

TEMP

TIDSSKRIFT FOR HISTORIE

HOLBERG
BYRIVALISERING
SKRIFT
MODSTAND
ROMERRIGET
RELIGION
MUSIK
MAGT
SYGDOM



TILTRÆDELSESFØRELÆSNING

SYGDOM OG HISTORIE

Sundhedskriser og sygdomsbekæmpelse som historiefaglige redskaber

Niels Brimnes

Vi vidste det egentlig godt. Men hvis vi havde glemt det, mindede coronakrisen os om det: Sundhedskriser og sygdomsbekæmpende interventioner er fortrinlige redskaber for historikere. De giver os adgang til samfundsmæssige forestillinger, spændinger og dynamikker, som det ellers er vanskeligere for os at få øje på. Måske – men kun måske! – giver de også anledning til egentlig historisk forandring. Det betyder, at når historikere studerer en epidemi, en karantæneforanstaltning eller en vaccinationskampagne, så er det ofte ikke primært sygdommen eller vaccinen, der interesserer os.

Jeg vil understrege, at dette ikke er den eneste mulige tilgang til at forstå forholdet mellem sygdom og historie, men i denne tilgang instrumentaliseres biologiske og medicinske hændelser i en bestræbelse på at nå en dybere forståelse af, hvad der var på spil i de samfund, de udspillede sig i. Sundhedskriser bliver et redskab til at forstå noget andet og mere end sygdomme.¹

Den pointe har jeg i mange år og efter bedste evne forsøgt at give videre til studerende. Jeg har prøvet med lidt klodsede metaforer som 'katalysator' eller 'dåse-åbner', men coronakrisen gav mig en mere elegant metafor: *fremkaldervæske*. Under pandemien anvendte samtidshistorikere af enhver afstøbning denne metafor flittigt og som regel fornuftigt, når de skulle forklare, hvordan pandemien fik forhold, vi kun skimtede før, til at træde tydeligt frem. Hvis fremkaldervæskemetaforen er god til at anskueliggøre, hvordan en aktuel sundhedskrise kan gøre os klogere på samtiden, så er den også god til at anskueliggøre, hvordan historiske sundhedskriser kan gøre os klogere på fortiden.

Den har ganske vist en ulempe. Man skal helst være lidt oppe i årene for fuldt at forstå og værdsætte dens potentiale. Den fungerer bedst for dem, der – som jeg – selv har stået i et mørkekammer og set konturerne af noget dukke op på det blanke, hvide fotopapir for derefter at skulle vurdere, om man nu havde givet papiret netop den belysning, der skulle til, for at billedet blev godt og retvisende.

Men denne ulempe opvejes af, at 'fremkaldervæske' signalerer en flertydighed, jeg allerede har berørt. Er det noget nyt – egentlig historisk forandring – der kaldes *frem* af sundhedskrisen og de interventioner, den giver anledning til; eller fandtes det alle-

1 Om forskellige måder at tematisere og operationalisere forholdet mellem historie og sygdom, se Brimnes og Bek-Thomsen: "Epidemihistorie".

rede i forvejen, bare uden at det var tydeligt for os? Ligesom billedet på sin vis allerede findes på papiret, inden det møder fremkaldervæsken. En tredje og vigtig mulighed herimellem er, at eksisterende samfundsmæssige dynamikker forstærkes og accelereres af sundhedskrisen-som-fremkaldervæske.

COVID-19 SOM FREMKALDERVÆSKE

Tag nu bare Covid-19. Et fænomen, der blev synligt for os under pandemien, var de millioner af fattige indiske migrantarbejdere, der i bogstaveligste forstand blev kaldt frem, da premierminister Narendra Modi den 24. marts 2020 besluttede, at Indien med fire timers varsel skulle gå i total lockdown. I tusindvis dukkede migrantarbejdere op i Indiens storbyer og begyndte at gå. De måtte gå hundredvis af kilometer hjem til familien i den landsby, hvorfra de engang var kommet. I sit fine essay "The Pandemic is a Portal" fra april beskrev den indiske forfatter Arundhati Roy situationen næsten gennem brug af fremkaldervæske-metaforen:

The lockdown worked like a chemical experiment that suddenly illuminated hidden things. As shops, restaurants, factories and the construction industry shut down, as the wealthy and the middle classes enclosed themselves in gated colonies, our towns and megacities began to extrude their working-class citizens — their migrant workers — like so much unwanted accrual.²

Det var jo ikke, fordi de indiske migrantarbejdere ikke fandtes før pandemien, men de blev i eminent grad gjort synlige for verden af Modis malplacerede svar på en akut sundhedskrise. Her viste pandemien-som-fremkaldervæske os skjulte og ubehagelige, men allerede eksisterende, sider af den indiske økonomi.

Lad os nu vende os mod fortidige sundhedskriser og sygdomsbekæmpende interventioner. Jeg har tre eksempler: et jeg underviser i; et jeg har været med til at grave frem og gerne tager en del af æren for at have bragt ind i den internationale forskningslitteratur; og endelig et, jeg gerne vil arbejde med fremover.

PEST, IMPERIALISME, RACISME OG DEN GULE FARE

I årene omkring år 1900 hærgede den tredje pestpandemi. Fra sit udgangspunkt i det sydlige Kina og Hong Kong spredte sygdommen sig med de dampskibe, som krydsede verdenshavene og bandt verden sammen. Pesten ramte derfor i særlig grad havnebyer, og her spillede den ind i forskellige sammenhænge. I de forskellige byer påvirkede pestudbruddet forskellige dynamikker og fremkaldte derfor forskellige sociale, politiske og kulturelle bevægelser.³

² *Financial Times* 3.4.2020; Arundhati Roy: "The Pandemic is a Portal".

³ Med historikeren Myron Echenbergs ord tilbyder den tredje pestpandemi "a global canvas for the study of urban social history at the dawn of the twentieth century". Echenberg: "Pestis Redux", 433. Se også Echenberg: *Plague Ports*; Snowden, *Epidemics and Society*, 332-56; samt min egen korte, formidlende tekst i Brimnes: "Når epidemier forandrer verden".

Pesten ramte Bombay (nu Mumbai) i 1896. Den ramte i hjertet af det britiske imperium og den fremkaldte et voldsomt trekantsdrama. Den ene part var en politisk og videnskabeligt selvsikker kolonimagt. Politisk selvsikker, fordi det britiske herredømme – i Bombay, i Indien og i verden – syntes urokkeligt omkring 1900. Videnskabeligt selvsikker, fordi pesten ramte umiddelbart efter det, vi plejer at kalde den bakteriologiske revolution. I vestlige videnskabelige kredse var man overbevist om, at man havde gennemskuet de store infektionssygdomme. Den selvtilid blev kun bestyrket, da der blot gik få måneder, fra man opdagede pesten i Hong Kong, til man havde identificeret bakterien, der forårsagede pest. I Bombay gik myndighederne derfor hårdhændet til værks: Tvang folk ind på de hospitaler, de med rette frygtede mere end noget andet, kropsvisiterede uden finfølelse, brød gulve op og huse ned og brændte folks ejendele. Den anden part var en opskræmt, fattig befolkning, der – skønt pesten ramte netop dem med karakteristisk social skævhed – var mindst lige så bange for de britiske interventioner, som de var for pesten i sig selv. Den tredje part var den elitære indiske nationalistbevægelse, grundlagt 10 år tidligere og med Bombay som et af dens kraftcentre. De britiske interventioner gjorde kun udbruddet værre og sendte halvdelen af byens befolkning – op mod 400.000 – på flugt. Det kom til optøjer og uro, angreb på et hospital og et drab på britiske embedsmænd i byen Pune. Briterne måtte bøje af, række ud til nationalistbevægelsen og bede den lokale elite om assistance i sygdomshåndteringen. Pestudbruddet i Bombay endte med at give den indiske nationalistbevægelse vind i sejlene.⁴

I Cape Town var udbruddet betydeligt mindre, målt i dødsfald, men de længerækkende konsekvenser ikke mindre betydelige. I det sydligste Afrika var der omkring 1900 krig – Boerkrigen – men også en begyndende industrialisering og urbanisering, der bragte sorte og hvide befolkningsgrupper tæt på hinanden. En konstrueret sammenhæng mellem sygdom og race vandt indpas i årtierne op til udbruddet, og det gjorde tanker om segregering af befolkningsgrupper også. Det blev pesten, som ramte Cape Town i december 1900, der satte udviklingen i gang. Da pesten kom, gjorde myndighederne det, der længe havde været under overvejelse: De tvangsflyttede den sorte afrikanske befolkning til en tidligere losseplads. Det skete med hjemmel – for i Cape Town havde myndighederne skam hjemmel! – i den eksisterende 'Public Health Act'. Sat en smule på spidsen blev et i sig selv ikke særligt voldsomt pestudbrud starten på den proces, der førte til apartheid.⁵

Lad mig slutte dette første eksempel i San Francisco. Her spillede pestudbruddet også sammen med racistiske forestillinger. Ikke vendt mod sorte afrikanere, men mod kinesiske – lad os bare kalde dem – migrantarbejdere; også kendt som 'den gule fare' og anset for at være sygdomsbefængte. Et enkelt mistænkeligt dødsfald sendte øjeblikkeligt hele Chinatown i karantæne. Men i modsætning til afrikanerne i Cape Town

4 Pestudbruddet i Bombay er flittigt studeret. Min gennemgang bygger i særlig grad på Arnold: "Touching the Body". Se også Chandavarkar: "Plague Panic"; Echenberg, *Plague Ports*, 47-75; Snowden: *Epidemics and Society*, 341-55.

5 Min gennemgang af pestudbruddet i Cape Town bygger primært Swanson: "The Sanitation Syndrome".

havde de kommercielt betydningsfulde kinesere i San Francisco magtfulde allierede, og de stod over for en heterogen amerikansk stat, hvor bystyre, statslige autoriteter, den føderale regering i Washington, D.C. og stærke domstole modarbejdede hinanden. Det betød, at den kinesiske befolkningsgruppe i San Francisco modstod planer om at jævne Chinatown med jorden og tildele dem samme skæbne som Cape Towns sorte afrikanere.⁶

Forskellige byer, forskellige konsekvenser af den samme pandemi. Fælles for de her nævnte byer er imidlertid, at pestudbruddene *forstærkede* eksisterende udviklinger, snarere end de skabte afgørende historisk forandring. Den indiske nationalistbevægelse var i fremdrift, da pesten kom, men fik et yderligere løft i mødet med briternes drakoniske sundhedsinterventioner. Racistiske ideer om segregering af befolkninger med forskellig hudfarve simrede allerede i Cape Town, da pestudbruddet omsatte dem til praksis. Anti-kinesiske strømninger i Californien havde allerede i 1882 fået indført en lov, der begrænsede kinesisk immigration, og som i øvrigt blev gjort permanent efter pestudbruddet. Forskellige dynamikker i forskellige urbane kontekster, men alle tydeliggjort ved at anvende den tredje pestpandemi som fremkaldervæske.

TUBERKULOSE, EN KONTROVERSIEL VACCINE OG POST-KOLONIALE PROTESTER

Mit andet eksempel omhandler en mindre akut, men mindst lige så alvorlig sundhedskrise: tuberkulose. En sygdom, som midt i det 20. århundrede skiftede fra at være et problem i det, vi i dag kalder det globale nord, til at være et problem i det globale syd. Heldigvis var den medicinske videnskab klar med nye, potentielt afgørende lægemidler mod den ellers reelt uhelbredelige lidelse. Et af disse midler var BCG – eller calmette – vaccinen, og på Statens Serum Institut i København havde man udviklet en af de bedste udgaver af den. Da Danmark i årene efter Anden Verdenskrig fik behov for at brande sig som en allieret og ansvarlig stat, blev en fællesskandinavisk – men dansk initieret – BCG-vaccinationskampagne i det krigshærgede Europa et centralt instrument i dén bestræbelse. Det nyetablerede UNICEF greb ideen og tilbød at mangedoble kampagnens budget; dog under forudsætning af, at den blev gjort global. FN's institutioner skulle jo tjene *hele* verden. Således gik det til, at skandinaviske læger og sygeplejersker fra 1948 drog ud i verden for at vaccinere. Også til det Indien, der netop var blevet uafhængigt. Kampagnen var så lovende, at UNICEF og WHO fra 1951 fortsatte vaccinationsinitiativet i samarbejde med nationale myndigheder mange steder i det globale syd.⁷

BCG var imidlertid en kontroversiel vaccine. Der herskede tvivl om både dens sikkerhed og dens effektivitet! BCG var den første vaccine baseret på levende, svækkede bakterier, og det gjorde nogle kredse betænkelige. Kunne svækkede bakterier mon fremkalde sygdom? Betænkelighed blev til frygt, da 76 småbørn døde i Lübeck i 1930, efter at den reelt ufarlige vaccine efter alt at dømme var blevet forvekslet med usvækkede tuberkulosebakterier. Frygten levede videre efter krigen, men blev snart

6 Min gennemgang af pestudbruddet i San Francisco bygger primært på Shah: *Contagious Divides*, 120-157.

7 Det skandinaviske vaccinationsinitiativ er udførligt behandlet i Krogh: *Mellem Efterkrigshjælp*.

overskygget af et andet problem. Nogle videnskabelige autoriteter mente, at den var virkningsløs, og BCG blev ikke umiddelbart en del af vaccinationsprogrammerne i det globale nord.⁸ Udrulningen af en problematisk vaccine i tidligere kolonier, som såvel de tidligere kolonimagter som deres skandinaviske budbringere tøvede med at anvende på egne befolkninger, var naturligvis opskriften på enhver sygdomshistorikers vådeste drøm: *vaccinemodstand*.

Modstanden opstod i Indien, allerede før den første dosis var givet. Den var vedholdende, velinformeret og kraftfuldt artikuleret og nåede endda spalterne i *New York Times*. Den havde sit epicenter i Madras (nu Chennai) og faldt i to faser: Fra 1948-50, hvor dens bannerfører var A.V. Raman, sanitetsingeniør, overbevist socialmediciner og redaktør af månedsbladet *People's Health*. Og igen fra 1955-57, hvor hovedfiguren var ingen ringere end Chakravorty Rajagopalachari, også kendt blandt Sydindiens tamiler som Rajaji. Rajaji havde været nationalistbevægelsens hovedfigur i Sydindien, og kendes derfor også som "Gandhi's southern commander". Rajaji beklædte høje poster i den nye indiske stat, inden han i 1952 blev kaldt hjem til Madrasprovinsen for at sikre Kongrespartiet mod et truende valgnederlag. Da han trådte tilbage i 1954, begyndte han for alvor at vende sig mod BCG-vaccinen. I sensommeren 1955 kom det endda til en krig på pamfletter. Først publicerede Rajaji, *B.C.G - Why I Oppose it*, og så svarede provinsregeringen i Madras igen med intet mindre end *Truth about B.C.G - Why Government Have Launched a Mass Campaign*.⁹

Modstanden mod BCG blev fremført af en veluddannet elite og repræsenterede ikke den generelle holdning til BCG i Indien; langt de fleste gjorde, som autoriteterne sagde, og lod sig vaccinere. Men modstanden er ikke desto mindre en fortrinlig indgang til at forstå, hvad der var på spil i Indien i det første årti efter uafhængigheden.¹⁰

Det første, man bemærker, er, at den indiske modstand mod BCG foregår helt på videnskabens præmisser. Raman og Rajaji var bemærkelsesværdigt godt inde i den nyeste, lægefaglige BCG-kritiske litteratur, og de gjorde sig umage med at fremstå som strengt videnskabelige. Raman henviste ivrigt til lettere BCG-skeptiske WHO-eksperter, og Rajaji erklærede sig som stor tilhænger af Louis Pasteur – og Francis Bacon for den sags skyld. Med WHO og UNICEF i ryggen hævdede de indiske autoriteter naturligvis, at det var dem, der repræsenterede den ypperste videnskabelighed. Balladen om BCG handlede derfor ikke om, hvorvidt man skulle tro på videnskabelige eksperter, men om, *hvilke* eksperter man skulle tro på.¹¹

8 Brimnes: "BCG Vaccination"; Bryder: "We Shall Not". For udrulningen af kampagnen i Indien, se Brimnes: "Vikings against Tuberculosis".

9 Episoden har jeg analyseret to steder, første gang sammen med Christian McMillen. McMillen og Brimnes: "Medical Modernization"; Brimnes: *Languished Hopes*, 148-82.

10 Som den amerikanske historiker Paul Greenough har bemærket, "encounters with government vaccinators are never about immunization alone". Greenough: "Intimidation, Coercion and Resistance", 633.

11 Denne del af analysen er udfoldet i Brimnes: *Languished Hopes*, 163-69. I *BCG - Why I oppose it* understregede Rajaji, at "my conclusions are not merely based on my *a priori* fears and doubts, but on the definite pronouncements of most eminent and illustrious medical men of the civilized world", her citeret fra *Languished Hopes*, 166.

Kontroversen giver os også et indblik i forventningerne til den nye post-koloniale stat. Her så Raman og Rajaji imidlertid helt forskelligt på tingene. Raman ønskede mere stat, Rajaji mindre stat. Raman så masseudrulningen af en tvivlsom vaccine som en billig løsning: et teknologisk fix, der ikke adresserede Indiens egentlige udfordringer. Socialmedicineren Raman ønskede programmer for rent vand, kloakering, bedre ernæring og sundere boliger. Og han kunne henvise til den Mahatma Gandhi, der ganske vist engang havde kaldt vestlig medicin for ”essensen af sort magi”, men som også var fortalere for sanitære reformer og forbedret kollektiv hygiejne. Rajaji derimod udviklede sig til at blive en af de mest markante konservative kritikere af Jawaharlal Nehrus teknokratisk-modernistiske statsprojekt. I 1959 grundlagde han – en af kongrespartiets absolutte ledere – et nyt, konservativt parti, som først og fremmest skulle bekæmpe kongrespartiets forkærlighed for statslig indblanding i indernes liv. Rajajis modstand mod BCG var en del af den udvikling. Også han kunne spille på arven fra sin nære ven Gandhi, men Rajajis Gandhi var en anden end Ramans – det var den socialkonservative og utopiske teknologikritiker, som den multifacetterede og mangetydige Gandhi-figur jo også rummede.¹²

Endelig tilbyder modstanden mod BCG et indblik i indisk identitet umiddelbart efter uafhængigheden. Her var der tydeligvis noget væsentligt på spil: post-kolonial, national stolthed. For netop som Indien var trådt ind i de frie, uafhængige nationers rækker, skulle de på ingen måde være forsøgskaniner for dubiose lægemidler. Således kunne indiske aviser rapportere om, hvordan Raman ”in the name of India” på et møde havde tordnet mod ”... our boys and girls being made a sort of cannon-fodder and treated like Guinea-pigs for the sake of experimentation”. Og således modtog Rajaji breve fra en række forargede indere. En noterede med tilfredshed: ”The Sage of the East Refuses to Bow to West and the Westernized. May God bless your efforts in the cause of health”. En anden luftede stor utilfredshed: ”I am ashamed of the quasi expert Government. The Britishers would never have done it, not even in Kenya”. Det er vel knap nok ’the subaltern’, der taler her. Men vi kommer måske tættere på, når vi lytter til kvinden, der skrev på tamil i et lokalt magasin – her oversat til dansk: ”Vi kvinder må forstå, at det er for os, at Rajaji siger, at vaccinationerne ikke skal udføres ... Han taler på vegne af vores børn”.¹³

Ved at bruge vaccinemodstand som fremkaldervæske har historikerne et usædvanligt godt redskab til at opdage og forstå temaer som videnskabens autoritet, utilpasheden med højmodernistisk statsopbygning og artikuleringen af national stolthed i det post-koloniale Indien.¹⁴

’PRIMARY HEALTH CARE’, 1970’ERNES UDVIKLINGSDEBATTER OG GLOBAL RETFÆRDIGHED

Hermed er jeg nået til mit tredje eksempel og det, jeg håber på at beskæftige mig med i de kommende år: doktrinen om ’primary health care’. Vi skal frem til 1978 og til

12 Se hertil Brimnes: *Languished Hopes*, 170-73.

13 Citeret i Brimnes: *Languished Hopes*, 149-50, 162, 163.

14 Jeg har fundet James C. Scotts begreb om ’high modernism’ inspirerende og nyttigt i mit arbejde med tuberkulosebekæmpelse i Indien. Se Scott: *Seeing Like a State*.

hovedstaden i den kasakhiske Sovjetrepublik, Alma-Ata. I den store plenarsal i Lenin Convention Center havde WHO og UNICEF samlet repræsentanter for 134 regeringer og 67 internationale organisationer. På talerstolen stod WHO's karismatiske, danske generaldirektør Halfdan Mahler – der i øvrigt startede sin karriere i WHO som *senior medical officer* ved masse-BCG-vaccinationskampagnen i Indien i 1951. Mahler stillede spørgsmål, skarpe spørgsmål:

Are you ready to address yourselves seriously to the gap between the health 'haves' and the 'health' have nots and to adopt concrete measures to reduce it? (...) Are you ready to make preferential allocations of health resources to the social periphery as an absolute priority? (...) Are you ready to make unequivocal political commitments to adopt primary health care and to mobilize international solidarity to attain the objective of health for all by the year 2000?¹⁵

Baggrunden for disse spørgsmål var også en sundhedskrise, men den var systemisk. Verdenssamfundets kontinuerligt manglende evne – eller vilje – til at forbedre livsvilkårene og sundhedstilstanden for de underprivilegerede i det globale syd; udviklingslandene, som det hed i 1970'erne. Trods udviklingsårtier og højt profilerede sundhedskampaner syntes sundhedsgabet mellem verdens rige og fattige bare at vokse. For WHO stod opgivelsen i 1969 af den DDT-baserede malariaudryddelseskampagne som et åbent sår – et eksempel på fejlslagen højmodernistisk og teknologisk hybris. Mahlers opgave, da han blev valgt som generaldirektør i 1973, var derfor at give WHO en ny vision. Det var den vision, han præsenterede i plenarsalen i Alma-Ata i 1978 som *primary health care*.

I modsætning til tidligere var den nye tilgang holistisk: Den fordrede en sammentænkning af sundhedsprogrammer med generelle udviklingsinitiativer. Den lagde vægt på det, der i 1970'erne hed *community participation*, foretrak den simplest mulige teknologi og var skeptisk over for højtuddannede læger. Mahlers mission lykkedes umiddelbart. Seks dage senere vedtog konferencen Alma-Ata-deklarationen, der i 10 korte paragraffer præsenterede *primary health care* som vejen til sundhed for alle "in the spirit of social justice".¹⁶ Men den vidtløftige vision holdt ikke længe. Skal man tro den eksisterende litteratur, så løb den nye strategi ind i alvorlige problemer allerede året efter, da vigtige aktører som UNICEF og Verdensbanken undsagde den, og den døde helt under presset fra 1980'ernes og 1990'ernes neoliberale strømninger.¹⁷

Trods denne hårde skæbne er visionen fra Alma-Ata historiefagligt interes-

15 Mahlers skarpe spørgsmål er gengivet i "Address by H. Mahler", 5. Om Mahlers ophold i Indien i 1950'erne og dets mulige betydning for hans markante synspunkter i 1970'erne, se Brimnes: "Negotiating Social Medicine".

16 "Declaration of Alma-Ata", art. V.

17 Og det skal man nok kun delvist. Jeg mener, at man bør være skeptisk over for eurocentriske narrativer, der sætter et simpelt lighedstegn mellem vestlige aktørers modstand mod 'primary health care'-strategien, og dens faktiske sammenbrud over alt i verden. Den diskussion hører imidlertid til i en anden forelæsning.

sant. Det er den af flere grunde, men jeg vil blot nævne en.¹⁸ Visionen om en ny global sundhedsstrategi syntes at kunne bygge bro mellem forbavsende forskellige positioner. Den kunne tilsyneladende forene idealet, barfodslægen fra det maoistiske Kina, med modeller udviklet af kristne lægemissionærer. Og den kunne umiddelbart forene to af 1970'ernes ret forskellige tilgange til udviklingsproblematikken. Hvordan det?

Læser man Alma-Ata-deklarationen, kan man ikke være i tvivl om, at den ligger i forlængelse af det globale syds krav om en ny international økonomisk verdensorden. Den korte tekst refererer to gange til dette krav, som blev officiel FN-politik i 1974. Kravet bestod af to hovedpunkter: Nye og mere retfærdige rammer for international handel og mere betingelsesfri bistand. Landene bag kravet om den nye verdensorden insisterede nemlig på princippet om 'suveræn lighed mellem stater'; de ville selv bestemme, hvordan de forvaltede og fordelte de øgede resurser, de mente sig berettigede til. Kritikere har derfor kaldt kravet om en ny økonomisk verdensorden for et program, der skulle overføre resurser fra de fattige i de rige lande til de rige i de fattige lande.¹⁹

Læser man nu i stedet den officielle, 49 sider lange rapport, som WHO sammen med UNICEF udgav forud for Alma-Ata-konferencen, er der imidlertid kun én eksplicit reference til en ny økonomisk verdensorden, og jeg kan afsløre, at den blev indsat i sidste øjeblik, inden rapporten blev sendt i trykken. I stedet er rapporten fuld af referencer om passende, simple teknologier; om fordelene ved kortuddannede og derfor billige sundhedsarbejdere; og om at nå ud til samfundets mindst privilegerede grupper.²⁰ Den retorik leder tankerne hen på en rivaliserende udviklingsdoktrin, kendt som '*the basic needs approach*', eller 'de basale behovs strategi' på dansk. Altså fattigdomsorientering. Den blev fremført af blandt andet Den Internationale Arbejdsorganisation, ILO, og af Verdensbanken; men den leder i øvrigt også tankerne hen på 1930'ernes og 1940'ernes socialmedicinske positioner, som vi netop har mødt hos vaccineskeptikeren A.V. Raman. Med '*the basic needs approach*' forbeholdt donorerne i det globale nord sig retten til at bestemme, hvordan og til gavn for hvem bistandsmidlerne blev anvendt – i åbenbar modsætning til kravet om '*the sovereign equality of states*'. Kritikere har derfor kaldt *the basic needs approach* for en billig afledningsmanøvre, udtænkt i det globale nord for at undvige kravet om strukturelle ændringer af verdensøkonomien.²¹

I arbejdet med at udvikle en ny global sundhedsstrategi måtte Mahler og WHO balancere de to tilgange mod hinanden. En nærmere analyse af den proces viser, at tilslutningen til kravet om en ny økonomisk verdensorden i officielle taler og i selve Alma-Ata-deklarationen i høj grad var en manøvre, der skulle sikre opbakning i et FN-system, hvor det globale syd i kraft af afkoloniseringen havde fået flertal. De folk, der i praksis formulerede visionen om *primary health care*, var i langt højere grad

18 For en forbilligelig kontekstualisering af 'primary health care' i forhold samtidens politiske og ideologiske strømninger, se Packard: *A History of Global Health*, 227-48.

19 Gilman: "The New International Economic Order".

20 *Primary Health Care. A joint report.*

21 For kravet om en ny økonomisk verdensorden, ideerne om 'basic needs' og spændingerne mellem dem, se Packard: "A History of Global Health", 234-43; Chorev: "The World Health Organization", 42-85.

optaget af *basic needs*-dagsordenen. Analysen viser også, at Mahler var helt klar over spændingsforholdet mellem de to tilgange og følte sig nødsaget til at adressere det. I 1977 sagde han i sin tale til WHO's magtfulde regionale forsamlinger:

Strange as it may seem there has recently appeared vociferous opposition to the very concept of meeting basic social needs. The opponents consider this an inferior and confusing substitute for the direct economic support of the developing countries within the framework of the New International Economic Order. I can assure you that what I am advocating is no social smokescreen to hide economic development.²²

Citatet får lov at stå, for jeg arbejder stadig med denne analyse. Jeg vil nøjes med for sidste gang at påkalde mig fremkaldervæskemetaforen, når jeg bruger kilder afsat af processen omkring formuleringen af *primary health care* til at tydeliggøre modsætnings- og spændingsforhold i 1970'ernes sundhedsdebatter, der netop også handlede om noget andet og mere, herunder generelle udviklingsstrategier og global retfærdighed.

AFSLUTNING: HVAD MØRKEKAMMERET VISER

Lad mig afslutningsvist vendte tilbage til Arundhati Roys essay. Her udtrykte hun nemlig også sit håb om, at covid-19-pandemien måtte blive et brud med den kendte, uretfærdige verden og en portal til en ny og bedre. Intet ville, skrev Roy, være værre end en tilbagevenden til normaliteten, og hun fortsatte: "Historically, pandemics have forced humans to break with the past and image their world anew. This one is no different. It is a portal, a gateway between one world and the next." Men Roys håb er blevet gjort til skamme. Vi er i den grad vendt tilbage til normaliteten. Vidensarbejdere i det globale nord arbejder mere hjemme, vi kan nu udvikle vacciner betydeligt hurtigere end før, og måske har vi flere værnemidler på lager til den næste pandemi. Men en fundamentalt forandret verden? På ingen måde. Roy har nemlig ikke ret i sin præmis om, at pandemier og andre sundhedskriser skaber fundamental historisk forandring. Det gjorde de kun i de helt ekstreme tilfælde: Da Den Sorte Død fjernede halvdelen af Europas befolkning, eller da den gamle verdens sygdomme efter 1500 slog op mod 90% eller mere af den nye verdens befolkning ihjel.²³ Men sundhedskriser og sygdomsbekæmpende interventioner skaber som regel ikke fundamentale samfundsmæssige forandringer. Som jeg har prøvet at vise gennem de tre eksempler, så er det snarere sådan, at de tydeliggør og eventuelt forstærker udviklinger, der allerede er i gang. Det er på sin vis deprimerende; men det skal ikke forhindre historikerne i at bruge sundhedskriserne

22 "Blue Print for Health for All", Address by Dr. H. Mahler, Director of the World Health Organization. Bangkok 2. August 1977 (og andre lejligheder), 22. Box: H. Mahler, Speeches / Lectures. WHO Archives, Genève.

23 Dødstallene diskuteres og justeres løbende. Her er de taget fra Dattani: "What were the death tolls".

som fortrinlige redskaber til bedre at forstå fortidens forestillinger, spændinger og dynamikker – altså som fremkaldervæske.

UPUBLICERET MATERIALE

WHO Archives, Geneve. Box: H. Mahler, speeches / Lectures. "Blue Print for Health for All", Address by Dr. H. Mahler, Director of the World Health Organization. Bangkok 2. August 1977.

PUBLICERET MATERIALE

"Address by H. Mahler, Director-General of WHO to the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6 September 1978". I *From Alma-Ata to the Year 2000. Reflections at the midpoint*, Geneva: World Health Organization 1988, <https://iris.who.int/handle/10665/39323> (8.8.2024).

Arnold, David: "Touching the Body: Perspectives on the Indian Plague, 1896-1900". I Ranajit Guha (red.): *Subaltern studies V*, New Delhi: Oxford University Press, 1988, 55-90.

Brimnes, Niels: "Vikings against Tuberculosis: The International Tuberculosis Campaign in India", *Bulletin of the History of Medicine*, 81 (2), 2007, 407-30, doi: 10.1353/bhm.2007.0022.

Brimnes, Niels: "BCG Vaccination and WHO's Global Strategy for Tuberculosis Control 1948-83", *Social Science & Medicine* 67 (5), 2008, 863-73. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.05.016

Brimnes, Niels: *Languished Hopes. Tuberculosis, the State and International Assistance in Twentieth-century India*, New Delhi: Orient BlackSwan, 2016.

Brimnes, Niels: "Når epidemier forandrer verden: kan vi lære noget af den tredje pestpandemi?", Videnskab.dk. <https://videnskab.dk/kultur-samfund/naar-epidemier-forandrer-verden-kan-vi-laere-noget-af-den-tredje-pest-pandemi/> (9.2.2024).

Brimnes, Niels: "Negotiating Social Medicine in a Post-Colonial Context: Halfdan Mahler in India 1951-61", *Medical History* 67 (1), 2023, 5-22, doi 10.1017/mdh.2023.11

Brimnes, Niels og Jakob Bek-Thomsen: "Epidemihistorie", *Temp – tidsskrift for historie*, 28, 2024, 5-13.

Bryder, Linda: "'We Shall Not Find Salvation in Inoculation': BCG Vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-60", *Social Science & Medicine* 49 (9), 1999, 1157-67, doi: 10.1016/S0277-9536(99)00157-4.

Chandavarkar, Rajnarayan, "Plague Panic and epidemic politics in India, 1896-1914". I Terence Ranger og Paul Slack (red.): *Epidemics and Ideas. Essays on the historiographic perception of pestilence*, Cambridge: Cambridge University Press, 1992, 203-40.

Chorev, Nitsan: *The World Health Organization between North and South*, Ithaca: Cornell University Press, 2012.

- Dattani, Saloni: "What were the death tolls from pandemics in history?" 7.3.2023, <https://ourworldindata.org/historical-pandemics> (9.8.2024).
- "Declaration of Alma-Ata", <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (8.8.2024).
- Echenberg, Myron: "Pestis Redux: The Initial Years of the Third Bubonic Plague Pandemic, 1984-1901", *Journal of World History*, 13 (2), 2002, 429-449, doi: 10.1353/jwh.2002.0033.
- Echenberg, Myron: *Plague Ports. The Global Impact of Bubonic Plague 1984-1901*, New York: New York University Press, 2007.
- Gilman, Nils: "The New International Economic Order: A Reintroduction", *Humanity*, 6, 2015, 1-16
- Greenough, Paul: "Intimidation, Coercion and Resistance in the final Stages of the south Asian Smallpox Eradication Campaign, 1973-1975", *Social Science & Medicine* 41 (5), 1995, 633-645.
- Krogh, Tyge: *Mellem Efterkrigshjælp og U-landsbistand. Den internationale tuberkulosekampagne 1947-51*. København: Lægeforeningens forlag, 1989.
- McMillen, Christian W. og Niels Brimnes: "Medical Modernization and Medical Nationalism: Resistance to Mass Tuberculosis Vaccination in Postcolonial India", *Comparative Studies in Society and History*, 52 (1), 2010, 180-209, doi: 10.1017/S0010417509990375.
- Packard, Randall M.: *A History of Global Health. Interventions into the Lives of Other Peoples*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016.
- Primary Health Care. A joint report by The Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund*, Geneva and New York: World Health organization and UNICEF, 1978.
- Rajagopalachari, Chakravorty: *B.C.G – Why I oppose it*, Madras, 1955
- Roy, Arundati: *Financial Times*, "The Pandemic is a Portal", 3.4.2020, <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74eb-11ea-95fe-fcd274e920ca> (9.2.2024).
- Scott, James C.: *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*, New Haven: Yale University Press, 1998.
- Shah, Nayan: *Contagious Divides. Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown*, Berkeley: University of California Press, 2001.
- Snowden, Frank: *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, New Haven: Yale University Press, 2019, doi: 10.2307/j.ctvqc6gg5.
- Swanson, Maynard W.: "The Sanitation Syndrome: Bubonic Plague and Urban Native Policy in the Cape Colony", *Journal of African history*, 18 (3), 1977, 287-410.
- Truth about B.C.G.: Why Government Have Launched a Mass Campaign*, Madras: Government of Madras, 1955.

NIELS BRIMNES
 PROFESSOR, PH.D.
 AFDELING FOR HISTORIE OG KLASSISKE STUDIER
 AARHUS UNIVERSITET
 HISNB@CAS.AU.DK