

Epidemias: un nuevo objeto sociotécnico

Epidemics: a new socio-technical object

Francisco Tirado/franciscojavier.tirado@uab.es

José A. Cañada/joseantonio211@hotmail.com

Universitat Autònoma de Barcelona, España

Abstract: Recently, epidemics have become an important concern in social sciences. They currently have two important ways of conceptualizing epidemics: a) as a panic object; or b) as a bio-political situation. Nevertheless, these two perspectives disregard that epidemics basically are a way of transforming our daily life. In order to grasp this impact we put forward to conceptualize epidemics as a socio-technical object. Our paper will show this perspective. Analyzing mass media, information from academic journals, such as *Science*, or from Health Institutions we will explain how epidemics change the main borders of our everyday life. That is, the tension between animal-human, local-global, politics-nature and healthy-pathological. We will argue that after the aforementioned rupture appears a new redefinition of said limits with the following elements: a) medicine appears as the most relevant dimension in that redefinition; b) it is defined a kind of “biological emergency” as the way to understand the aforementioned process of redefinition; and c) a specific body regime is updated.

Key words: epidemics, influenza, daily life, biological emergency, body regime.

Resumen: Las epidemias se han convertido en un objeto de interés para las ciencias sociales. Éstas se caracterizan normalmente como objeto de pánico o situación biopolítica. Tales perspectivas olvidan que las epidemias impactan directamente en nuestra cotidianidad. Para analizar ese impacto conviene conceptualizarlas como objetos sociotécnicos. Nuestro artículo presenta esa perspectiva. Analizando material de prensa, información especializada publicada en revistas como *Science* o editada por instituciones sanitarias mostramos cómo las epidemias subvierten los principales límites de nuestra realidad cotidiana: humano-animal, local-global, política-naturaleza y sano-patológico. Argüiremos que tras esa ruptura se produce instantáneamente una reconstrucción de los mismos basada en las siguientes características: a) la medicina adquiere una fuerza especial en la definición de tales límites, b) aparece la conceptualización de una “excepcionalidad biológica” como mecanismo de inteligibilidad básico para comprender el mencionado fenómeno de reconstrucción y c) se actualiza un determinado régimen sobre lo corporal.

Palabras clave: epidemias, gripe A, vida cotidiana, excepcionalidad biológica, régimen corporal.

Introducción

Hace un cuarto de siglo irrumpió en nuestra vida cotidiana una epidemia desconocida hasta el momento, nos referimos al SIDA. Desde esos años hemos experimentado cuatro grandes alarmas sociales relacionadas con problemas de salud: la alerta ante los brotes de ébola en ciertas zonas de África, la enfermedad de Creutzfeld-Jacob que afectó a varias regiones de Europa, el síndrome respiratorio agudo severo, que apareció en el sudeste asiático y los diferentes tipos de gripe que se han dado en la última década, entre ellas destaca la reciente epidemia de gripe A (H1N1). Este fenómeno de alarmas biológicas no es nuevo en la historia. Y, de hecho, siempre ha despertado interés entre los estudiosos de la misma. Entre las referencias más clásicas que se pueden mencionar tenemos el *corpus* hipocrático en el que ya las epidemias son historiadas junto a otras enfermedades o los volúmenes de Tucídides sobre las Guerras del Peloponeso, en los que se examina la peste de Atenas como factor histórico relevante en el análisis de la mencionada conflagración. Y entre las más recientes tenemos los trabajos de historiadores como Cipolla (1993), Ledermann (2003) o Watts (2000). Éstos realizan un catálogo de las epidemias más importantes con las que se ha enfrentado el ser humano a lo largo de su historia y establecen estrechas conexiones entre las mismas y el nacimiento y desarrollo de estructuras de poder y control social. No obstante, hasta hace muy pocos años el fenómeno de las epidemias no se convirtió en un tema de amplio interés sociocultural. Una de las razones de tal transformación, sin duda, hay que buscarla en los medios de comunicación. Éstos, desde la aparición del SIDA, han ido incrementado paulatinamente su interés por las alarmas sanitarias globales.

El presente trabajo se inscribe en ese espacio de interés y propone analizar la epidemia como fenómeno sociotécnico. Esto quiere decir que el fenómeno debe ser contemplando a partir de las siguientes características:

- a) Las epidemias no constituyen exclusivamente un problema biológico y médico. Son fenómenos que exhiben diferentes dimensiones. Junto a la sanitaria encontramos los discursos que se elaboran en y sobre las epidemias; el papel que juega el saber experto frente al lego en su tratamiento, las decisiones políticas que se implementan o las tecnologías que se despliegan para vigilar y atender al fenómeno. Es decir, una epidemia es un actor constituido sociotécnicamente que muestra diferentes dimensiones vinculadas y ensambladas por completo en una única totalidad con sentido.

b) Tal totalidad no resulta inocua o indiferente para el devenir de nuestra vida cotidiana. De hecho, la transforma profundamente. Uno de los principales mecanismos para tal cosa es la redefinición de las dicotomías clásicas que gobiernan nuestro día-a-día. Así, cuando una epidemia aparece, los límites entre lo que es humano y animal se borran, las diferencias entre las escalas locales y globales se mezclan, la tensión entre lo político y lo natural se anula, y las fronteras entre lo sano y lo patológico se quiebran.

c) Pero las mencionadas rupturas no son la antesala de un estado permanente de indefinición práctica y simbólica. Todo lo contrario: constituyen el umbral para una reconstrucción posterior de los mencionados límites con otros significados y sentidos, que reconstituirán nuestras formas de vivir y pensar en lo cotidiano.

En las páginas que siguen ilustraremos todo lo anterior examinando la reciente epidemia de gripe A (H1N1). Se analiza material de prensa, información especializada publicada en revistas como *Science* o editada por instituciones sanitarias, desde el inicio de la alerta hasta hace escasas semanas; mostraremos cómo se produce la subversión de los límites ya mencionados y su reconstitución posterior. Argüiremos que las principales características de los nuevos límites son: a) el papel fundamental que juega la medicina en la definición de lo que debe ser considerado como cotidiano y lo que debe ser entendido como extraño; b) la fuerza especial que adquiere la noción de naturaleza; c) la conceptualización de una “excepcionalidad biológica” como mecanismo de inteligibilidad básico para comprender el citado fenómeno de reconstrucción y, finalmente, d) la actualización de un determinado régimen sobre lo corporal.

La epidemia como fenómeno de pánico

De forma tradicional, en los pocos análisis que se han realizado en las ciencias sociales y humanas sobre las epidemias, éstas han sido consideradas como lo que Dupuy (1999) denomina un “fenómeno de pánico”. Cuando irrumpe la noticia de un posible contagio masivo, las masas se individualizan y el orden social se fragmenta. Aparece la irracionalidad, el miedo y el pánico. Y esta lectura podría no estar desencaminada. Tiene diversos fundamentos. Uno en el sentido común, algún otro en la historia y uno curioso en la etimología. Efectivamente, en términos etimológicos la palabra epidemia (*epi-demos*) admite la traducción de “contra el pueblo” o “contra la gente”. Es decir, la epidemia

golpea la vida humana en tanto que vida colectiva o agregado de individuos, y la destruye. Por lo tanto, debemos temerla. En ese sentido, resulta interesante observar que para Hipócrates (1983) una epidemia no era necesariamente una infección en sí misma, sino, más bien, la condición en la que tal infección comienza a ser sostenida en común, afectando no sólo a individuos sino a la totalidad del colectivo o pueblo (*demos*).

Por eso no debería extrañarnos en absoluto que el primer significado que habitualmente se asocia a las epidemias tenga que ver con el pánico. Y, de hecho, existe una imagen colectiva muy extendida que muestra que vivimos en un momento presente especialmente sensible al fenómeno de las epidemias. El miedo a las mismas es intenso y se respira la sensación de que sufrimos un especial momento de apogeo de su riesgo. Así, algunos autores afirman:

The history of our time will be marked by recurrent eruptions of newly discovered diseases [...]; epidemics of diseases migrating to new areas [...]; diseases which become important through human Technologies [...]; and diseases which spring from insects and animal to humans, through manmade disruptions in local habitats. To some extent, each of these processes has been occurring throughout history. What is new, however, is the increased potential that at least some of these diseases will generate large-scale, even world-wide- epidemics (Garret, 1994: xv).

Las informaciones sobre el descubrimiento de nuevos parásitos, las noticias acerca de la actividad de vectores biológicos completamente desconocidos hasta hace poco como pueden ser los priones, la constatación de la mutación y resistencia inesperada de algunas bacterias y virus, etc., han creado un clima de especial alarma en la opinión pública. En éste resuenan ecos de un viejo *ethos* apocalíptico y la vida del elemento patógeno emergente parece ocupar el lugar del mensajero que anuncia un enorme desastre, el fin del mundo o de la civilización conocida. Así, tampoco debería extrañarnos que el segundo significado social que suele asociarse a las epidemias sea el de la urgencia. La posible extensión del vector infeccioso, el miedo a la ausencia de cura o al fenómeno de su mutación descontrolada generan el sentimiento de que es necesaria una acción contra las epidemias cuanto más rápida mejor. Un ejemplo bastante ilustrativo de lo afirmado son las declaraciones que Margaret Chan, directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tuvo que realizar en diciembre de 2009 para negar rotundamente que la asociación que preside haya creado alarmismo, se haya precipitado en sus acciones de prevención y alarma o haya cedido a las presiones de ciertos laboratorios farmacéuticos (*El País*, 30/12/2009).

Epidemia y biopolítica

La relación entre la noción de epidemia y la de biopolítica es inmediata y evidente. Cualquier tipo de acción que tenga que ver con el fenómeno epidémico supone una gestión y tratamiento de lo vivo. Las medidas de prevención, las investigaciones sobre vacunas, el análisis de las relaciones entre humanos y animales que se consideran de riesgo o no, etc., constituyen un verdadero *ethos* político cuyo terreno de juego no es otro que el de la propia vida. Pongamos un ejemplo sencillo de la realidad española. El Real Decreto 1015/2009 del 19 de junio por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, publicado en el BOE núm. 174 (20 de julio de 2009), prevé la existencia de momentos puntuales en los que dada una excepcionalidad biológica o alarma patológica de cierta gravedad, el gobierno autoriza la utilización de medicamentos cuya eficacia terapéutica no haya pasado por todos los ensayos clínicos que establecen los protocolos de seguridad de la OMS. Éste es un ejemplo de intervención política sobre la gestión de la vida, de los límites que definen lo sano y lo patológico y de cómo deben ser tratados. En suma, constituye todo un ejercicio de biopolítica (Rose, 2007). Y no hace falta insistir mucho en que decretos como el anterior se hallan en las legislaciones de todos los países y aparecen incluso recomendados por la OMS.

No obstante, la relación entre los dos conceptos que nos ocupan es incluso mucho más estrecha de lo que marcan medidas como las anteriores. De hecho, afirmamos que la noción de epidemia está en la misma base de la conceptualización de la idea de biopolítica. Para ello, permítasenos recordar que Michel Foucault comienza a manejar la mencionada noción en unos cursos que siguieron a la publicación de *Vigilar y Castigar* y que tituló *Seguridad, Territorio y Población* (2006). En ellos examina cómo la vida y lo viviente se convirtieron paulatinamente en una preocupación de Estado, en un asunto que concernía a los poderes públicos y que les exigía acciones de control y seguridad. Precisamente, su examen atiende a las políticas de salud pública que se implantan en Europa con la progresiva ascensión del pensamiento liberal. En su análisis establece la contraposición de tres diagramas de relaciones de poder que dan forma a otras tantas imágenes del cuerpo político. El primero es un sistema de soberanía y poder jurídico, un sistema de leyes y códigos; el segundo es un poder basado en los dispositivos disciplinarios, y el tercero en aparatos de seguridad (es lo que más tarde denominará biopolítica). El primero opera a través de interdictos y castigo, el segundo a partir del establecimiento de normas, lo que requiere sistemas de observación, vigilancia y corrección, y, por último, el tercero a través de medios de cálculo e intervención

colectiva. Cada uno de estos dispositivos correlaciona con un diagrama o comprensión general de la vida y lo viviente. El esquema de soberanía supone una confrontación centralizada entre el soberano y el individuo. El primero posee la potestad de la muerte y la vida del segundo. El poder disciplinario habla de una situación más descentralizada en la que las instituciones ocupan el lugar del soberano y se actúa a través de la norma y no de la ley. Se busca la permanente perfectibilidad de las capacidades individuales. Por último, en el esquema de seguridad/biopolítica encontramos procesos de distribución, regulación, cálculo y modulación que tienen que ver con grandes poblaciones y cuyo epicentro de actuación es la potenciación de la vida. Efectivamente, en este último diagrama el problema de fondo que plantea Foucault tiene que ver con la gestión de las multiplicidades humanas. Y ésta se realizará a partir de la creación de poblaciones.

La población deja de presentarse como un agrupamiento de voluntades sometidas que deben obedecer el deseo del soberano por medio de los reglamentos, las leyes y los edictos, y se convierte en un conglomerado de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales. Así, su análisis muestra cómo la población pasa a depender del clima, del entorno, de la circulación de riquezas, de costumbres y tradiciones, y especialmente de elementos de subsistencia: nacimientos y defunciones, enfermedades y *epidemias*.

De esta estrecha relación entre epidemia y biopolítica queremos rescatar dos valoraciones. En primer lugar, la propuesta foucaultiana muestra muy acertadamente cómo las epidemias constituyen momentos en los que se genera lo que Agamben (1998) denominará vida desnuda. Es decir, el elemento patógeno convierte el cuerpo de un ciudadano en un simple jirón de vida que es situada en el interior de redes de conocimiento, flujos de prácticas y rutinas y circulaciones de elementos técnicos (vacunas, etc.) que reescriben y redefinen esa vida. Entre otras cosas, producen colectivos enfermos, o sea, poblaciones afectadas y sobre las cuales actuar. En segundo lugar, la epidemia es definida como un acontecimiento que se torna un desafío político cuando aparece. Su contención, su manejo, las medidas de prevención... obligan a distintos poderes a intervenir. El ciudadano cede derechos y los especialistas comienzan a dictar las prácticas adecuadas para regir la vida cotidiana de éste.

La epidemia como objeto sociotécnico

Las anteriores conceptualizaciones abren un camino de análisis que no aciertan a recorrer hasta el final. En ambos casos se está planteando que las epide-

mias son actores *tout court* en nuestra vida cotidiana. Es decir, se reconoce que están presentes en los medios de comunicación, en nuestras prácticas diarias más inmediatas, en nuestro imaginario sobre la salud y la enfermedad, etc. Sin embargo, los mencionados enfoques no plantean un análisis sistemático de todo esto. El fenómeno epidémico permanece en una especie de limbo de excepcionalidad que recoge todavía la vieja idea de que las epidemias son fenómenos escasos, raros y extravagantes en la vida del ser humano. Nuestra pretensión, precisamente, es invertir tal concepción.

Diversos autores y tradiciones¹ han mostrado que resulta sumamente difícil definir de un modo más o menos preciso la expresión “vida cotidiana”. Ésta aparece como un repositorio de prácticas anodinas, una suerte de zócalo por debajo de la actividad institucional o un tipo de potencia que escapa a cualquier formalización o régimen de control. La vida cotidiana es como lo otro de lo instituido, el lado no reconocido de lo estratégico y formalizado. Sea como fuere, para muchos analistas la única conceptualización que se puede realizar de esta especie de *substratum* básico y esencial en nuestras vidas tiene que ver, esencialmente, con el establecimiento de límites que operan como “taken-for-granted”. Invisibles, pero presentes, ausentes formalmente, pero conocidos. Ellos constituyen puntos de anclaje para movernos entre la maraña de instituciones, protocolos, normas, roles, estrategias e ideologías formales que delimitan nuestro día a día. Pues bien, estos límites obviamente no son inmutables. Están sometidos a procesos de cuestionamiento y reconstitución permanente. En ese sentido, las epidemias son un vector que juega un papel importante en tal dinámica. Ellas modifican los límites y significados mencionados y por tal razón se han convertido en un actor relevante en nuestro acontecer diario. Son excepcionales, pero en absoluto raras, simplemente hay que revisar la prensa de los últimos años para constatar que los eventos de contagio están siempre presentes. Complejas, pero muy cercanas, su manejo atañe a consideraciones científicas, políticas, técnicas y, por supuesto, a tradiciones y saberes populares. Por todo esto, nuestra propuesta consiste en examinar con cierto detalle la relación que se establece entre el fenómeno epidémico y nuestra vida cotidiana, es decir, evaluar cómo la epidemia impacta en el juego de límites y dicotomías que asumimos como terreno básico de acción y pensamiento en nuestro día a día. Tal cosa supone aceptar, en

1 Las propuestas más interesantes que caracterizan la vida cotidiana como establecimiento y manejo de dicotomías y límites claros son los trabajos de Garfinkel (2006), por citar al fundador de una corriente que representa esa caracterización, las propuestas de Billig (1996) en el terreno de la psicología social, las aportaciones de De Certeau (1984) en el marco de la antropología y, por supuesto, las obras de Latour (1993, 2001).

primer lugar, que las epidemias no constituyen exclusivamente un problema biológico y médico. Son, por el contrario, fenómenos multidimensionales en los que se mezclan cuestiones científicas con valoraciones políticas, imágenes populares con discursos especializados, tecnologías de todo tipo (de prevención, vigilancia, cura, etc.) con prácticas populares... O sea, una epidemia es un actor constituido sociotécnicamente que muestra diferentes dimensiones completamente vinculadas en una totalidad con sentido. En segundo lugar, como acabamos de mencionar, tal totalidad transforma profundamente las dicotomías clásicas que gobiernan nuestra vida cotidiana. Así, cuando una epidemia aparece, los límites entre lo que es humano y animal se borran, las diferencias entre las escalas locales y globales se mezclan, la tensión entre lo político y lo natural se anula, y las fronteras entre lo sano y lo patológico se quiebran. Por último, conviene tener presente que las mencionadas rupturas no son la antesala de un estado permanente de indefinición práctica y simbólica. Todo lo contrario: constituyen el umbral para una reconstrucción posterior de los mencionados límites con otros significados y sentidos, que reconstituirán nuestras formas de vivir y pensar en lo cotidiano. Consideramos que este conjunto de factores hace de la epidemia un fenómeno sociotécnico (Latour, 2005; Bijker y Law, 1992). El reciente caso de la denominada “pandemia de gripe A (H1N1)” nos permitirá ilustrar todo lo anterior.

Gripe A (H1N1): ¡mucho más que una gripe!

Los primeros casos conocidos de la gripe A (H1N1) se diagnosticaron en California (EUA) el día 17 de abril de 2009. También este país sufrirá la primera muerte que se le atribuye al mencionado brote. Desde esa fecha y hasta el momento actual la nueva epidemia ha estado rodeada de una fuerte polémica que han transmitido y avivado los medios de comunicación. Las razones de este debate no se hallan en las características estrictamente médicas o biológicas del brote. En ese sentido conviene recordar varias cuestiones. La primera es que no se habla de una nueva gripe porque estamos ante un brote tipo A o un subtipo H1N1, la conocida epidemia de gripe de 1918 fue de tipo A/H1N1 y desde la década de 1970 este tipo de virus aparece en los brotes de gripe estacionales, sino porque se documentó una cepa diferente, la denominada S-OIV; en ella reside la novedad de esta epidemia y para ser precisos debería denominarse gripe de virus A/H1N1 y cepa S-OIV (Zimmer, 2009). La segunda es que llama la atención que desde su inicio y hasta el 15 de septiembre de 2009 ha provocado la muerte de 137 personas en Europa y casi 4,000 en todo el mundo; mientras que cada año mueren sólo en el con-

tinente europeo entre 40,000 y 220,000 personas debido a las estacionales. Por último, al contrario de lo que sucede habitualmente con otros brotes, no hay enormes poblaciones de personas comprendidas entre 50 y 70 años amenazadas, de hecho, casi 33% de las personas mayores de 60 años están inmunizadas y no son afectadas por el nuevo virus.

En efecto, las razones de la polémica debemos buscarlas en otro sitio. Concretamente en un hecho que para muchos especialistas en salud y comunicación no tiene precedente histórico: apenas nacida la nueva epidemia se convierte en una situación de excepcionalidad mundial. Así, conviene recordar que EUA se declaró en “estado de emergencia sanitaria nacional” cuando alcanzó la cifra de 20 personas infectadas en todo el país y sin haber documentado todavía la primera muerte causada por el nuevo virus. Del mismo modo, el 29 de abril de 2009, a escasos 12 días de registrar los dos primeros casos, Margaret Chan, directora general de la OMS, declaró que el nivel de alerta por peligro de pandemia se encontraba en fase 5 y ordenó que todos los gobiernos de los Estados miembros de la OMS activasen planes de emergencia y de alerta sanitaria máxima. Un mes después, el 11 de junio del 2009, la OMS declaró que en el mundo ya teníamos una pandemia (fase 6) causada por el virus A/H1N1 S-OIV. Curiosamente, para realizar esta declaración la OMS tuvo que cambiar en el mes de mayo la definición de pandemia. Directamente eliminó la exigencia de que debía existir la mortandad de una parte importante de la población para declarar tal situación de emergencia. Sea como fuere, desde su aparición la nueva gripe A supone la conformación de una situación de excepción en nuestra vida cotidiana.

Situación de excepción

Como hemos mencionado hace un instante, la epidemia de gripe A (H1N1) fue inmediatamente presentada como un riesgo que exigía la aplicación acelerada de medidas excepcionales de detección y contención. La prensa española ilustra muy bien esa situación. Desde el 26 de abril de 2009 podemos leer titulares en portada del tipo: “Alarma mundial por el virus: La OMS ve ‘muy grave’ el brote de gripe porcina en México” (*El País*, 26/04/2009); o “La epidemia de gripe porcina salta el Atlántico y golpea a España y Escocia” (*El País*, 28/04/2009); o también “La OMS eleva el nivel de alerta por el inminente riesgo de pandemia” (*El País*, 30/04/2009). Sin embargo, es la prensa internacional y la literatura especializada la que proporciona la exacta medida de la situación de excepción que se está definiendo: “The global distribution of this novel strain prompted the World Health Organization

to declare the first influenza pandemic of the 21st century in June 2009” (Yang *et al.*, 2009: 739).

No obstante, el brote H1N1 se presentará como una excepcionalidad especialmente extraordinaria en el sentido de que es un virus completamente desconocido: no se conoce su origen, su virulencia, sus periodos de latencia y contagio, etc. Y frente a esta situación se impondrá un ejercicio más agudo de examen y control, así, por ejemplo, lo muestran algunas publicaciones especializadas: “Ultimately leading Mexico to ask Canada and the United States for assistance: this is a new unknown virus, she says, and those are notoriously difficult to detect” (Cohen, 2010: 700).

Efectivamente, en poco tiempo el virus H1N1 convertirá la situación de excepcionalidad de lo que parecía un simple brote de gripe en lo que Agamben (1998) denomina estado de excepción. Pero en este caso nos encontramos ante una situación de excepción biológica en la cual los Estados llegan a plantearse la necesidad de utilizar vacunas que todavía no han pasado por todos los controles clínicos necesarios: “To ask vaccine manufacturers to ‘fill and finish’ some product even before the clinical trials determine the optimal dose in mid-to-late September” (Cohen, 2009: 1328).

O, por otro lado, se atreven a modificar prácticas cotidianas milenarias como muestra el siguiente fragmento:

Egypt became the first Arab country to claim that Hajj and the ritual of Umrah (both of which center around Mecca) were a threat to its citizens’ lives. Oman issued a warning on 6 July for high-risk groups to postpone Hajj. On 10 August, Iran suspended all flights to KSA as a precautionary measure during the peak Umrah season (10). Indonesia has advised Indonesians age 65 years and older to refrain from Hajj (11). Tunisia suspended the Umrah pilgrimage on 5 July and extended the ban to Hajj on 6 October (12)” (Ebrahin *et al.*, 2009: 938).

Es evidente que las medidas que toma el gobierno egipcio o las que adopta el español, como hemos mencionado en apartados anteriores, responden al diagrama de estado de excepción como ejercicio biopolítico que ha analizado Giorgio Agamben. No obstante, este autor establece una correlación estrecha y directa entre el estado de excepción y su promulgación a partir de interdictos legales. Es decir, la conexión entre derecho y relación de poder es inmediata. Pero nuestros ejemplos empujan la mencionada reflexión a terrenos no explorados por el mencionado autor. Nos referimos exactamente a dos cuestiones muy precisas. En primer lugar a la relación entre estado de excepción y biología o medicina. Los interdictos elaborados en el caso de las epidemias se acogen a un argumento de excepcionalidad biológica. El imperativo legal sanciona las recomendaciones y medidas que establecen los expertos, pero, de

hecho, la definición de la situación ha sido definida previamente a partir de un criterio biológico. En ese sentido, se puede hablar de una suerte de “excepcionalidad biológica” que es más básica o esencial que la exclusivamente legal examinada por Agamben. En segundo lugar, el principal terreno de juego de la mencionada excepcionalidad son nuestras más inmediatas prácticas cotidianas. Así, los fragmentos que nos ocupan muestran cómo el rito ancestral de peregrinaje musulmán hacia La Meca queda profundamente impactado por la expansión del virus. Se habla de prácticas positivas (limpieza de manos y cara antes de cada uno de los cinco rezos diarios) o negativas (la obligación para las mujeres de rezar con la cara descubierta, lo que imposibilita el uso de la mascarilla) para la expansión de la epidemia. En ese sentido, también debería recordarse la multitud de casos en los que los controles aeroportuarios denegaron el viaje a ciertas personas, debido a la sospecha de que estaban infectadas por el virus y no podían, por lo tanto, culminar su peregrinaje. Todo esto nos lleva a considerar que el verdadero ejercicio biopolítico que realizan las epidemias al convertirse en un estado de “excepcionalidad biológica” no reside tanto en el conjunto de medidas legales o interdictos que actúan sobre la gestión de lo vivo, a pesar de que éstas se establecen y tienen un efecto importante, como en la modificación de los límites, tensiones o dicotomías que definen nuestra inmediato día a día. En esa alteración o transformación se dirime nuestra percepción, manejo y concepción de que lo que entenderemos por “vivo”, “normal” o “saludable”.

La ruptura de dicotomías

Si algo es característico del fenómeno epidémico, y queda ampliamente puesto de manifiesto en la nueva epidemia de gripe A(H1N1), es su profundo impacto en la propia definición de nuestra vida cotidiana. Y esto se realiza alterando sustantivamente las dicotomías y tensiones que la gobiernan. Las principales subversiones aparecen en las siguientes dimensiones:

Humano-animal

Durante estos dos últimos años la revista *Science* ha publicado diversas imágenes en las que explicaba la evolución de las gripes tipo A y las especies vivas implicadas en la misma. Una de ellas (Webby y Webster, 2003: 1519), por poner un ejemplo, mostraba sobre una línea temporal unas figuras humanas acompañadas en un inicio por imágenes de cerdos, más tarde de gallinas, a continuación patos y finalmente todo tipo de aves. Resulta interesante por-

que muestra gráficamente dos cuestiones. La primera es que los brotes han sido cada vez más frecuentes y virulentos. Y la segunda, que se ha incrementado desproporcionadamente el número de especies animales implicadas en los mismos, ya sea como responsables del estallido del brote o como vectores de contagio. Otras imágenes han mostrado al virus y cómo una vez aislado ofrece al microscopio electrónico una detallada relación de su filogenia genética. Así, algunos autores nos han aclarado que:

Doni's group has used the gene sequences to tease out some of the virus's surprising history. A comparison to known influenza strains in different species shows that about one-third of the virus is from classical North American swine influenza, one-third is North American avian, and the remaining third is divides evenly between human and Eurasian seine (Cohen, 2010: 702).

Una conclusión obvia que se extrae de estas imágenes tiene que ver con la identificación de los animales que participan en los brotes de gripe. Así, mientras que durante todo el siglo anterior se identificaba a patos y cerdos como animales importantes en los mencionados brotes, ahora se han incorporado a la lista otras especies como el pollo, la codorniz o el ganso. Sin embargo, existe una segunda conclusión, menos inmediata, pero más interesante. Nos referimos a la apertura de la barrera humano-animal y al progresivo aumento del cruce interespecie. Efectivamente, las situaciones de epidemia constituyen momentos privilegiados en los que se observa por todas partes, especialmente en los medios de comunicación, la proliferación de lo que Latour (1993) ha denominado híbridos humano-animal. En el caso de la gripe A(H1N1) ha sido muy llamativa esa ruptura. La conceptualización del virus ha sido la de un vector dinámico, en permanente movimiento, que coloca en el mismo plano ontológico a seres humanos y animales, compartiendo vicisitudes y futuro.

Before that event, the receptor specificity of avian influenza viruses was thought to prevent their direct transmission to humans. Transmission from aquatic birds to humans was hypothesized to require infection of an intermediate host, such as the pig, that has both human-specific (2-6 sialic acid) and avian-specific (2-3 sialic acid) receptors on its respiratory epithelium. The 1997 H5N1 event demonstrated that domestic poultry species may also act as intermediate hosts. H5N1 viruses continue to emerge and evolve despite heroic measures taken to break their evolutionary cycle in the live poultry markets of Hong Kong: the elimination of live ducks and geese (the original source), the elimination of quail (the source of the internal genes of H5N1/97), and the institution of monthly "clean days", when all 1000-plus retail markets are emptied and cleaned (Webby y Webster, 2003: 1520).

Pero hay algo más en los anteriores fragmentos e imágenes. Algo que hace referencia al movimiento y las migraciones que llevan a cabo los seres vivos: a su contacto a través del tiempo y del espacio, a su transitar por diversas geografías y al transporte del mismo virus gracias a esa movilidad. Algo, en definitiva, que tiene que ver con la relación entre lo local y lo global.

Global-local

Leamos con atención los siguientes fragmentos:

Hundreds of other scientists, doctors, secretaries of health, and even presidents would also start losing sleep over a virus now officially known as 2009 A (H1N1) (Cohen, 2009: 700).

Because of web cast press conferences, Twitter, Facebook, YouTube, Google Maps, and Skype, yet the same Internet-fueled technologies have helped these same people do their jobs (Cohen, 2009: 701).

¿Qué denominador común poseen? Sencillamente muestran la dificultad de definir la verdadera escala en la que se mueve una epidemia. Ésta, de manera contraintuitiva y paradójica, es local y global al mismo tiempo. En uno de sus trabajos más antiguos, ya Michel Foucault (1976) mostró que existe una relación harto compleja entre lo global y lo individual en el fenómeno epidémico. Obviamente, la enfermedad se manifiesta en los individuos mediante síntomas concretos, se contagia entre éstos, y ellos sufren y hablan de la misma. No obstante, la epidemia requiere de una escala colectiva y global para formarse como tal. Pero la actual epidemia de gripe A (H1N1) va más allá y alcanza una escala que más que global podemos denominar “total”. Es decir, junto a la ubicación individual y global del problema, aparece otra en la que de manera extensiva se muestra que cualquier país puede ser afectado y no existe manera de prever el alcance de ese movimiento. Además, la lucha contra la epidemia afecta e implica a multitud de diferentes actores, localizados, a su vez, en diferentes escalas. Así, en primera línea tenemos al personal sanitario, pero también son relevantes los investigadores, los gestores de laboratorios y empresas farmacéuticas, políticos en todo tipo de administraciones, personal de seguridad, personal de limpieza, etc. Y un elemento nuevo en el fenómeno epidémico, que queda manifiesto en los anteriores fragmentos o es central en otros como el que se puede leer a continuación, es la tecnología.

We used to do things with our hands and smelling and looking at the patients. During the past few weeks, she notes, scientists have rapidly shared sequences of the viruses,

digital images of patient x-rays, and electron micrographs of the new H1N1. At this point in history, this is the best surveillance we've ever had (Cohen, 2009: 701).

Como han declarado muchos especialistas, la gripe A (H1N1) será recordada, entre otras cosas, por el papel masivo que ha jugado la dimensión tecnológica en su tratamiento. Ésta va mucho más allá de las cuestiones científicas y expertas. Tiene que ver con el movimiento de la información en internet casi en tiempo real y con la posibilidad de un tipo de atención y vigilancia hacia el fenómeno epidémico hasta ahora nunca conocido, nos referimos a un control en tiempo inmediato de la expansión del virus por todo el mundo. En ese sentido, una de las primeras medidas que adoptó la OMS fue crear una página web² para realizar una vigilancia exhaustiva de la difusión de la epidemia. Si el lector tiene la paciencia de consultarla observará no sin cierta sorpresa que el detalle del mencionado ejercicio de seguimiento es tal que se registra cualquier caso de contagio en el mundo y la transformación que sufren los síntomas. Por todas estas razones consideramos que la gripe A (H1N1) pone sobre el tapete la cuestión de la ruptura de las escalas habituales que manejamos en nuestra vida cotidiana y presenta un nuevo tipo de fenómeno en el que se establece una escala de acción "total" en la movilización de actores y medios, y en el alcance de sus efectos y consecuencias.

Resulta evidente que una sacudida y alteración de la escala local-global supone entrar de lleno en el terreno de la política. La mencionada escala "total" desborda las fronteras de los Estados nación, genera alarmas transcontinentales y conforma organizaciones sociales globales. Su manejo exige una nueva concepción de lo político. Y ésta no puede ser ajena a la dimensión biológica que implica el fenómeno epidémico. En ese sentido, la relación política-naturaleza es completamente reevaluada cada vez que aparece una epidemia.

Política-naturaleza

In 2001, WHO initiated the development of a Global Agenda for Influenza Surveillance and Control. Its four main objectives are to strengthen influenza surveillance, improve knowledge of the disease burden, increase vaccine use, and accelerate pandemic preparedness (7). In May 2002, this document was adopted after proposals and public comment were invited. The document advocates the development of methods and reagents that can be used to rapidly identify all influenza virus subtypes, thereby allowing integrated influenza surveillance in humans and in other animals. WHO, with

2 www.who.int/csr/disease/swineflu/es/index.html

its global influenza network of more than 100 laboratories and its distinguished record of planning for yearly interpandemic influenza, is ideally situated to play a broader role in facilitating international cooperation for the rapid exchange of viruses, reagents, and information. Influenza continually evolves at the human lower animal interface and thus can be unpredictable (Webby y Webster, 2003: 1519).

Estas escasas doce líneas muestran que la preparación para afrontar una pandemia es idéntica al despliegue de un estado de excepción. A pesar de que la noción clásica de “estado de excepción” hace referencia a un riesgo manifiesto, directo, identificable y al alcance de la mano, en el caso de la “excepción biológica” tenemos una transformación profunda de organización cotidiana ante la mera amenaza de un riesgo lejano, a veces mínimo, y casi siempre sin definir claramente. Pero para que quede mucho más clara la vinculación entre política y naturaleza, deberíamos considerar que el documento de la OMS al que se refiere el anterior fragmento³ presenta la curiosidad de aspirar a desarrollar un protocolo capaz de identificar todo tipo de virus de gripe, mientras que, por definición, la evolución de los brotes de gripe es siempre algo indefinida e impredecible. La única manera de inteligir semejante contradicción es asumiendo que la intervención humana (la acción de gestión, control, en definitiva, la actividad política) atraviesa y entra de lleno en los ciclos naturales. En suma, se socava la barrera entre lo político y lo natural.

Las principales medidas que se desprenden de la “excepcionalidad biológica” (prevención, tratamiento, contagio, modificación de los ciclos naturales, etc.) y que rompen la anterior barrera tienen otra importante consecuencia cuando hablamos de la categoría “enfermedad”: transforman las fronteras entre lo que se considera sano y lo que se valora como patológico.

Sano-patológico

En los primeros momentos del brote de la epidemia las personas sospechosas de estar infectadas eran recluidas e incluso aisladas. Poco tiempo después, simplemente eran diagnosticadas y dadas de alta. La razón de estas fluctuaciones, como muestra el siguiente fragmento, es que no está clara la virulencia y capacidad de contagio del virus:

The new virus (el H1N1) is a bit more pathogenic than seasonal influenza but nowhere near as dangerous as the 1918 pandemic virus or H5N1 avian influenza. The studies disagree, however, on how easily the virus spreads: One team concludes that it does so

3 Puede consultarse en la siguiente página web: www.who.int/csr/disease/swineflu/es/index.html

very well, but the other believes that it's only moderately adept at jumping from one animal to the next, or, for that matter, between humans (Enserink, 2009: 17).

O dicho con otras palabras: resulta prácticamente imposible establecer un límite claro para decidir qué se considera un situación de salud ligeramente alterada o qué se establece como una patológica que requiere intervención y aislamiento. La consecuencia más evidente que supone la borrosidad del límite entre lo sano y lo patológico es que, finalmente, toda la población es considerada, de facto, enferma. A continuación reproducimos un fragmento de un documento que detalla desde un punto de vista técnico las investigaciones sobre las posibilidades de transmisión y control del nuevo virus; pedimos al lector que lo lea con atención.

By using household studies and modeling, we estimate that 30 to 40% of influenza transmissions occur in households, about 20% in schools, and the remainder in other settings such as workplaces and the general community [see Halloran *et al.* (18) and table S12]. On the basis of this information and the estimated transmission parameters using maximum likelihood methods from U.S. households and the St. Francis Preparatory School (15), we estimated the lower bound on the R_0 to be from 1.3 to 1.7 and an upper bound as high as 2.1 (table S5). From the epidemic in Mexico (figs. S3 and S10), with use of maximum likelihood methods, we estimated the mean generation interval to be 3.2 days (95% CI from 3.0 to 3.5 days) (figs. S4 and S5) and R_0 to be 2.3 (95% CI from 2.1 to 2.5), although the R_0 could be as high as 2.9 (95% CI from 2.6 to 3.2) (table S7) for that setting (Yang *et al.*, 2009: 732).

Como se puede observar, las proyecciones científicas operan sobre el supuesto de que no existe ningún límite entre la salud y la enfermedad. Es decir, toda la población es susceptible de contagio; por lo tanto, las epidemias se conceptualizan como una suerte de objeto global que, una vez instalada en nuestra realidad, convierte a todo el mundo en foco de enfermedad. En ese sentido resulta ilustrativo el siguiente fragmento:

Phase 5 indicates sustained human-to-human transmission of a novel influenza strain of animal origin in one WHO region of the world, and exported cases detected in other regions. In this outbreak, the earliest affected country may have been Mexico, with many cases in other nations associated with travels from that country. There are uncertainties about all aspects of this outbreak, including the virulence, transmissibility, and origin of the virus, and this in turn results in uncertainty in judging the pandemic potential of the virus and when reactive public health responses, such as recommendations to stay at home or to close schools, should be implemented in individual countries. Here we report findings of key early investigations into the outbreak that could aid such policy decisions (Fraser *et al.*, 2009: 1557).

Sea como fuere, resulta evidente que las epidemias trastocan nuestra concepción de la salud y su relación con lo patológico, igual que mezclan la relación entre política y naturaleza, subvierten las escalas locales y globales o rompen las distinciones ontológicas entre humanos y animales. De todas formas, tales alteraciones no significan que las mencionadas dicotomías se tornan obsoletas o se vacían de significado y contenido. Todo lo contrario: el mismo proceso de su subversión implica un contramovimiento de reconstrucción. Eso sí, añadiendo un nuevo elemento significativo en las mismas: el criterio biológico y “natural” que aporta la medicina.

“Epidemia”: la venganza sociotécnica de la naturaleza

Después de todo lo dicho hasta el momento no resulta exagerado afirmar que las situaciones de contagio generalizado son situaciones biopolíticas. En ellas los interdictos judiciales y las medidas políticas se proyectan sobre el ámbito de la vida para gestionarla en sus aspectos más íntimos. Así, las epidemias impactan y transforman nuestra realidad cotidiana. Su ámbito de acción es más molecular de lo que pudiera pensarse. Éste tiene que ver con los supuestos, tensiones y dicotomías que asumimos como límites insoslayables en nuestro día a día. Y la transformación de éstos significa alterar nuestra vida, añadir nuevas prácticas, significados y sentidos. De este modo, las epidemias permiten sostener que junto a los grandes estados de excepción que señalan fenómenos como, por ejemplo, la guerra contra otros Estados o el terrorismo internacional, también existe una masa de reiterados y permanentes microestados de excepción, menos perceptibles o llamativos, que impactan en nuestra realidad cotidiana más molecular e inmediata, alterando sus claves y límites. Su acción de gobierno residiría, precisamente, en ese permanente ajuste de tales fronteras. Pero para comprender en toda su amplitud en qué consiste el ejercicio biopolítico de las epidemias hay que atender a dos factores específicos. En primer lugar al hecho de que tras las mencionadas subversiones se implementa una reconstitución de los límites y dicotomías de nuestra cotidianidad, colocando como elemento mediador indispensable a la medicina y a sus criterios biológicos. En segundo, hay que atender a la llegada, con la mencionada reconstitución, de un régimen o concepción del cuerpo también centrado en las dimensiones de naturalidad y biologicismo que define la medicina.

La reconstrucción de la viejas dicotomías

Como han señalado algunos autores, la conmoción y alteración de nuestras dicotomías cotidianas conllevan dos posibles comportamientos. En primer lugar, se pueden ignorar (Michael, 2004). En segundo, aceptar y manejar su renovación y reconstrucción. Éste es el caso de las epidemias y pandemias. Tales fenómenos operan como momentos en los que el tejido de dicotomías de nuestra vida cotidiana es desecho y rehecho incorporando la importancia de un nuevo elemento: lo médico. Efectivamente, si leemos los fragmentos que reproducimos en seguida,⁴ observaremos que las dicotomías humano-animal, local-global, política-naturaleza y sano-patológico están alteradas e intervenidas por la medicina. Ésta se instituye en un mediador que re-actualiza y resignifica las mencionadas tensiones. A partir de este momento ya no son pensables sin su papel.

Before that event, the receptor specificity of avian influenza viruses was thought to prevent their direct transmission to humans. Transmission from aquatic birds to humans was hypothesized to require infection of an intermediate host, such as the pig, that has both human-specific (2-6 sialic acid) and avian-specific (2-3 sialic acid) receptors on its respiratory epithelium. The 1997 H5N1 event demonstrated that domestic poultry species may also act as intermediate hosts. H5N1 viruses continue to emerge and evolve despite heroic measures taken to break their evolutionary cycle in the live poultry markets of Hong Kong: the elimination of live ducks and geese (the original source), the elimination of quail (the source of the internal genes of H5N1/97), and the institution of monthly “clean days,” when all 1000-plus retail markets are emptied and cleaned (Webby y Webster, 2003: 1520).

In 2001, WHO initiated the development of a Global Agenda for Influenza Surveillance and Control. Its four main objectives are to strengthen influenza surveillance, improve knowledge of the disease burden, increase vaccine use, and accelerate pandemic preparedness (7). In May 2002, this document was adopted after proposals and public comment were invited. The document advocates the development of methods and reagents that can be used to rapidly identify all influenza virus subtypes, thereby allowing integrated influenza surveillance in humans and in other animals. WHO, with its global influenza network of more than 100 laboratories and its distinguished record of planning for yearly interpandemic influenza, is ideally situated to play a broader role in facilitating international cooperation for the rapid exchange of viruses, reagents, and information. Influenza continually evolves at the human lower animal interface and thus can be unpredictable (Webby y Webster: 1519).

4 Para enfatizar el hecho de que el proceso de demolición y reconstrucción es prácticamente simultáneo hemos reproducido fragmentos que ya habíamos presentado al lector en otros apartados. Ahora proponemos una lectura desde esta mirada de reconstitución.

Así, las epidemias obligan a repensar nuestra relación con otros seres vivos atendiendo a las recomendaciones de técnicos y especialistas, cambian el carácter de la relación entre la escala local y global, la frontera entre lo sano y lo patológico, etc. Pero es la medicina, con sus criterios biológicos, la que se constituye permanentemente en el terreno de intersección de esas categorías o ámbitos.

Un régimen sobre el cuerpo

Uno de los elementos omnipresentes en todo brote epidémico son las teorías conspirativas. La de gripe A (H1N1) no es una excepción. En esta ocasión, el principal denominador común de las suspicacias ha girado alrededor de la vacunación como herramienta privilegiada para combatir el brote. Más allá del debate sobre la veracidad o exageración de tales teorías, resulta sumamente interesante constatar que lo que denuncian en realidad es la instauración de un determinado régimen o concepción sobre nuestro cuerpo. Las teorías conspirativas vindican nuestro derecho a decidir si nos vacunamos o no, si nos sometemos o no a los protocolos médicos; reclaman, en definitiva, un ejercicio de resistencia ante el abandono completo de nuestro cuerpo en manos de la estructura médica que suponen todas las recomendaciones especializadas en materia de epidemias y pandemias.

Y es que cuando hablamos de contagio hablamos de cuerpos. Las epidemias ponen en juego una concepción o régimen sobre el cuerpo. Esto se ha olvidado. La información, especializada o no, que circula sobre epidemias, las imágenes que se ofrecen de los virus, de su tratamiento, origen, etc., soslaya que lo que está en el centro de toda epidemia es un conjunto de cuerpos. La historia, por ejemplo, hace evidente tal cosa. Si se revisan los cuadros, grabados y descripciones que se realizaron en la Edad Media o en el Renacimiento sobre el fenómeno de la peste no nos cabe duda de que el lector recordará imágenes sobre esqueletos danzantes, cuerpos llenos de llagas y pústulas, montañas de cadáveres o las famosas máscaras con un pico enorme de ave que los antiguos galenos y practicantes utilizaban para tratar con el cuerpo de los enfermos y no contagiarse.⁵ Todo ese imaginario pone de manifiesto que la epidemia es ante todo un fenómeno físico, que atañe al sufrimiento de la carne, que invade y destruye lo corporal. Nos habla de transmisión entre superficies de cuerpos. La relación con la enfermedad es una relación con éste y no con cualquier otro elemento. Esto ha desaparecido en las actuales epidemias.

5 Puede consultarse una amplia retrospectiva sobre el tema en Mitre (2004).

La molecularización de la medicina ha supuesto, entre otras cosas, la desaparición de la imagen del cuerpo integral en la información sobre afecciones o tratamientos (Rose, 2007). Ahora representamos virus y bacterias, partes de tejidos o zonas internas del cuerpo, moléculas que actúan y células que son invadidas. Sin embargo, simplemente consultando los debates sobre la conveniencia de la vacunación masiva, los diferentes documentos que diversas instituciones sanitarias han elaborado para enfrentarse al problema de la gripe A (H1N1) o leyendo titulares como el que reproducimos a continuación, se torna evidente que el cuerpo es un elemento central en las epidemias.

Asimismo, las autoridades recomendaron a la población “evitar sitios concurridos o acontecimientos multitudinarios”, igual que “lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón” y “no saludar de beso ni de mano” (*El Periódico*, 25/04/2009).

Y es mucho más evidente cuando se destacan las medidas técnicas que se han utilizado para proteger a los ciudadanos. Éstas no son más que artilugios que hablan o de un cuerpo enfermo o de otro amenazado.

El protocolo, establecido por el Ministerio de Sanidad y Política Social, determina que ante una posible situación de riesgo relacionada con la gripe las aeronaves que se dirijan a las áreas afectadas deberán ir provistas de guantes, mascarillas y batas. Asimismo, los vuelos procedentes de las áreas afectadas deberán separar y aislar los viajeros con síntomas relacionados con este tipo de gripe [...] que serán atendidos por un solo tripulante provisto de medidas de protección personal (*El Periódico*, 25/04/09).

Permítasenos recordar durante un instante los protocolos sanitarios para enfrentarse a la epidemia de gripe A que acabamos de mencionar. Cuando se leen con detalle aparecen inmediatamente esbozadas dos preguntas: a) ¿qué es un cuerpo?, y b) ¿de quién es el cuerpo infectado? En estos documentos⁶ siempre aparece un esquema con dos partes claramente diferenciadas. En la primera encontramos definiciones y clasificaciones de caso, criterios para valorarlo y protocolos de intervención. En la segunda, organigramas que explicitan cómo y a dónde derivar los casos, nos referimos a la necesidad de intervención primaria u hospitalización. Pues bien, ambos conjuntos de elementos constituyen respuestas fácticas a nuestras preguntas. En primer lugar, el cuerpo es una entidad pasiva, que ha sido invadida, sin capacidad de reacción y que necesita un apoyo externo para recuperarse. Ese apoyo viene dado exclusivamente por los criterios médicos. En segundo lugar, el cuerpo, nuestro cuerpo, pertenece al entramado médico, a sus instituciones, a sus instancias

⁶ Nuestra reflexión se basa en los elaborados por la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya y el Ministerio de Sanidad del Estado Español. Pueden consultarse en las respectivas páginas web de tales organismos.

de actuación y a sus mecanismos de intervención y tratamiento. En este sentido, la epidemia opera como una especie de aparato de captura cuyo objetivo es nuestra dimensión corporal. Lo define de una determinada manera y lo inscribe en un circuito concreto de saberes y estructuras. En este esquema de apropiación destaca por su evidencia el uso de las metáforas bélicas para conceptualizar al cuerpo enfermo o contagiado. Mediante las prescripciones y las recomendaciones de cuidado y atención se convierte al cuerpo en algo que necesita ser protegido de un invasor foráneo y desconocido. Por el contrario, los otros cuerpos, la corporalidad ajena, es transformada en algo extraño, una posible amenaza, se impone, en ese momento, la necesidad de aislamiento y distancia. Por lo tanto, el cuerpo deviene una entidad individual y discreta. Su único apoyo es la estructura médica, su única realidad los consejos biológicos basados en un conocimiento privilegiado de la naturaleza que ésta le proporciona. De algún modo, el cuerpo de la epidemia es una entidad que vuelve a su origen, abandona los devaneos con lo colectivo, lo social y la cultura para tornar a esa perdida naturaleza que le otorga el criterio médico. La epidemia, por lo tanto, es un momento en que la vida cualificada, la vida de esta o aquella persona, de este o aquel ciudadano, con sus deseos, anhelos, miedos y potencias, se transforma en mera vida, en vida desnuda, diría Agamben (1998) recordando a Benjamin. Una vida que gracias al aparato médico es reducida y equiparada a un cuerpo individual, amenazado, doliente y pasivo.

Conclusiones

Un médico anónimo, en una intervención televisiva del mes de mayo de 2009, finalizó sus consejos para prevenir el contagio de gripe A (H1N1) apostillando que los problemas del siglo XXI serían, exactamente, el hambre y las epidemias. Efectivamente, su perspicacia está en concordancia con la presencia masiva de éstas en la prensa. Desde hace años los fenómenos de contagio o las alarmas de pandemia son omnipresentes en nuestra vida cotidiana. Algunos trabajos las han analizado como fenómeno de pánico y otros en términos de situación biopolítica. No obstante, estas aproximaciones no nos parecen por entero satisfactorias. Abren un camino, innegablemente interesante, que no llegan a recorrer hasta el final. En ese sentido, hemos planteado prestar una especial atención al efecto que las epidemias tienen sobre nuestra inmediata cotidianidad.

Para ello, proponemos conceptualizarlas como fenómeno sociotécnico. Esto quiere decir que deben analizarse íntegra y conjuntamente dimensiones que tienen que ver con la medicina, la política, la ciencia, la tecnología, la

opinión ciudadana, etc. También supone aceptar que hay un impacto transformador sobre nuestra cotidianidad y que hay que atender al desafío de desentrañar cómo y en qué consiste semejante transformación. Consideramos que una primera respuesta a estos interrogantes aparece cuando se examina cómo las dicotomías humano-animal, local-global, político-natural y sano-patológico sufren el doble proceso de ser cuestionadas o conmocionadas y reinventadas o redefinidas. Este ejercicio de reconstrucción se realiza gracias a la intervención de un nuevo elemento significativo en las mencionadas dicotomías: la medicina.

Consideramos que hay una estrecha relación entre las epidemias y los ejercicios biopolíticos. Sin embargo, esa conexión no se debe tanto al hecho de que generan interdictos que plantean situaciones de excepcionalidad como a la transformación de las dicotomías cotidianas que acabamos de mencionar. Este proceso tiene dos consecuencias. En primer lugar, resignifica las anteriores dicotomías otorgando un enorme valor a los criterios biológicos que aporta la medicina. En segundo, las epidemias aportan una nueva concepción o un nuevo régimen sobre lo corporal. Éste es aislado, inevitablemente individualizado y devuelto al crisol de la biología.

Bibliografía

- Agamben, Giorgio (1998), *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia: Pre-Textos.
- Billig, Michael (1996), *Arguing and Thinking: a rhetorical approach to social psychology, revised edition*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bijker, Wiebe.E. y Law, John [eds.] (1992), *Shaping Technology/Building Society. Studies in Sociotechnical Change*, Cambridge (Ma): MIT.
- Cipolla, Carlo M. (1993), *Contra un enemigo mortal e invisible*, Barcelona: Crítica.
- Cohen, John (2009), "A Race Against Time to Vaccinate Against Novel H1N1 Virus", en *Science*, 325, septiembre, pp. 1328-1329.
- Cohen, John (2010), "Out of Mexico? Scientists Ponder Swine Flu's Origins", en *Science*, 324, mayo, pp. 700-703.
- Enserink, Michael (2009), "Ferrets Shed Light on New Virus's Severity and Spread", en *Science*, 325, julio, p. 17.
- De Certeau, Michel (1984), *The Practice of Everyday Life*, Berkeley: University of California Press.
- Dupuy, Jean Pierre (1999), *El pánico*, Barcelona: Gedisa.
- Ebrahim, Stephen *et al.* (2009), "Pandemic H1N1 and the 2009 Taj", en *Science*, 326, noviembre, pp. 938-940.

- El País* (26/04/2009).
- El País* (28/04/2009).
- El País* (30/04/2009).
- El País* (30/12/2009).
- El Periódico* (25/04/2009).
- Foucault, Michel (1976), *El nacimiento de la clínica*, Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2006), *Territorio, seguridad, población*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, Jean *et al.* (2009), "Pandemic Potential of a Strain of Influenza A (H1N1): Early Findings", en *Science*, 324, junio, pp. 1557-1561.
- Garfinkel, Harold (2006), *Estudios en etnometodología*, Barcelona: Amorrortu.
- Garret, Louis (1994), *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance*, New York: Penguin.
- Hipócrates (1983), *Sobre la naturaleza de l'home; Epidèmies, I i III*, Barcelona: Fundació Bernat Metge.
- Latour, Bruno (1993), *Nunca hemos sido modernos*, Madrid: Debate.
- Latour, Bruno (2001), *La esperanza de Pandora*, Barcelona: Gedisa.
- Latour, Bruno (2005), *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network Theory*, Oxford: Oxford University Press.
- Ledermann David, W. (2003), "El hombre y sus epidemias a través de la historia", en *Revista Chilena de Infectología*, Aniversario 2003, pp. 13-17.
- Michael, Mike (2004), "On Making Data Social: heterogeneity in sociological practice", en *Qualitative Research*, vol. 4, p. 523.
- Mitre Fernández, Emilio (2004), *Fantasmas de la sociedad medieval: enfermedad, peste, muerte*, Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Rose, Nikolas (2007), *The Politics of Life Itself*, Oxford: Princeton University Press.
- Watts, Sheldon (2000), *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Webby, Robert y Webster, Rom (2003), "Are We Ready for Pandemic Influenza?", en *Science*, 302, noviembre, pp. 1519-1522.
- Yang, Yin *et al.* (2009), "The Transmissibility and Control of Pandemic Influenza A (H1N1) Virus", en *Science*, 326, octubre, pp. 729-733.
- Zimmer, Sam (2009), "Historical Perspective: Emergence of Influenza A (H1N1) viruses", en *NEJM*, julio (16), p. 279.

Francisco Tirado. Doctor en Psicología Social y profesor titular de la misma disciplina en la Universitat Autònoma de Barcelona. Forma parte de un grupo de investigación oficialmente reconocido y consolidado denominado Grup d'Estudis Socials en Ciència i Tecnologia (GESOCIT). Sus principales líneas de investigación son: a) nuevas formas de conceptualizar lo social, b)

estudios sociales de la ciencia y la tecnología centrados en la medicina, c) nuevas formas de control y reproducción social, d) biopolítica y capitalismo. Publicaciones recientes: *Lo social y lo virtual. Teoría de la socialidad mínima*, Amantia (2010); “Not Just Software: Free Software and the (Techno) Political Action”, en *International Journal of Technoethics* (2010); “The Question of Movement in Dwelling: Three Displacements in the Care of Dementia”, en *Space and Culture* (2009).

José A. Cañada. Licenciado en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualmente se encuentra finalizando sus estudios de Máster en Investigación en Psicología Social por la misma universidad. Sus principales líneas de investigación son: medicina y epidemias desde una perspectiva social e identidad social espacial.

Recepción: 31 de julio de 2010.

Aprobado: 06 de octubre de 2010.