych (Farmer 2001, s. 51). Z jednej strony widać tutaj mechanizmy charakterystyczne dla zjawiska, które Monika Bobako nazywa rasizmem kulturowym (Bobako 2017, s. 158–162), czyli konstruowaniem wykluczenia na podstawie odmienności kulturowej, którą przedstawia się jako gorszą i podporządkowaną. Z drugiej strony działa tu mechanizm charakterystyczny dla klasycznego rozumienia ideologii jako narracji ukrywającej problematyczne zjawiska polityczne czy społeczne, przyczyniające się do wykluczenia i marginalizacji. Choroby zakaźne są w dużej mierze problemem wynikającym z różnego rodzaju nierówności: społecznych, ekonomicznych czy płciowych. Bieda, brak dostępu do opieki zdrowotnej i technologii medycznych, złe warunki sanitarne i mieszkaniowe, niedożywienie, przemoc seksualna, konflikty zbrojne – wszystkie te czynniki są w o wiele większym stopniu odpowiedzialne za szerzenie się chorób zakaźnych w krajach rozwijających się niż czynniki kulturowe, na których często koncentrują się epidemiolodzy czy antropologowie medyczni (Farmer 2001, s. 257). Innymi słowy, z perspektywy peryferii problem z epidemiami to problem strukturalny i systemowy, a nie wyłącznie indywidualny czy kulturowy.

Koncepcję REIDs skonstruowano w taki sposób, że nie wyeksponowano problematycznych zależności między centrami a peryferiami. Tymczasem to, co robią aktorzy z centrum, ma znaczenie dla sytuacji epidemiologicznej w krajach peryferii. Dobrym przykładem jest HIV/AIDS na wyspach karaibskich. HIV rozprzestrzenia się na tym obszarze w dużym stopniu za sprawą prostytucji. Jednocześnie taka wyspa jak Haiti jest znana z usług oferowanych w ramach seksturystyki bogatym przyjezdnym ze Stanów Zjednoczonych. Dziś uważa się, że wirusa HIV przywlekli na wyspę właśnie amerykańscy turyści, którzy korzystając z wykluczenia ekonomicznego lokalnej społeczności, upatrzyli sobie Haiti jako jeden z kierunków w poszukiwaniu seksualnych doznań (Farmer 2001, s. 116–126). Inne przy-

kłady są związane z negatywnymi skutkami polityki dopasowania strukturalnego, które wymuszało na niezachodnich krajach rozwijających się liberalizowanie polityki gospodarczej, odchudzenie sektora publicznego czy zaciąganie kredytów rozwojowych. Wiele z tych zmian przyczyniło się do znaczącego obniżenia jakości usług społecznych (w tym dotyczących sektora ochrony zdrowia), a w rezultacie do pogorszenia ogólnej jakości życia. Paul Farmer w tego typu polityce doszukuje się systemowych przyczyn wzrostu zgonów spowodowanych gruźlicą w Peru. Opowiada on historię Coriny Bayony, która zmarła w wyniku tej choroby w 1996 roku:

> Corina została zmuszona do opuszczenia wioski, w której się urodziła, przez załamanie się systemu agrarnego i wskutek szeregu innych zmian gospodarczych. Będąc już w Carabayllo, wraz ze swoją rodziną została podporządkowana […] niekontrolowanym i nieprzewidywalnym zmianom w gospodarce. Decyzje podjęte w odległej siedzibie Banku Światowego […] doprowadziły do znaczącej zmiany w strukturze zatrudnienia w Limie i dużych fluktuacji w cenach kluczowych dóbr. Corina stała się wkrótce pomocą domową w służbie kobiecie, która była tylko niewiele bogatsza od niej […]. Gdy Corina zachorowała na wielolekoodporną gruźlicę, nie miała już sił, by szukać pomocy (Farmer 2001, s. 200).

wydruk z serwisu ibuk.pl - rozpowszechnianie i kopiowanie zabronione