

Pandemiberedskap och vägen till internationell fascism

Sammanfattning

Världshälsoorganisationens breda definition av hälsa omfattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Den uttrycktes i organisationens konstitution 1946 tillsammans med begrepp som samhällsdeltagande och nationell suveränitet, och återspeglade en förståelse av den värld som växte fram efter århundraden av kolonialt förtryck och folkhälsobranschens skamliga underlättande av fascism. Hälsopolitiken skulle vara folkcentrerad, nära knuten till mänskliga rättigheter och självbestämmande. Reaktionerna på covid-19 har visat hur dessa ideal har raserats. Årtionden av ökande finansiering inom offentlig-privata partnerskap har urholkat grunden för den globala folkhälsan. Covid-19-svaret, som var avsett för ett virus ignorerade normer för epidemisk hantering och mänskliga rättigheter för att införa en regim av förtryck, censur och tvång som påminde om de maktsystem och nissent av de maktsystem och styrelseskick som tidigare fördömts. Utan att stanna upp för att undersöka kostnaderna utvecklar folkhälsobranschen internationella instrument och processer som kommer att förankra dessa destruktiva metoder i internationell rätt. Folkhälsa, som presenteras som en rad hälsokriser, används återigen för att underlätta en fascistisk strategi för samhällsförvaltning. Mottagarna kommer att vara de företag och investerare som covid-19-svaret tjänade väl. Mänskliga rättigheter och individuell frihet, som under tidigare fascistiska regimer, kommer att förlora. Folkhälsobranschen måste snarast vakna upp till den föränderliga värld som den arbetar i, om den ska kunna bidra till att rädda folkhälsan snarare än att bidra till dess försämring.

INLEDNING

Den europeiska imperialismens era motiverades med krav på altruism, med megaföretag som företag skötte plundringen av kolonier och sköt ifrån sig ansvaret från regeringarna (Kipling, 1899; Roos, 2020). Inkomsterna och karriärvägarna för en armé av byråkratiska äventyrare tjänade de ostindiska företagen som bildade kvasi-statliga enheter, vilket gjorde det möjligt för individer att flytta ansvaret till ett ansiktslöst affärsmässigt imperativ (Roos, 2020; Salomons, 2021).

Efter århundraden av kolonial invasion och kontroll kom efterdyningarna av andra världskriget att precipitera efterdyningarna av andra världskriget flera decennier av betoning på mänskliga rättigheter, nationellt oberoende och öppet informationsutbyte. Även om demokratiska institutioner under efterkrigstiden inte var universella och ofta var bristfälliga, fanns det åtminstone en gemensam förståelse för att värderingar som återspeglade individuell frihet var "rätt". Den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna (Förenta nationerna, 1948) och Nürnbergkodexen (1947) formulerade dessa värderingar. FN, Världshälsoorganisationen (WHO) och systerorganisationer som växte fram ur denna världsbild bildades utifrån en allmän uppfattning om att varje land skulle vara oberoende, varje person jämlik och att mänsklig handlingskraft eller autonomi var grundläggande för ett gott samhälle (WHO, 1946; WMA, 2014).

Parallellt med denna betoning av mänskliga rättigheter ledde tillväxten av kapitalism och teknik i

Västvärlden en ökande ojämlikhet i förmögenhet och därmed oundvikligen i makt (Stone et al., 2020). De som upplevde 1980- och 1990-talen minns säkert diskussionen om hur detta kunde undergräva samhället och borde åtgärdas. Men rädslan för framtida politisk tyranni eller social konformitet, som i Orwells (1949) 1984 eller Huxleys (1932) *Brave New World*, är abstrakt. I våra dagliga liv rör vi oss inom tidsramar som passar dåligt med framtida generationers behov.

Ändå var många mäktiga människor oroliga för att den individuella friheten hade vuxit bortom acceptabla gränser. De längtade tillbaka till den gamla ordningens fasta mönster, som fortfarande hade spår av feodalism. Detta tankesätt återfinns i Schwab och Mallerets (2020) bok *COVID- 19: Den stora återställningen*. Folkhälsoinsatserna mot covid-19 återspeglar denna önskan att återvända till gamla sanningar och kan ses som ett verktyg för att återställa den gamla ordningen där en foglig allmänhet accepterar officiell information som sann utan att ifrågasätta och lyder ledare som inför kontroller uppifrån och ned. Denna förnyelse av tidigare ideal kräver nu också allmänhetens lydnad mot megaföretag som koncentrerar rikedom, som med tidigare aristokratier, på bekostnad av frihet. Det enda alternativ som återstår för oliktankande individer är att ta oss ur denna cykel och bege oss till en okänd plats. Mycket kommer att bero på om vi kan lära oss av historien. För att kunna dra lärdom av historien måste vi se till att vi baserar vår syn på verkligheten.

HISTORIEN OM VEM

År 1851 möttes europeiska nationer i Paris för världens första internationella sanitära konferens (Howard-Jones, 1975). De europeiska makter som var representerade kontrollerade också stora delar av Asien och Afrika. De ville påtvinga andra sin version av civilisationen och samtidigt utvinna sina rikedomar, men detta hade ett pris: skeppen återvände med pest, särskilt kolera, som härjade bland befolkningen i hemländerna. Konferensen sammankallades för att komma överens om standarder och metoder för att kontrollera människor vid gränserna i tider av utbrott. Mänskliga rättigheter var inte ett stort problem, och vissa deltagare som Portugal och Nederländerna praktiserade fortfarande slaveri, men friska arbetskrafter var viktiga för ekonomierna, och pesten misslyckades ibland med att respektera sociala hierarkier (Reuters, 2007). En aristokrati visste vad som var bäst för sitt eget folk och för dem i fjärran länder vars hälsa, välfärd och rättigheter de också ägde. Deras uppgift var att förvalta andras liv (Kipling, 1899).

Flera konferenser senare undertecknades slutligen en konvention i Venedig 1892, om kolera och senare böldpest (Howard-Jones, 1975). Ett permanent kontor, Office Internationale d'Hygiene Publique, invigdes i Paris 1907 (föregånget av International Sanitary Bureau in the Americas med 5 år), och den internationella hälsobyråkratin var född (Howard Jones, 1975; McCarthy, 2002). Pariskontoret hade till uppgift att hitta och hantera utbrott och pandemier. Det var västcentrerat och hade, genom sina regeringar och deras företag, befogenhet att tala om för resten av mänskligheten vad de skulle göra.

Dessa internationella hälsoexperter återspeglade den tidens internationella ordning, där Européer och nordamerikaner införde en imperialistisk modell för folkhälsa. De var övertygade om att de hade bättre kunskap, bättre vetenskap, mer pengar och bättre avel än dem de övervakade, och de hade därför ingen anledning att tvivla på att deras sak var rättfärdig. De kunde bedriva sin pandemihandel genom kränkningar av mänskliga rättigheter, massvält och bekväma felslut i sin koloniala värld (Siddiqui, 2020; History Guild, 2022; Horan, 2010).

När Nationernas förbund bildades efter första världskriget tillät en anda av inkludering bland hegemoniska kolonialmakter att en asiatisk kolonialmakt, Japan, tillkom (även om japanerna

senare skulle hävda att detta inte skedde på lika villkor) (Howard-Jones, 1975). Internationella hälsoorganisationen inom Nationernas förbund stödde denna världsordning och koncentrerade sig på utbrott av infektionssjukdomar som fortsatte att påverka dödligheten i och utanför Europa (CMA, 1924; Weindling, 1995). Mot bakgrund av 1920- och 1930-talens inflytelserika teknokrati- och eugenikrörelser handlade folkhälsa om att införa kontroll för att tvinga fram förbättringar i samhället, eller åtminstone att omvandla det enligt deras definition av detta (Allen, 2011; Corbett, 2017). Folkhälsans roll i att främja de som ansågs överlägsna över de som ansågs underlägsna nådde sin höjdpunkt i Nazitysklands försök att eliminera hela etniska grupper innan nazisternas kollaps gjorde öppna uttryck för eugenik och teknokrati impopulära (Nürnbergkodexen, 1947).

Världshälsoorganisationen bildades 1946 mitt i efterdyningarna av denna fascistiska ap- en tid då en stor del av världens befolkning var engagerad i att kasta av sig sina kolonialmaktens ok eller öppet strävade efter att göra det. WHO är till synes egalitärt när det gäller medlemsländerna; varje land har en röst i Världshälsoförsamlingen (WHA) och i en av sex regionala församlingar (WHO, 1946). WHA var det främsta beslutsfattande organet. Det finansierades genom "kärnbidrag" baserade på ett lands bruttonationalprodukt (BNP) (WHO, 1946, 2022a). Genomförandet följde de tekniska beslut som fattades av församlingen (WHO, 1946).

WHO:s definition av hälsa var bred: "Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp" (WHO, 1946). Socialt välbefinnande motsvarar kraven i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna som utvecklades under samma period, och som fördömer slaveri och trældom och erkänner den enskilda människans handlingsförmåga (FN, 1948).

Slaveri, tvång och begränsningar av individens frihet var inte hälsosamt. WHO:s stadga betonar vikten av att samhället involveras i beslutsfattandet (WHO, 1946). WHO och andra FN-organ upprepade detta synsätt 1978 i deklARATIONEN från Alma Ata, där man betonade samhällets kontroll över hälsan (WHO, 1978). Medan Whitehall-studierna betonade vikten av socialt kapital för god hälsa i höginkomst samhällen, är sambanden mellan lokal kontroll och hälsa i samhället ännu starkare i låginkomst länder (Doerr et al., 2020; Marmot et al., 1978, 1991; World Bank, 2014). Folkhälsovetare kunde leva på filosofin om mänskliga rättigheter och "horisontell" leverans av hälsovård. Det var den vanliga, ortodoxa inställningen till folkhälsa.

GLOBAL HÄLSA OCH OMVANDLINGEN AV VEM

Årsdagen av Alma Ata uppmärksammades genom Astana-mötet 2018 (WHO, 1978, 2018). En jämförelse mellan Alma Ata- och Almaty-deklarationerna är talande. Den senare innehåller mycket retorik men lite handlingskraftiga, definitiva uttalanden (WHO, 2018). Något hade i grunden förändrats under de mellanliggande åren som gjorde att tom retorik kunde ersätta substans.

Privat filantropi har alltid varit närvarande inom global folkhälsa. Men bortsett från Wellcome Trust i Storbritannien var bidragen relativt små (Wellcome Trust, 2022). Wellcome växte fram ur en donation från läkemedelsentreprenören Henry Wellcome på 1930-talet, finansierade forskning inom tropisk medicin och stödde ett nätverk av forskningsinstitutioner baserade i, och allierade med, låginkomst länder. Även om organisationen dominerades av brittiska forskare gjorde den vissa ansträngningar för att förankra sig bland dem som den ville stödja.

Den snabba tillväxten inom dator- och programvaruindustrin gav ett fåtal personer till ett fåtal individer och koncentrerade en stor del av den globala handeln till ett litet antal företag. I takt med att rikedom gav upphov till mer rikedom och monopolistiska metoder,

samlade enskilda individer på sig större tillgångar än vissa medelstora länder. Att rikta en del av denna rikedom till hälsa genom "filantropi", särskilt offentlig-privata partnerskap, förändrade subtilt men snabbt hela den globala hälsans etos.

Bill och Melinda Gates stiftelse började engagera sig i WHO redan från starten år 2000, och övertröffade snart Wellcome Trust i finansiering och blev en stor direkt givare till WHO (BMGF, 2022; WHO, 2022b). Gates Foundation arbetade särskilt genom finansiering till andra organisationer, inklusive WHO och organisationer som de hjälpte till att starta, såsom GAVI (ursprungligen Global Alliance for Vaccines and Immunization) och CEPI (ursprungligen Coalition for Epidemic Preparedness Innovations). Gates finansiering av WHO har till övervägande del varit icke-kärnfinansiering eller "specificerad" finansiering, riktad till ett arbetsområde eller specifika projekt av intresse för finansören (CEPI, 2022; Gavi, 2022a).

En relativ minskning av landsbaserad kärnfinansiering till WHO har också skett, vilket organisationen från sina traditionella folkhälsofunktioner. Specificerade (och tematiska) bidrag utgör nu cirka 6,4 miljarder dollar av knappt 8 miljarder dollar i utgifter under 2020-2021 (WHO, 2022b). Detta innebär att det mesta av WHO:s arbete baseras på vad finansörer, inklusive privatpersoner som William (Bill) Gates Jr, samtycker till och är villiga att finansiera - inte nödvändigtvis vad WHO:s tekniska personal eller WHA anser vara av största vikt för de befolkningar som de arbetar för. Denna situation är oundviklig om WHO vill ha pengarna, men beroendet av privat finansiering är ett uppenbart hot mot hela idén om en samhällsbaserad, och nationsbaserad, hälsopolitik.

Även om den riktade finansieringen från privata givare och företag otvivelaktigt har påverkat WHO:s genomförande, begränsas den fortfarande av WHA:s roll och dess slutliga roll i godkännandet av den övergripande politiken, och av WHO:s styrelse som är begränsad till roterande medlemmar som nominerats från WHA-länderna (WHO, 1946). Sedan år 2000 har det skett en tillväxt av internationella organ parallellt med WHO som är ännu mindre tränade i att samarbeta med privat inflytande. Globala fonden för bekämpning av aids, tuberkulos och malaria inrättades 2002 som en finansieringsmekanism för att konsolidera medel för hälsa och överföra dem till låg- och medelinkomstländer (LMIC), med prioritering av dessa tre endemiska infektionssjukdomar (Globala fonden, 2022a). Den är registrerad som en internationell organisation i Schweiz och dess styrelse består av en blandning av privata, statliga och icke-statliga organisationer (NGO), inklusive Gates Foundation. Gavi-alliansen (som fokuserar på vaccinationsstöd) och Unitaid (som stödjer marknadsanpassning av hälsoråvaror i låg- och medelinkomstländer) bildades som "offentlig-privata partnerskap" efter 2002 (Gavi, 2022a; Unitaid, 2022). Slutligen bildades CEPI vid World Economic Forums Davos-möte 2017 av Gates Foundation, den norska regeringen och andra, specifikt för att utveckla svar på pandemier och återigen koncentrera sig på vacciner (CEPI, 2022). Gavi, Unitaid och Globala fonden har alla representanter från Gates stiftelse eller andra privata aktörer i sina styrelser (Gavi, 2022a; Globala fonden, 2022a; Unitaid, 2022). Dessa medlemmar har inte bara rösträtt utan även en betydande del av organisationernas budgetar. Gates Foundation har gett 4,1 miljarder dollar till Gavi och är en av de sju största givarna till CEPI (den privata brittiska Wellcome Trust är en annan) (CEPI, 2022; Gavi, 2022b).

Att finansiera global hälsa är inte i sig en dålig sak, och det är förståeligt att givare vill vill ha inflytande över hur deras medel används. Eftersom ytterligare finansiering är beroende av att finansören är nöjd med tidigare resultat (till skillnad från WHO:s bedömda kärnbudget), är personalen i dessa organisationer, inklusive WHO, uppenbarligen under tryck, öppet eller på annat sätt, för att behaga sina finansörer. En minskning av det framtida stödet kan innebära en förlust av lön och av personal i deras team. I de fall där givarens inflytande omfattar medlemskap i styrelsen är risken uppenbar att politiken styrs i givarens favör. Om det handlade om stöd till konstutställningar eller privata flygbolag skulle det inte finnas någon större anledning till oro. Men när det handlar om flera miljarder människors liv och

välbefinnande, inklusive deras frihet att göra sina egna hälsoval, är förhållandet mellan givare och allmänhet ett helt annat.

De stora internationella hälsoorganisationerna kräver tusentals anställda för att fungera. Många av dessa anställda lär sig nu sitt yrke i skolor som är inriktade på "global hälsa", finansierade av stiftelser som Gates, Bloomberg och Rockefeller som stöder själva hälsoinstitutionerna (Cape Partnership, 2020; Doughton, 2017; Johns Hopkins, 2022). De är koncentrerade till rika länder och utbildar unga välbärgade personer inom de områden där donatorerna vill arbeta. Stiftelser med samma namn, t.ex. Clintons och Gates, kan sedan använda sitt familjenamn för att ge unga akademiker en anmärkningsvärd tillgång till hälsoministerierna i låginkomstländer (BMGF, 2022; CHAI, 2022). Personal med minimal bakgrund i låginkomstbefolkningars kulturer och erfarenheter får positioner med stort inflytande. Efter att ha utbildats i skolor

som University of Washington, Harvard, Johns Hopkins och Imperial College som stöds av samma källor, är det rimligt att de skulle ha en betydande sympati för dessa sponsorerars prioriteringar.

Hälsopolitiken är i hög grad beroende av uppgifter, insamlade från länder eller härledda från forskning. Än en gång är samma namn - Gates, Wellcome, Clinton - mycket viktiga i denna process. Den modellering som låg till grund för covid-19-svaret kom främst från Gates-finansierade grupper vid Imperial College och University of Washington (BMGF, 2017, 2020; Czyzewski, 2022). Rapporten Global Burden of Disease, som WHO i hög grad förlitar sig på, finansieras av Bill och Melinda Gates stiftelse. Forskningsprogrammen inom malaria, tuberkulos och hiv är starkt vaccinatorienterade (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020). De data som finns tillgängliga för att vägleda hälsopolitiken är de data som givarna är intresserade av att samla in. Under de två decennierna före 2020 omvandlades området global hälsa således från

ett bakvatten av traditionella tropiska hälsoskolor och föga kända forskningsinstitut till en välutrustad industri som kopplade samman utbildning, forskning och genomförande. Den digitala teknikrevolutionen skapade en uppsättning extremt rika filantrokapitalister som övervakade omvandlingen av de globala institutioner som hanterar denna industri från relativt oberoende tekniska organ som ägs av länder och koncentreras på horisontell samhällscentrerad hälsa till en mycket mer centraliserad strategi som är starkt beroende av den teknik och de läkemedel som den nya klassen av finansiärer investerade i (Comparebrokers, 2023; Gavi, 2022a; Unitaid, 2022; WHO, 2022b). Dessa offentlig-privata partnerskap tillförde mer medel och räddade utan tvekan många liv. De införde också en mekanism där de människor vars hälsa stod på spel oundvikligen skulle få ett mindre inflytande över hur finansieringen användes.

Andra världskriget ledde till att ett kolonialistiskt kapitel avslutades, där företag i rika länder i vinstsyfte hanterade välfärden för ett stort antal människor. Under 2000-talet har denna modell återkommit, med samma påståenden om "för de mångas bästa" som traditionellt användes av de rika och de berättigade för att motivera sin praxis att diktera för massorna.

ETT SAMHÄLLE ANPASSAT FÖR RÄDSLÅ

Samtidigt som den internationella folkhälsan omorienterades mot en modell för privata intressen, måste dess diktat fortfarande vara allmänt accepterade av allmänheten för att kunna genomföras, åtminstone i demokratiska länder. Så länge personlig frihet och demokratiskt beslutsfattande ansågs vara okränkbara, hade folkhälsopersonalen begränsade möjligheter att påtvinga andra sin vilja. Medicinsk fascism kan bara lyckas om en stor del av allmänheten sympatiserar med dess budskap.

De flesta människor i rikare länder växer upp med få nära erfarenheter av döden förrän de når hög ålder, eftersom den förväntade livslängden har ökat markant under de senaste två

århundradena (Our World in Data, 2022). Framför allt har barnadödligheten minskat. Detta har främst berott på förbättrade levnadsvillkor och näringstillförsel, men också i hög grad på medicinska insatser, särskilt antibiotika. Däremot har de 1,3 miljarder människorna i Afrika söder om Sahara en mycket närmare erfarenhet av döden. Även om dödligheten bland barn under 5 år har minskat från 170/1 000 levande födda till strax över 70 under de 30 åren fram till 2020, dör fortfarande fler än 1 av 15 barn i dessa befolkningsgrupper (Världsbanken, 2022a).

En ytterligare kontrast mellan låg- och höginkomstländer är utvecklingen av religiös tro, där de senaste decennierna har bevittnat en stor nedgång i formell religionsutövning i många höginkomstländer, särskilt i Europa och Nordamerika. Det verkar rimligt att anta att en tro på ett liv efter döden, som innebär att den nuvarande tiden på jorden bara är ett kapitel i en mycket större berättelse om ens existens, skulle göra döden mindre fruktad. Om man däremot tror att döden är slutet för en själv, en fullständig katastrof för den som önskar en fortsatt existens, skulle döden bli något som måste undvikas, även om det skulle kosta en själv eller andra mycket.

I detta sammanhang framstår de senaste årens strävan att lyfta fram vaccinering som viktig. Även om vaccinering har spelat en viktig roll för att minska dödligheten, så har den spelat en betydligt mindre roll än levnadsförhållanden, kost och antibiotika. Det introducerades på bred front efter det att merparten av vinsterna i de rikare länderna hade uppnåtts (Our World in Data, 2022). För några decennier sedan var detta standard inom folkhälsoundervisningen, men nu verkar det vara vanligt i samhället att tro att vacciner har varit avgörande för den ökade förväntade livslängden (Keenan, 2020). Det har skett en dramatisk ökning av antalet barnvaccinationer under de senaste 40 åren (CDC, 2023). Men den förväntade livslängden i Nordamerika vände faktiskt sin ökning under flera år före covid-19 och minskade med 0,03 procent per år under 2015, 2016 och 2017 (Harper et al., 2021). Den minskade förväntade livslängden tillskrivs i stor utsträckning metabola sjukdomar, särskilt den ökande fetman, som drivs av konsumtion av stora mängder socker och bearbetade livsmedel (Hales et al., 2020; Kim et al., 2021). Det resulterande behovet av kroniska läkemedel stöder ironiskt nog samma företags vinstmotiv som vissa skulle hävda driver på vaccinerens framträdande roll.

COVID-19 OCH ÖVERGIVANDET AV TIDIGARE KUNSKAP

Från början av 2020 bevittnade världen en stor förändring i hur folkhälsoarbetet genomfördes. Tidigare kunskap och samförstånd om grundläggande principer upphörde i många länder och ersattes av ett nytt tillvägagångssätt (De Laroche Lambert et al., 2020; WHO, 2019). Detta skedde utan större protester från den globala hälsoindustrin - de som arbetade i branschen när den växte fram under de föregående två decennierna. Tre av dessa övergivna verksamhetsområden sticker särskilt ut. För det första bygger folkhälsa på att väga kostnader och fördelar mot varandra. Alla insatser medför kostnader, oavsett om det handlar om rena finansiella kostnader, kostnader för att avleda resurser (mänskliga och finansiella) från andra hälsoprioriteringar eller kostnader för direkta skador som uppstår till följd av en insats. Det senare inbegriper både kortsiktiga och långsiktiga skador. Uppenbara exempel är inställda cancerscreeningar eller undersökningar av bröstsmärta. Medicinsk screening utförs för att man tror att den minskar dödligheten, och därför kan vi

kan därför anta att en inställd screening kommer att öka dödligheten. Det är inte möjligt att fastställa värdet av en folkhälsoinsats utan att väga sådana skador mot förväntade fördelar. För det andra bygger bedömningen av sjukdomsördan på uppskattningar av förlorade eller försämrade levnadsår.

Dödlighet är en siffra som är lätt att följa, men nästan alla människor på jorden skulle hålla med om att en femåring som dör får större konsekvenser än en 85-åring som dör. Den ena

förlorar omkring 70 år av sitt liv, den andra kanske två, särskilt om de redan är sjuka. Folkhälsoområdet har tidigare hanterat detta genom att inkludera förlorade eller försämrade (genom funktionshinder) levnadsår i mått som funktionsjusterade levnadsår (DALY) eller kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) (WHO, 2020). Ett barn som dör av malaria kommer att förlora betydligt fler DALY än en 85-åring med lunginflammation, så investeringar för att rädda barnet anses ofta vara mer lämpliga än att rädda lunginflammationspatienten (på den resursallokeringsnivå där ett sådant beslut måste fattas). Detta är inte en reflektion över värdet av ett liv utan värdet av de år som förloras genom döden. Detta är en viktig distinktion. För det tredje finns det omfattande bevis för att fattigdom och förlust av socialt kapital är kopplat till minskad förväntad livslängd. Whitehall-studierna i Storbritannien visade på ett samband mellan lägre förväntad livslängd och lägre socioekonomisk status (Marmot et al., 1978, 1991). Människor som tjänar mindre och som saknar kontroll och självbestämmande dör vid en lägre genomsnittsalder, vilket innebär att chefer lever längre än arbetare. På makronivå är en minskad bruttonationalprodukt förknippad med ökad dödlighet, särskilt i låginkomstländer där livsmedelsreserverna tenderar att vara lägre och förekomsten av endemiska infektionssjukdomar är större (Doerr & Hofmann, 2020). Därför avrådde WHO i sina rekommendationer från 2019 om hantering av pandemisk influensa starkt från åtgärder som gränsstängningar, karantän eller restriktioner för friska personer (WHO, 2019). Dessa tre faktorer var den tidigare grunden för den mesta internationella hälsopolitiken. Även om

givarpreferenser spelade en allt större roll inom dessa områden, krävde retoriken åtminstone att resurserna skulle fördelas på grundval av tillförda levnadsår per spenderad dollar. Från början av 2020 ignorerade samma institutioner som tidigare hade ställt sig bakom dessa principer dem i covid-19-svaret. Antingen hände något med tankesättet hos många tusen människor som arbetar i dessa institutioner, eller så hade de flesta bara gjort läpparnas bekännelse till dessa begrepp och var villiga att överge dem när det var bekvämt. Strukturer som säkerställer ett direkt privat och vinstdrivande inflytande på beslutsfattande och utgifter måste påverka detta, eftersom den ekonomiska avkastningen på investeringar nu kan vägas mot minskad sjukdomsburden. Folkhälsopersonal från samhällen med ett ökande avstånd till döden och större rädsla för den, i kombination med ett missförstånd om vikten av vaccinbaserade åtgärder, var beredda att ge efter för rädslan och tro på en farmakologisk "lösning".

Oavsett den relativa betydelsen av dessa faktorer blev den primära folkhälsofunktionen att minska antalet dödsfall till följd av ett enda luftvägsvirus. Sjukdomsburden begränsades till enbart dödlighet, vilket inkluderade alla som dog av någon orsak men som nyligen hade testat COVID-positivt med ett PCR-test (CDC, 2020). (Statistik över sjukdomsrelaterad dödlighet utvidgades från "dog av COVID" till "dog med COVID") Även om den genomsnittliga åldern för dödsfall till följd av covid-19 liknade åldern för dödsfall av alla orsaker i de flesta länder, och förlorade levnadsår är så grundläggande för att förstå sjukdomsburden, nämndes ålder sällan i medierapporter om covid-19-dödlighet och finns inte med på WHO:s instrumentpaneler (WHO, 2022c). Utarmning och ekonomisk nedgång blev en acceptabel kostnad för att stoppa ett virus (Världsbanken, 2022b), utan hänsyn till den oundvikliga framtida burden och större ojämlikhet som detta skulle medföra. De grundläggande principerna för folkhälsa kunde inte ha "glömts bort". Något förändrades i folkhälsoledningen och personalens arbetssätt som gjorde att denna kunskap kunde ignoreras och avsiktlig massskada kunde åstadkommas.

Resultaten av detta inkluderar åtgärder som drev ekonomierna i de flesta afrikanska länder in i recession, nekade hundratals miljoner barn formell utbildning, drev miljontals flickor till barnäktenskap under det kommande decenniet och tvingade upp till 130 miljoner människor till allvarlig livsmedelsosäkerhet (Cousins, 2020; UNICEF, 2021a, 2021b, 2022a; WFP, 2022; Världsbanken, 2022b). Covid-19 är viktig för dessa befolkningsgrupper. Mer än 50 procent av

de 1,3 miljarder människorna i Afrika söder om Sahara är under 20 år och löper därmed mycket låg risk att drabbas av covid-19 (Bell & Schultz Hansen, 2021; FN, 2022a). Andra infektionssjukdomar, vars kontroll är starkt beroende av tillgång till hälso- och sjukvård och starka ekonomier, är ett mycket större hot mot dessa befolkningar (Bell & Schultz Hansen, 2021). COVID-19-dödligheten har förblivit lika låg som åldersfördelningen förutspådde, medan nedstängningar och andra svarsåtgärder har haft en enorm inverkan på hälsa och framtida välbefinnande.

Tillkomsten av massvaccinering mot covid-19 har förvärrat denna trend, eftersom WHO och andra

organisationer fortsätter att driva på för vaccination av hela befolkningen medan deras egna studier visar att de flesta redan är immuna (WHO, 2022d). Detta program är oöverträffat dyrt för internationell folkhälsa, absorberar över 4,5 miljarder dollar och beräknas av CDC kräva över 10 miljarder dollar för initial vaccination i Afrika söder om Sahara, och av Yale att kräva 35 miljarder dollar globalt (Meldrum, 2021; Mustafa Diab et al., 2021; Savinkina et al., 2022; WHO, 2022d, 2022e). Däremot ligger de globala utgifterna för malaria och tuberkulos på cirka 3,5 miljarder dollar respektive 6 miljarder dollar (WHO, 2021a, 2021b). Den nuvarande kunskapen om den avtagande effekten av dessa vacciner och de ekonomiska och hälsomässiga kostnaderna för att avleda resurser till malaria, HIV, tuberkulos och andra endemiska problem har inte lyckats minska den prioritet som detta program ges. Vi ser det största folkhälsoprogrammet för låginkomstländer i historien rullas ut trots ovedersägliga bevis för att det kan ha minimal klinisk nytta och oundvikligen kommer att ha en hög indirekt kostnad. Detta genomförs av en arbetsstyrka på tusentals personer i internationella organisationer som

en gång visste vilken skada detta skulle orsaka. Oavsett om det är ett resultat av den beteendepsykologi som används för att främja rädsla tidigt i COVID-19-svaret, eller drivs av rädsla för jobbförlust efter att ha fångats av finansiärdriven hälsopolitik, är denna stumma acceptans betydande när man tänker på den framtida agendan för internationell folkhälsa som nu drivs av dem som främjade det oortodoxa svaret på COVID-19.

COVID-19-svaret har brutit ner barriärerna för ett nytt och auktoritärt tillvägagångssätt för internationell folkhälsa. Konceptet att tvinga fram stora beteendeförändringar, upphäva grundläggande mänskliga rättigheter och tvinga fram massvaccinering har flyttats in i mainstream, medan befolkningar har vant sig vid censur och offentlig smutskastning av olikänkade och personer som inte följer reglerna (Mello et al., 2022; Miller, 2020). Falsa påståenden från offentliga tjänstemän, som att försäkra allmänheten om överföringsblockering genom vaccination, har blivit vanliga. Dessutom har de stora medierna helt enkelt rapporterat uttalanden från tjänstemän snarare än att ifrågasätta deras sanningshalt (Bell, 2022a).

Människor har vant sig vid vad som tidigare skulle ha betraktats som en auktoritär eller fascistisk inställning till hälsa och samhälle. Allt detta för ett virus som barn och befolkningen i arbetsför ålder löper mycket låg risk att smittas av (Ioannidis, 2021; Levin et al., 2020; Pezzullo et al., 2023; Verity et al., 2020). Framtida reaktioner på utbrott kan nu använda denna reaktion

som ett prejudikat och införa drakoniska åtgärder för hot med måttlig till låg intensitet.

Internationella hälsoorganisationer håller på att skifta fokus till en agenda för pandemisk beredskap och respons (PPR) och knyter kostnaden för covid-19-responsen till ett behov av att identifiera framtida hot tidigare eller reagera snabbare (Gavi, 2022c; Global Fund, 2022b; UNICEF, 2022b; WHO, 2022f). När det gäller internationell hälsa är den årliga prislappen på 10,5 miljarder US-dollar i ytterligare resurser som ska avsättas till denna insats mycket högre än de årliga utgifterna för tuberkulos eller malaria, en viktig orsak till att barn dör (WHO, 2021a; WorldBank). Pandemier är historiskt sett sällsynta, och WHO listar endast tre under de 100 åren före covid-19, som dödade färre än 2,5 miljoner människor (tuberkulos dödar för närvarande cirka 1,5 miljoner årligen.) (WHO, 2019, 2021b). Den "spanska" influensan 1918-

1919 dödade uppskattningsvis 20 till 50 miljoner människor, men troligen på grund av sekundär bakterieinfektion under denna period före antibiotika och modern sjukvård (Morens et al., 2008; WHO, 2019).

Det förefaller dock högst sannolikt att frekvensen av deklarerade pandemier och hälsokriser kommer att öka. Även om "pandemi" alltid har varit löst definierat, kräver WHO:s nuvarande definition endast att en ny variant av patogen sprids över gränserna - oavsett sjukdomens allvarlighetsgrad eller dödligheten som orsakas (WHO, 2009). En stor del av investeringarna i den nya pandemiagendan, som inledningsvis finansieras genom ett nytt finansiellt intermediärt fondinstrument i Världsbanken och genom utvidgning av den globala fonden för bekämpning av aids, tuberkulos och malaria, kommer att inriktas på övervakning och upptäckt av nya virus och virusvarianter (Global Fund, 2022b; World Bank, 2022c). Eftersom virus muterar ofta, särskilt RNA-virus som coronaviridae, kommer omfattande sekvensering oundvikligen att visa på nya varianter. Eftersom det inte krävs någon allvarlighetsgrad för att utlysa ett nödläge, och alla varianter kan presenteras som ett potentiellt hot, kan ribban för att sätta in åtgärder nu vara mycket låg (WHO, 2009). Denna reaktion, baserad på prejudikat, kan nu i stor utsträckning begränsa beteenden och mänskliga rättigheter i en utsträckning som var otänkbar under de 60 åren före 2020. Den globala fonden, som inrättats under de senaste två decennierna för att stödja pandemiberedskap och vaccination, säkerställer att en stor internationell arbetsstyrka, med liten eller ingen offentlig tillsyn, kommer att vara beroende av att identifiera och reagera på hot och nödsituationer - oavsett om de är verkliga eller inbillade - för att för att motivera sina löner. Den relativt massiva finansiering som anslås till denna insats - och engagemanget från institutioner som CEPI, Gavi Alliance och Globala fonden som inrättades under de senaste två decennierna för att stödja pandemiberedskap och vaccination - kommer att skapa perversa incitament att klassificera mindre sjukdomsutbrott som globala hot som kräver drakoniska åtgärder.

Utbrottet av apkoppor 2022 var ett exempel på hur lätt det är att införa detta nya folkhälso-paradigm kan införas (FN, 2022b). Trots att utbrottet nästan uteslutande var begränsat till en liten del av befolkningen (homosexuella män med flera sexpartners) och förekom i denna grupp med låg prevalens med endast 5 dödsfall globalt, kunde WHO:s generaldirektör utlysa ett internationellt nödläge, till och med mot sin egen rådgivande kommittés inrådan. Det nya internationella pandemiinstrumentet (fördraget) och de ändringar av det internationella hälsoreglementet som för närvarande förhandlas inom WHO är utformade för att ytterligare öka generaldirektörens befogenheter att utlysa nödsituationer och ge internationell rättskraft åt sina uttalanden (WHO, 2021c, 2022g, 2022h).

SLUTSATS: EN STÖRD FRAMTID

Fascismens framfart på 1930-talet fick starkt stöd av hälso- och sjukvårdsyrkena. Även om detta var mest uppenbart i Tyskland, där läkare var överrepresenterade i nazistpartiet och SS, hade eugenik- och teknokratirörelserna i Nordamerika aspekter gemensamt med fascismen och verkade i folkhälsans huvudfåra (Allen, 2011; Corbett, 2017; Haque et al., 2012).

Det fascistiska tänkandet bakom sådana rörelser bygger i hög grad på konceptet att kombinera företag och politisk auktoritet enligt Mussolinis definition, där massornas välfärd läggs i händerna på politiska tyranner och nära allierade korporatister. De kännetecknades av att minoriteter identifierades och förtalades, av intensiv propaganda som backades upp av tung censur och av att vårdyrken användes för att genomdriva aspekter av befolkningskontroll, inklusive hantering av oliktankande och de som ansågs vara mindre värda.

Medan covid-19-svaret gav antydningar om hur aspekter av detta skulle kunna återkomma, har pandemins

pandemisk beredskap och respons (PPR) utformad för att låsa in detta på lång sikt. Mot

bakgrund av lättnader i restriktionerna för att döda medmänniskor genom dödshjälpslagstiftning i västländerna har vi haft tre år av restriktioner för resor och offentliga sammankomster, censur i medier och i det offentliga samtalet samt öppet förtal av minoriteter på grund av val av medicinsk status (Nederländernas regering, 2022; Health Canada, 2021). PPR-agendan syftar till mer finansiering än något annat internationellt folkhälsoprogram. I stället för att vara ett diskussionsämne inom de demokratiska strukturerna i enskilda länder förhandlas det av dåligt ansvariga internationella organ som WHO, G20 och Världsbanken, i samråd med privata organ som World Economic Forum, som i sin tur har ett stort direkt engagemang från läkemedels- och programvaruföretag som står för att vinna ekonomiskt på massvaccinering, övervakning och sociala kreditprogram (WEF, 2022; WHO, 2022f, 2022g, 2022h; Världsbanken, 2022c). Även om skalan är bredare än den nationalistiska fascismen för 80 år sedan, har likheterna i strukturen och den företagsauktoritära modellen för beslutsfattande tydliga ekon.

Om agendan för pandemihot och respons fortsätter längs de linjer som fastställdes av COVID-19-responsen kommer vi sannolikt att se västerländska samhällen överföra beslut om sådana frågor från öppna, transparenta, demokratiska processer till privatkontrollerade organ.

Främjandet av rädsla och aktiv användning av beteendepsykologi i covid-19-responsen lyckades uppnå bred allmän acceptans av, eller åtminstone samtycke till, avlägsnandet av vad som hade ansetts vara grundläggande rättigheter (Dodsworth, 2021). Pandemier är sällsynta händelser, men PPR-agendan främjas framgångsrikt på den bevisligen falska premissen att de blir allt vanligare och allt allvarigare (Bell, 2022b; WHO, 2019). Det är troligt att allmänheten kommer att acceptera ökade och institutionaliserade restriktioner, eftersom den tyska allmänheten accepterade liknande åtgärder på

1930s. En underliggande rädsla för döden, som får näring av en falsk men mycket brett stödd berättelse, fungerade på 1930-talet, fungerade från 2020 till 2022 och kommer sannolikt att fungera igen. Att hålla "oss" säkra i samband med ett hot som får individer att känna sig maktlösa är ett svårt paradigms att motsätta sig.

Tidigare störtades fascistiska regimer genom krigföring med externa makter. I denna nya inkarnation arbetar de privata och internationella institutioner som är inblandade över eller utanför den nationella suveräniteten och verkar ha ett brett stöd bland de högre nivåerna i de nationella regeringarna.

Det finns ingen extern makt som kan marschera över gränsen och störta diktatorn. Även om det är oklart hur icke-västerländska befolkningar som de i Afrika kommer att reagera, med sina vitt skilda samhällsliga erfarenheter av kolonialism och direkt förtryck, är vägen ut för västerländska samhällen, med sitt beroende av demokratiska institutioner som verkar vara fångade av den bredare agendan, oklar.

Massmedgivandet till covid-19-åtgärder tyder på att förmågan eller viljan hos medborgare i västländer att försvara grundläggande mänskliga rättigheter och normer är låg. Det har också skett en ökning av de styrandes förmåga att i tysthet censurera webbplatser som skulle kunna ha aktiverat en starkare offentlig opposition. Inkompetens inom detta ledarskap kan vara nödvändigt för att få ett slut på denna episod eller en förlust av det uppenbara samförstånd som detta ledarskap för närvarande uppvisar. Hur som helst är det svårt att se det demokratiskt grundade västerländska samhället bestå i sin nuvarande form. Vi bör tänka igenom alternativa strukturer som undergräver rädlans inflytande på befolkningen och som avslöjar propagandisternas lögn, samtidigt som vi blottar den fascism som de förespråkar. Om de flesta fortsätter att ge med sig, bör de åtminstone vara tydliga med vad de ger med sig till.

REFERENCES

se i originalartikeln längst ner