

*Gripe aviar, la pandemia narrada.  
Estructura y connotaciones  
socioculturales del imaginario narrativo  
y la intervención sobre crisis sanitarias  
mundiales.*

*Enrique Couceiro Domínguez*  
Universidad de A Coruña

I. INTRODUCCIÓN. GESTIÓN DE CRISIS Y UN CONCEPTO CRÍTICO DE “DESARROLLO”.

Como afirma categóricamente Herzfeld (2001:133), a medida que nos adentramos en el S.XXI una de las pocas seguridades que nos quedan es que el intento de abolir la incertidumbre ha fracasado. Y es entonces cuando podemos interpretar la emergencia y proliferación de organizaciones burocráticas, comunidades organizadas, ONGs, etc., como artefactos contrapuestos al riesgo y al peligro para procurar su reducción. O por lo menos para abordar la gestión de éstos en cualquiera de sus diversas caracterizaciones -pandemias, hambrunas, desastres naturales, conflictos, catástrofes ambientales, etc.- y dentro de unos márgenes que, al menos, nos permitan coexistir con dichas plagas. Pero en todo caso, la misma proliferación de organizaciones y planteamientos comunitarios ha introducido nuevas y mayores áreas de opacidad en los asuntos humanos, siendo la víctima más evidente del proceso la idea de grupo humano circunscrito –la “sociedad” o la “cultura” del imaginario clásico de la antropología y sociología-. Las sociedades son imágenes cuyos límites político-jurídicos y

simbólico-morales observamos disolverse de hecho en ámbitos más amplios de integración institucional y vinculativa, que a su vez se ven multifacéticamente interconectados –y eclipsados– en un sistema mundial. Las “culturas”, por su parte, aparecen no ya como reificaciones cuasi-específicas, sino como procesos provisionales concretados en el curso de la dialéctica interfaz entre la globalización y la localización.

Pues bien, consecuentemente, las crisis de riesgo modernas y contemporáneas –crisis tales como las sanitarias– obedecen también a esta tendencia dual y simultánea de “globalización”. Esto conlleva que esas emergencias complejas como “crisis humanitarias”, que emergen en cierta región del mundo, pueden afectar con probabilidad a toda la humanidad a través de una transmisión acelerada, pero en ésta, distintivamente, sobre todo a quienes participan de determinados modos de sociedad. Dado que esta incidencia general a menudo se pretende diferencial –caso del SIDA y su incidencia letal esencialmente africana en las dos primeras décadas de extensión de la pandemia– la clasificación de aquellas emergencias es problemática en el sentido de que involucra decisiones políticas acerca de lo que constituye “peligro” y “para quién” (Fairweather, 1997: 19).

Desde el discurso “experto”, quienes destacadamente asumen un mayor riesgo, y fundamentalmente el peligro inicial y decisivo, son las llamadas sociedades “en desarrollo” –aquellas poblaciones históricamente tratadas como periféricas, liminales desde un imaginario evolutivo-progresista unitario de la historia–. En D’Souza (1985:18-19) encontramos una sencilla enunciación del concepto de *desarrollo* desde la perspectiva de la “antropología para el desarrollo” acerca de las situaciones de crisis: “...definimos desarrollo como aquellas intervenciones que hacen a una sociedad menos vulnerable a los desastres de cualquier tipo...”. Lo que sucede con tal definición es que en el contexto de la globalización el decremento de la vulnerabilidad debe implicar por lógica articular al conjunto de la sociedad mundial, no sólo por la imposibilidad virtual de que cada país actúe eficazmente en aislado, sino porque el incremento de la seguridad –significativamente respecto a las pandemias–, requiere la extensión de los sistemas de prevención de riesgo a poblaciones de cualquier latitud, de forma que brinden cobertura a la totalidad de ellas, y sin que supongan graves desequilibrios en la distribución los costes económicos, sociales y culturales de tales intervenciones.

De todas formas, no puede obviarse la profunda crítica que la noción de desarrollo ha recibido en las últimas décadas (Escobar, 1991): la misma trama del “desarrollo”, tan eurocéntrica como su predecesora decimonónica “civilización”, resulta ser una retórica discursiva aunada a un intervencionismo que ha posibilitado una política cultural de dominación sobre el mundo no euroamericano. Dominación que reproduce –renovadas– anteriores pautas de expansión colonial. Sin que necesariamente conlleven formas expeditivas de

intervención, los programas de desarrollo dirigido desde instancias estatales –o de estados-metrópolis, o de organizaciones internacionales como el Banco Mundial- a menudo han sido responsables de quebrantos económicos en poblaciones que no aceptan determinadas formas de gestión económica; de la uniformización en las economías agrarias, de desastres ecológicos, de pérdida de variabilidad genética de especies domésticas, etc. Hay un efecto concatenado de la intervención internacional, como es magnificar las distancias de riqueza y, por ejemplo, el refuerzo de redes clientelares que mantienen la postración de amplias capas de población que se pretendía, teóricamente, promover. En el Tercer Mundo, el discurso del desarrollo deviene instrumento de esta hegemonía. La narrativa convencional de los estudios e informes sobre el desarrollo invoca fundamentalmente los mismos clichés de pereza, caos organizativo, ineficiencia productiva, incapacidad innovativa, suciedad o corrupción como rasgos característicos de sociedades locales, tal y como puede encontrarse en el discurso colonial de otros tiempos. Tales atributos de carencias, atrasos, etc., son evidentes incluso cuando se atenúen con eufemismos no menos insidiosos. Y como veremos, esta construcción desangelada del otro-como-inferior se acompaña casi sistemáticamente de un tácito o explícito descrédito acerca de las capacidades locales para formular líneas prácticas autogestionadas de suficiencia agraria, política, sanitaria, etc.

Escobar (1991), uno de los principales impulsores de la “antropología crítica del desarrollo”, señala que los procesos de “desarrollo inducido” suelen resultar parte del problema que se trata de combatir, no parte de la solución; y la antropología del desarrollo convierte en manifiesta la silenciosa evidencia incorporada en el discurso desarrollista. Desde esta lógica se muestra consecuentemente crítica con los modelos de desarrollo sanitario que, proyectados por especialistas metropolitanos –entre ellos epidemiólogos o especialistas biomédicos en general, cuya intervención no consideran exenta de un compromiso con el horizonte de dominación de tales intervenciones-pretenden implantarse de forma generalizada más allá del ámbito euroamericano.

Claro que, para observar en toda su compleja dimensión esta polémica, dada la enorme gravedad humana y emergencia de los problemas en los que se concreta su temática, también debemos considerar la perspectiva de los seguidores de la planificación del desarrollo, tanto desde la medicina como desde las ciencias sociales. Para los antropólogos del (o *para* el) desarrollo (así Horowitz, 1994) y en general los especialistas implicados en una orientación aplicada de las distintas disciplinas convergentes en el objetivo del desarrollo, las críticas que emanan de la nueva antropología *crítica* del desarrollo son moralmente erróneas, al considerarlas conducentes a la desactivación de empresas de compromiso eficaz en un mundo que necesita desesperadamente del concurso de médicos, antropólogos, biólogos, etc. Cuestionan a su vez a los

críticos en el sentido de que centrarse en el análisis del discurso del desarrollo equivoca de plano el envite, dado que la pobreza o la vulnerabilidad sanitaria no son simples problemas contruidos con el lenguaje, sino emergencias de carácter político, económico o demográfico.

Enfocando la controversia en el tema que es objetivo amplio de esta disertación, concretamente el abordaje de situaciones de crisis sanitarias de carácter mundial, quiero presentar una comparación entre dos casos de pandemias virales de gripe, con características básicas similares desde el punto de vista epidemiológico, y con repercusiones humanas, sociales y culturales análogas sobre el papel, siendo ambas enfermedades *globales*; pero con diferencias también extremas, ya que una de las pandemias fue una gripe particularmente letal que, aún siendo *silenciada* antes y después de su ominoso paso, barrió todas las moradas de la humanidad provocando la mayor mortalidad epidémica conocida en la historia; mientras que la otra crisis actualmente sólo afecta a las aves, y como pandemia humana sólo existe en tanto que discurso de riesgo institucionalizado y volcado a los medios, y como articulación de medidas profilácticas a la espera de un jinete exterminador cuyo advenimiento, aún proclamado como inminente y más que probable por toda una cohorte de expertos, no se ha producido, aunque se pretenda atisbar su parca figura materializándose en el horizonte.

No es una comparación novedosa la de la gripe “española” de 1918-19 con la virtual pandemia humana derivable de la llamada “gripe aviar” que afecta a aves domésticas y migratorias en el viejo mundo, ya que ha sido tratada detalladamente por Antonio Pérez (2006) en su artículo “Curarse en salud. Apostillas antropológicas sobre una comparación epidemiológica”, abordado desde una antropología crítica del discurso. Mi objetivo específico consistirá en presentar el permanente recurso a una serie de binomios (naturaleza / cultura; animales/ humanos; silvestre / doméstico; aire libre / reclusión; incertidumbre / control) en el discurso experto y divulgativo. Polaridades que arman la estructura de la representación de la enfermedad y su etiología, pero también de la cosmovisión occidental, y las jerarquías morales y ontológicas sobre las que se erige su estilo asimétrico y compartimentado de clasificación de las sociedades humanas y de los seres vivos. A continuación presentaré cómo la estrategia del discurso consiste en transmitir el mensaje de la enajenación sociocultural del origen del mal global: el peligro –siempre- proviene de la periferia y del “otro”, cualquiera que sea la caracterización de esa “otredad” y grado de la misma que sea pertinente presentar en cada momento. Como superación de un mero análisis del discurso, asimismo aludo a las connotaciones simbólico-morales y las consecuencias socioeconómicas que se derivan de las prácticas profilácticas adoptadas por diferentes países: refuerzo diferencial de diferentes fronteras político-culturales y distribución asimétrica de los costes de la prevención de la crisis. Con ello, llegaré a las conclusiones, en las que coincido parcialmente con

la tesis vertida en el ensayo antedicho de Antonio Pérez, de que la previsión narrativa de virtuales crisis sanitarias puede ser interpretada como una prevención ante horizontes de crisis de eficacia del quehacer experto sanitario. Pero también plantearé, desde una óptica aplicada, que todo este aparato sanitario, político-administrativo, normativo e investigador puesto en marcha, consiste en *algo más* que una mera vacuna discursiva para salir al paso de crisis de eficacia y de autoridad de los expertos. De otro modo ¿cuál es la alternativa? ¿No existe procedimiento preventivo alguno ante crisis sanitarias emergentes de carácter pandémico que tenga como meta directa precisamente salir al paso con cierta eficacia de un eventual brote masivo? O bien ¿cómo es posible conciliar el derecho a la diferencia y al protagonismo local sobre los asuntos propios de los pueblos, con la necesidad de enfrentar graves crisis de salud que obedecen a la lógica de la globalización y cuyas repercusiones pueden resultar ser marejadas de mortandad masiva extendida por todo el planeta?

## II. DE VUELTA AL CONTRASTE DE PANDEMIAS: LA GRIPE “ESPAÑOLA” DE 1918 Y LA GRIPE AVIAR DESDE 1997.

De cara a abordar un contraste que determine fundamentos simbólico-cognitivos y prácticos comunes a ambas pandemias de gripe, voy a continuación a describir cada una de ellas

### **La “gripe española” de 1918. Descripción de la pandemia.**

Los administradores de salud previenen desde hace una década que millones de personas podrían morir en una epidemia de gripe. Como demostración y propulente de este discurso inductor de tan aparatosa alarma, reiteradamente se invita a mirar al pasado —en un recurso retórico no basado esta vez en la intertextualidad, sino en traspolaciones simbólico-experienciales seleccionadas—, señalando así que tal tipo de plaga podría no ser el primero sufrido por la humanidad. El precedente que se convierte en testimonio y símbolo de la situación de riesgo que se pretende inducir en la opinión pública suele ser la llamada “gripe española” de 1918. El que sea ésta y no la pandemia del SIDA quizá se deba no tanto a que la primera está ya a una distancia en el tiempo de casi noventa años, mientras que la segunda sigue obrando su letal acción en millones de habitantes de todo el mundo, sin que la epidemiología ni la acción política sanitaria consiga interponer un remedio accesible a la gran mayoría de los afectados. Pero ambas crisis sanitarias presentan rasgos comunes tanto como diferenciales, y ambas con la gripe por-venir cuyo perfil se trata de trazar. El virus de la gripe española que barrió el mundo en 1918-19 es

considerado una de las enfermedades más mortíferas en la historia. Se trata de una pandemia virulenta que mató a más personas que todos los ejércitos juntos en la I Guerra Mundial, con la que fue coetánea. La cifra final de muertes en todo el mundo fue estimada en más de 20.000.000 de víctimas, siendo al menos 200.000.000 (posiblemente incluso 500.000.000) de personas las que cayeron enfermas con la *grippe*, como primero los franceses y después los demás llamaron esta misteriosa enfermedad. La gripe aviar se suele comparar a su vez con la plaga de Justiniano y la Muerte Negra como uno de los más desastrosos brotes de enfermedad en la historia –ampliando argumentalmente, así, la narrativa del riesgo pandémico y permitiendo demostrar que éste jalona la historia de la humanidad. Sin embargo, la gripe española ofrece una chocante particularidad, ya que a pesar de su morbilidad y mortalidad *causó bastante menos pánico y desplazamientos que otras epidemias del pasado*. Kohn (1998) trata de explicar esta singularidad sugiriendo que “*Quizá las sensibilidades de la gente estaban demasiado embotadas por la I Guerra Mundial y las bajas y muertes debidas a las batallas*”. En mi opinión, la hipótesis está encaminada pero invertida: quizá la discreción sobre el azote de la calamidad se buscó y logró intencionalmente a base de canalizar todas las angustias de la gente hacia el compañero de la peste: la guerra. Una guerra de una violencia y mortandad entonces inusitadas, y que durante la época acaparó todo el protagonismo en la prensa de los países beligerantes. La enfermedad sería otra secuela más, así, de la tragedia de fuego y acero de los tiempos vividos... y pasó de puntillas minimizada como *tema* en la opinión y la memoria públicas y periodísticas. Pero vayamos con el relato de la pandemia.

En marzo de 1918 un cocinero del ejército fue enviado a la enfermería de Fort Riley, Kansas, con una temperatura de 39.5 C; tras dos días, 521 hombres más habían sido detectados como enfermos, en lo que se piensa que ha sido uno de los primeros brotes registrados de lo que vino a ser conocido como la gripe española. Es importante, desde el punto de vista de la interpretación antropológica del discurso, destacar cómo la determinación precisa de los orígenes de la pandemia ha permanecido indefinida en la narrativa experta, a pesar del tiempo transcurrido y de la brutalidad de los efectos de aquella. Para algunos es más que probable que la enfermedad se originase en cuarteles del ejército estadounidense, a pesar de la atribución española con la que ha pasado a la historia. Kohn (1998) expresa esta incertidumbre acerca de cuándo y dónde comenzó la “gripe española”; pero se abona a la tesis, si no del exacto origen español, sí de la atribución a este país, considerando que, “*fue denominada de esta manera porque España fue el primer punto serio de ataque (8.000.000 españoles cayeron enfermos en 1917-18)*”. Pérez (2006) apunta a una hipótesis coherente y lógica, aunque no excluyente con el dato de Kohn: “*se conoció como gripe española porque, siendo España país neutral, fue el único que informó de los avatares de la GE*”. Volveré al final de este ensayo sobre una interpretación acerca del por qué de la asignación de tal epíteto.

Pues bien: la gripe golpeó las bases militares a través de toda Europa, poniendo fuera de combate a decenas de miles de soldados de diversas naciones. Sería interesante estimar hasta qué punto, y combinada con la ingente sangría bélica, el azote de esta gripe pudo contribuir a la liquidación de la guerra el mismo año en que se generalizó el brote (sería así paradójico que habiendo sido utilizado el conflicto para ocultar la pandemia y el monumental fracaso médico-administrativo que esta evidenciaba, fuese la enfermedad la que a su vez contribuyese a provocar el agotamiento del propio conflicto). Cuando la gripe se propagó, los británicos la denominaron entonces “la gripe de Flandes” (de nuevo, el origen está ahí afuera, en el extranjero), y los alemanes “el catarro relámpago”. En París y en puertos franceses como Brest las cifras de muertos resultaron calamitosas en 1918, y simultáneamente de forma repentina comenzaron a registrarse infecciones respiratorias agudas en instalaciones militares en los Estados Unidos. Agosto trajo la segunda oleada del virus, con brotes explosivos en Francia, Sierra Leona y los Estados Unidos y, según la OMS, un incremento de 10 veces en el número de víctimas. En octubre, algunos campamentos del ejército americano comunicaban una muerte cada hora, y la Gran Bretaña contabilizaba 2000 fallecimientos a la semana. La enfermedad fue propinando zarpazos país tras país, y el virus pronto alcanzó África y Asia, causando en esta última las mayores mortandades.

La sintomatología de la enfermedad resultaba inquietantemente misteriosa, pues mientras que manifestaba los síntomas ordinarios de la gripe, la forma española también generaba complicaciones tales como una severa neumonía, bronquitis purulenta, abscesos mastoideos y problemas cardíacos. Algunos la denominaban descriptivamente “la fiebre de tres días”, siendo diagnosticada a veces como neumonía. Pero los médicos *no supieron* cómo tratarla para prevenir las numerosas muertes. Tan poco familiar resultaba, que muchos médicos sospecharon un brote de meningitis, o incluso el retorno de la Peste Negra. Como muestra de la impotencia y total desorientación de la profesión médica de la época ante la catástrofe, la BBC recoge el testimonio de un doctor en un campamento cercano a Boston, quien escribió en septiembre de 1918 que hombres que llegaban con lo que parecía ser una gripe corriente, empeoraban rápidamente, siendo “...sólo cuestión de unas pocas horas hasta que llega la muerte, y es simplemente una lucha por obtener aire hasta que se sofocan”.

Las sugerencias terapéuticas se multiplicaron ante la incapacidad biomédica, y fueron de lo más peregrino; por ejemplo, llevar asafétida (resina de goma con un olor a ajo), alcanfor, pepinos o patatas ayudaba a guardarse de la enfermedad *por depurar el aire*. En Brasil se confió en el limón. Para prevenir su extensión, los funcionarios de salud pública de Estados Unidos recomendaron que las personas evitaran las multitudes, que los colegios y negocios estuviesen menos congestionados, que la gente sofocase sus

estornudos con pañuelos, y la ventilación de edificios y hogares. Se utilizaron vacunas con alguna efectividad, pero la comunidad médica de Estados Unidos fue incapaz de controlar la extensión de la enfermedad, que barrió el país en 1918. Consecuentemente, prosperó la charlatanería, con varios remedios de “cura segura” a la venta. Lo único que aumentó fue la ansiedad de la gente, tanto como se agigantó la crisis de autoridad y de prestigio de los especialistas. No había discurso que parase un proceso que golpeaba aquí y allí a cientos de miles, a millones, con la evidencia biológica del sufrimiento y la muerte de familiares, amigos y de la propia persona.

Al final, uno de cada cuatro americanos cayó enfermo de la gripe. ¿Cuáles fueron las medidas tomadas para evitar la propagación? En varias ciudades, como Boston, Filadelfia y Nueva York, fueron prohibidas las reuniones públicas temporalmente, y las iglesias, teatros y salones cerraron sus puertas. En muchos países las escuelas fueron cerradas, y *se animaba a la gente a usar máscaras*. En algunos casos aquellos que eran cogidos tosiendo sin protección en público fueron multados o encarcelados, y una ciudad estadounidense prohibió los apretones de manos. Con todo, la epidemia llegó a ser parte de la vida cotidiana, de modo que los ciudadanos que asistían a los desfiles se prevenían portando, mientras vitoreaban, las dudosamente protectoras máscaras de gas (Crosby, 1989).

Aumentó el número de víctimas, las morgues se atestaron de cadáveres, escasearon los ataúdes, y tuvieron lugar algunos entierros en fosas comunes. La crisis fue asimismo asistencial: se establecieron hospitales de emergencia en naves y edificios públicos, iglesias y escuelas. Numerosas industrias y comercios adoptaron horarios de media jornada para evitar la reunión prolongada de los trabajadores. Y las autoridades de salud establecieron regulaciones de cuarentena. Pero los esfuerzos fracasaron. La gripe afectó frecuentemente a niños de 5 a 14 años; pero no obstante (y ésta fue otra de sus anomalías desconcertantes), las personas enfermas de entre 20 y 40 años eran las que con mayor probabilidad morían de ella (murieron cerca de 500.000 americanos): el 99% estaban por debajo de los 65 años. *El gobierno estadounidense y los funcionarios de la sanidad fueron criticados por su fracaso en hacer frente a la emergencia; pero en aquel tiempo había un conocimiento científico insuficiente sobre la naturaleza exacta de la gripe, como para descubrir su punto débil o su causa*. Tras la firma del armisticio en noviembre de 1918, y finalizada la guerra, la temible enfermedad amainó, y un año después dejó de representar una amenaza. Después, desapareció completamente, de un modo tan inexplicado como sobrevino su brote. El virus de la gripe fue descubierto en los años 30 por unos científicos que ya se habían dotado de la primera generación de microscopios electrónicos.

El caso es que la gripe del 18 alcanzó a todos los países del mundo, convirtiéndose en la primera verdadera pandemia de la historia –lo que



demuestra que la globalización epidemiológica, como la incipiente de los medios de comunicación, ya se había producido a principios de siglo, mucho antes que otras dimensiones del fenómeno-. Entre los países más afectados y devastados estuvieron China, India (que arrojó la aterradora cifra de 12.500.000), Irán, Sudáfrica, Gran Bretaña, Francia, España, Alemania, México, Canadá, los Estados Unidos y Australia.

Los virólogos conocen ahora que mutaciones genéticas radicales, llamadas cambios antigénicos, explican la aparición de nuevos subtipos virales capaces de engendrar pandemias de gripe. En su discurso experto, la atribución de nuevo comienza sistemáticamente en “el otro”, siendo en este caso el origen los animales: así, los nuevos tipos virales se originan en patos, pollos, cerdos y otros animales *domésticos* (es decir, ambiguos; liminales por ser no-humanos en ámbito humano), en cuyos depósitos de virus gripales cambian genéticamente y entonces pasan al medio ambiente, y a los seres humanos. La cepa que causó la epidemia de 1918, la H1N1, fue descubierta en cerdos (de ahí la etiqueta “gripe porcina”). Los virólogos siempre temen que esa cepa pueda resurgir, quizá en una forma tan virulenta como en 1918. Y destacan –en una acusación impregnada de una profunda carga, no del todo calibrada, de desdén por la variabilidad cultural de modos de vida y de modelos económicos-, que muchas pandemias se originan en Asia, donde enormes cantidades de animales de granja productores de virus viven en una estrecha proximidad con los seres humanos.

### **La gripe aviar y lo que se dice que pueda venir. Descripción del desarrollo de una epizootia con transmisión a humanos... y de un discurso de riesgo biomédico.**

Entre tres y cuatro décadas después de esa pandemia de gripe, efectiva pero silenciada, el horizonte de futuro de la medicina occidental era diametralmente opuesto, embebido de un exultante optimismo y confianza en su propio saber experto y recursos preventivos y terapéuticos. Por eso, Garret, (1993) evoca cómo

*Animados por los tempranos éxitos en el control de azotes como la polio o el sarampión en los años 50 y 60, los dirigentes médicos occidentales afirmaron que era tiempo de cerrar el libro de las enfermedades infecciosas y centrar la atención en el creciente problema de las enfermedades degenerativas crónicas.*

Claro que transcurridos otros veinte años más, la realidad de nuevas formas pandémicas, o de la reaparición de epidemias que aparentemente habían desaparecido ya, fue algo que heló la euforia científica y asistencial. Por eso, sigue Garret que:

*Desafortunadamente, el libro de las enfermedades infecciosas permanece muy abierto, y nuevos capítulos continúan siendo añadidos a un paso alarmante.*

Desde una perspectiva evolutiva que analiza el curso de las relaciones entre la humanidad y la enfermedad a lo largo de la historia, se constata que la “emergencia” de la enfermedad no es nueva, ya que ha sido un rasgo dinámico de las interrelaciones entre los seres humanos y sus medios ambientes sociocultural y ecológico desde el período paleolítico. Luego la profesión médica del cambio de milenio se ha visto en la categórica obligación de asumir que el riesgo de crisis sanitaria siempre está ahí, aún bajo formas cambiantes, y amenaza continuamente, entre otros aspectos, su propia autoridad discursiva y prestigio institucional. La crisis que sin duda más ha contribuido a que la ciencia médica se tope con la realidad de que no sólo queda por delante la lucha contra las enfermedades degenerativas, la desencadenada a partir del retrovirus HIV, pone bien de manifiesto la influencia esencial de las estigmatizaciones inducidas y de las desigualdades sociales que éstas contribuyen a consolidar, en la propagación selectiva de las pandemias. De la crisis del SIDA no puedo ocuparme aquí, a pesar de que ofrece un excelente punto de contraste intermedio entre la gripe del 18 y la gripe virtual del futuro, derivada de la aviaria. Únicamente, reproduzco aquí la síntesis del pensamiento de Schoepf (2001) al respecto:

*El SIDA es verdaderamente una enfermedad del sistema global, un emblema de crisis permanente en el Sur. En comunidades con pobreza profunda, hambre e infraestructuras sanitarias deterioradas, el virus HIV apalea cuerpos debilitados por la malnutrición y la enfermedad parasitaria, y cuerpos sociales debilitados por la desigualdad, la deuda, la violencia estructural y la guerra. La literatura antropológica sobre el SIDA en la arena internacional desde los 90 muestra la creciente atención a los vínculos entre los procesos socioculturales locales que crean el riesgo de infección y los mundos vitales de quienes sufren a la economía política global. (...) De muchos modos el SIDA condensa la política del cuerpo global. Se revelan las desigualdades globales de clase, género y etnicidad, mientras la pobreza, la privación de poder y el estigma impulsan la propagación del HIV. Los cuerpos en los que los estados y los líderes acaudalados inscriben tanto su propio poder como la falta de poder ajeno son los de los jóvenes, las mujeres y los hombres pobres.*

Las vías de transmisión de una potencial gripe mortífera, con todo, no son análogas a las del HIV-SIDA, y sí, se supone, a las de la gripe corriente. En esto, los efectos desde y sobre el terreno de las relaciones humanas con probabilidad también serían sustancialmente distintos, con “conductas de riesgo” diferentes a las del SIDA tanto en el plano individual como las asociadas a las ten-

dencias culturales compartidas de cada sociedad. Sin embargo, la narrativa que “construye” la virtual epidemia letal de gripe humana, presenta –con matices- aspectos y tendencias similares en su simbolismo a ese discurso institucional inicial que marcaba a sectores sociales como “grupos de riesgo” en los cuales y por cuyas conductas identitarias per se, se propagaría el SIDA, imponiendo a la postre estigmatización, marginación y violencia estructural. Voy a presentar ahora los argumentos fundamentales de estas narrativas acerca de la “gripe aviar” y sus presuntamente “previsibles” mutaciones en pandemia humana mortal.

Al igual que los seres humanos y otras especies, las aves son susceptibles a la gripe, y hay muchos tipos de gripe aviar. Afecta a las aves, aunque tiene suficiente potencial como para infectar a distintas especies de mamíferos, incluido el ser humano. Fue identificada por primera vez en Italia a principios del siglo XX y hasta la fecha se ha manifestado en diversas partes del mundo. Las cepas más contagiosas, usualmente fatales cuando afectan a las aves, son el H5 y el H7. De H5 existen nueve tipos diferentes; de ellos, algunos son altamente patogénicos, y otros son casi inofensivos. El tipo que actualmente causa preocupación es la llamada “cepa *asiática*” del virus H5N1. El conocimiento científico de esta cepa no es exhaustivo, ya que si han descubierto cuatro subtipos diferentes de H5N1, fácilmente podría haber más. No obstante, todos ellos son mortales para las aves, y pueden causar enfermedad –y muerte- en humanos. Con todo, para los especialistas que han levantado la alarma, es importante enfatizar que el H5N1 es predominantemente una zoonosis aviaria, y no una enfermedad de los humanos, dada la dificultad de contagio de las aves a los segundos. De todos modos, las narrativas públicas que previenen del advenimiento de la crisis, advierten del limitadísimo alcance actual de las infecciones humanas; aunque con ello ya van perfilando los grupos de riesgo que más directamente pueden servir, en un futuro presuntamente inmediato, de correas de transmisión al conjunto de la población:

*Es verdad que los humanos han sido infectados, pero casi todos han sido avicultores que han estado en contacto íntimo con las aves. El H5N1 no puede pasar fácilmente de humano a humano. (<http://newsvote.bb.co.uk>, 3-2-2007).*

Se destaca explícitamente a aquellos que se encuentran más en contacto cotidiano con los animales. Sintomáticamente, aquellos que por su oficio o dedicación habitan y median el límite simbólico –con componentes morales e ideológicos- entre naturaleza y cultura, fauna y humanidad: unas personas que, en esto, quedan tácita pero inequívocamente marcadas por un incómodo estatuto fronterizo-clasificadorio que les convierte en objetos de vigilancia y que justificaría –en un segundo movimiento intervencionista- la imposición de todo tipo de controles y sacrificios.

El proceso de expansión histórica de la gripe aviar puede resumirse como sigue. La gripe aviar –originalmente denominada *flow plague*–, fue descrita en Italia en 1878; y por ello también fue conocida como la *enfermedad de Lombardía* –definición coherente con la tendencia a las atribuciones xenogenéticas de los males, tan consolidada en el imaginario occidental y que ya mencioné al hablar de la llamada “gripe española”–. Pero no fue hasta 1955 cuando se describe como efecto de un virus de la familia de los *Influenza A*. La infección generalmente resulta asintomática en su reservorio natural en las aves acuáticas.

La primera asociación del virus H5N1 con enfermedades respiratorias ocurrió en Hong Kong en 1997, cuando se registraron dieciocho casos en humanos durante una epidemia que fue descrita en mercados de venta de aves vivas; pero reclamó su primera víctima humana reconocida –un niño de 3 años en Hong Kong– en mayo de dicho año. Esta epidemia se asoció con alta incidencia de mortalidad (33%), de neumonía (61%), y de casos que tuvieron que ser asistidos en unidades de cuidados respiratorios (51%). Los expertos señalan que fue el rápido sacrificio de toda la población de aves de corral de Hong Kong, aproximadamente 1,5 millones de animales, la medida que por aquel entonces redujo las posibilidades de transmisión directa a los hombres y evitó una pandemia. Todos los genes del virus fueron de origen aviar, sugiriendo que el H5N1 había saltado la barrera de especies sin adaptarse a ellas. La vigilancia serológica revela poca evidencia de transmisión humano-humano. Desde entonces, la enfermedad no fue detectada otra vez, en su transmisión al hombre, hasta febrero de 2003, cuando un padre y su hijo fueron diagnosticados con H5N1, otra vez en Hong Kong. La propagación por las aves en Asia se desarrolló como sigue. En enero de 2004, una epidemia importante se desató en la industria avícola de Vietnam y Tailandia, y en cuestión de semanas se había propagado a diez países y regiones próximas, que incluían Indonesia, Corea del Sur, Japón y China. Mediante esfuerzos intensivos se sacrificaron diversas especies de aves domésticas. Buena cuenta de la enorme sangría económica que eso pudo suponer para gran número de pequeñas economías es el dato de que en las zonas de mayor infección se mataron más de 40 millones de pollos. De nuevo, la epidemia fue contenida para marzo, pero se cobró un saldo de 23 personas muertas en Vietnam y Tailandia. En julio de 2004 rebrota en dos provincias tailandesas, así como en la ciudad de Anhui en China; y en agosto de 2004 aparecieron casos de la gripe aviaria en Malasia. Como consecuencia, Singapur y la Unión Europea impusieron una prohibición a toda importación de pollos y otros productos avícolas de Malasia. El gobierno de este país ordenó el sacrificio de todas las aves de corral en un radio de 10 Km. del punto en el que se detectó el virus. La medida parece haber sido una vez más exitosa, y desde entonces, Singapur levantó la prohibición y Malasia ha pedido a la *Office International des Epizooties* que la declare libre de fiebre aviaria. Pero el mal rebrota tercamente, y los éxitos en su contención se revelan como meros rechazos momentáneos: una nueva erup-

ción de *influenza* aviaria en enero de 2005 afectó a Vietnam, llevando a la matanza de casi 1,2 millones de aves de corral. Se cree que hasta 140 millones de aves pueden haber muerto o sido sacrificadas por la epidemia. Quiero enfatizar de nuevo la ingente destrucción de un aspecto importante del tejido económico de autoprovisión alimentaria, y del pequeño comercio local, que afecta probablemente a cientos de miles, si no millones de habitantes del sudeste asiático, no sólo ya debido a los brotes epizooticos, sino a las draconianas medidas con las que los respectivos gobiernos tratan de atajarlos.

Pero la presencia de la pandemia avícola no se detuvo en Asia. En todas las descripciones se pormenorizan al detalle los pasos de su introducción en Europa. En abril de 2005, se encontró que un cisne muerto en Escocia tenía la cepa, y en octubre se confirma el primer caso de H5N1 en la Unión Europea (un loro en cuarentena en Gran Bretaña) y al poco también en cisnes en Croacia. En una semana de febrero de 2006, Italia, Grecia, Bulgaria, Alemania, Austria, Francia y Eslovenia van siendo alcanzadas. También por aquellas fechas se detectan los primeros casos de H5N1 en aves silvestres en la India, Irán y Egipto. En julio de 2006 fue confirmado el primer caso de gripe aviar en España. Los casos confirmados en aves silvestres han ido aumentando progresivamente desde entonces, hasta haber tocado casi todos los países europeos, e incluso Nigeria y otros lugares en África occidental. Es más: llegan a saltar el Atlántico (Chiapas en Méjico, Bahamas y Colombia), con lo que así la gripe aviar se mundializa.

Ahí donde se ha confirmado o sospechado del contagio de aves de corral, bien debido al contacto con las portadoras silvestres del virus, o a movimientos de animales siguiendo las redes del mercado internacional, las medidas para atajar ulteriores expansiones han consistido en las matanzas de la totalidad de las aves de las explotaciones afectadas, el sometimiento de estas últimas a cuarentena, y la imposición de zonas de exclusión para el comercio, transporte de aves o de pequeños perímetros donde se veda provisionalmente el ejercicio de la caza. Pero a pesar de las matanzas masivas de aves, las zonas de exclusión y otras medidas puestas en marcha para prevenir su extensión, el virus H5N1 ha continuado viajando.

El caso es que la expansión geográfica de la epidemia entre las aves ha estado jalonada asimismo de afecciones a seres humanos. Además de los brotes de Hong Kong ya mencionados, en Vietnam y Tailandia se presentaron casos aislados en los que se sospechan transmisiones del virus de humano a humano. La mayor probabilidad de que se haya dado el primer contagio entre humanos fue considerada en junio de 2006, en una reunión de expertos de la OMS en Yakarta: en una familia del pueblo de Karo en Sumatra, ocho miembros resultaron infectados en mayo de ese año. El episodio comenzó con el contagio de una mujer, quien habría a su vez transmitido la enfermedad a otros siete miembros de su familia, tras un prolongado contacto. La realidad es que entre 2003 y

2006, el número de casos de transmisión a humanos fue extendiéndose por diversos países asiáticos, entre los que destaca Vietnam, con 93; Indonesia, con 28; Tailandia (22); China (15), y Turquía (12), arrojando una cifra en conjunto de 176 casos (fuente: OMS. Communicable Disease Surveillance & Response).

Es ahí donde los expertos sanitarios impregnan de gran dramatismo esa narrativa con que suscitan la alarma ante una crisis pandémica que presentan como segura. Para ellos, la futura pandemia será ocasionada por una potencial variante del virus H5N1, generada a partir de la recombinación del virus de la gripe aviaria con alguna de las variantes de gripe humana actualmente circulantes (que son de los tipos H3N2 y H1N1). Lo que provocaría tal recombinación vírica es un incremento inusitado de las infecciones entre humanos, que no se da en las variantes aviares. El nicho en el que más probablemente podría darse esa recombinación catastrófica podría ser una persona afectada a la vez por los dos virus, al estar en contacto estrecho con los fluidos de aves afectadas, y además experimentar la gripe común. Este hecho se vuelve más probable cuanto más crece el número de personas y animales domésticos infectados. Además la forma de contagio podría evolucionar, pasando del contacto directo entre personas, al modo aéreo, que es el habitual de contagio de la gripe común. En una nueva publicación (Alvarado de la Barrera y Reyes-Terán, 2005) los expertos en gripe concuerdan en que una nueva pandemia es inevitable y que puede ser inminente: la alarma ya resuena en su tono más elevado, y su sonido llega a todos los continentes. La perspectiva se agrava por la enorme patogenicidad y letalidad observada en los casos de infección humana. La mortalidad entre los afectados asciende al 72%. Comparándola con la pandemia de 1918, que cobró 40 millones de vidas, elevándose su tasa de mortalidad a un mero 2,5%, perfila la inquietante perspectiva que se cierne sobre la humanidad.

Un problema añadido consiste en la imposibilidad de desarrollar, elaborar en grandes cantidades y distribuir una vacuna eficaz frente a un virus... que no existe todavía, y que de surgir y propagarse lo hará como el relámpago. Los expertos epidemiólogos aseguran que podrá ganarse un precioso margen de algunos meses de tiempo para el desarrollo de una nueva vacuna una vez aislada y conocida la cepa humana. Para ello, aunque no existen tratamientos capaces de producir una verdadera cura, se cuenta con fármacos capaces de frenar el desarrollo del virus. Contra el virus de la gripe aviaria en desarrollo (H5N1) se emplean inhibidores de la neuraminidasa, que actúan en una proteína conservada en todos los virus de la *influenza A*. Como respuesta, muchos países han comenzado a prepararse (2005) ante un posible brote, con estrategias a corto plazo como limitar el desplazamiento y vacunar a las aves de corral. Interesa que nos fijemos en algunas de estas medidas, por lo que connotan acerca de nuestra concepción europea de la contaminación y de los límites biológicos, políticos y simbólico-culturales.

En general, todos los países europeos que han tomado medidas profilácticas a corto-medio plazo coinciden en prescribir la reclusión: lo que con mayor rigor y urgencia se acomete son los sacrificios masivos de aves en los criaderos donde hayan aparecido muertes, y el aislamiento y desinfección de tales instalaciones. Por otra parte, los avicultores deben criar confinadas las aves en las áreas de mayor riesgo, y todas las aves domésticas deben ser alimentadas bajo techo. Además, son recurrentes las prohibiciones de ferias y mercados avícolas (destaco en todo esto el notable sacrificio clamorosamente asimétrico que en lo económico se ven obligados a asumir empresarios del sector primario, generalmente modestos autónomos que viven de ello). Francia, además, (una medida que recuerda las tomadas durante la gripe del 18), trata de proteger a su personal hospitalario habiendo encargado doscientos millones de máscaras faciales para 2006. Además, las personas, vehículos y equipamiento que entran en las áreas presuntamente contaminadas ante la presencia de brotes de la infección – granjas- son sometidos a desinfección. En los países europeos colindantes con estados asiáticos que han resultado afectados, como Grecia respecto a Turquía, o Rusia en aduanas y aeropuertos, se intensifican los controles fronterizos y los camiones procedentes del otro lado son desinfectados (caso también de Holanda). Las personas que cruzan las fronteras –especialmente los turistas- también están siendo advertidas de los riesgos. En países como Italia y Francia, además, se trata de controlar la plaga en origen, vacunando el avícola. Otra estrategia es perfeccionar la trazabilidad de las aves –caso de Italia-, para mediante su etiquetado obligatorio realizar un rápido seguimiento de las mismas. En Rusia se recomienda el uso de trajes de protección y el entrenamiento en el reconocimiento de los síntomas a las personas que trabajen con aves; y en el futuro no habrá trabajadores de granjas avícolas mayores de 60 años, o con padecimientos cardíacos o pulmonares crónicos, pues se les considera particularmente expuestos a riesgos en casos de infección. La gama de prohibiciones se enriquece, además, disuadiendo a la población de acercarse a lugares donde ha habido gripe aviaria. Rara vez se prohíbe la actividad cinegética (algunas zonas de Rumanía), aunque se prevé suspenderla cautelar y temporalmente en radios de tres kilómetros en torno a los puntos donde aparezcan anátidas muertas. De todos modos, los expertos estiman que quienes desarrollan esta actividad se encuentran en una posición única para colaborar en las medidas preventivas detectando aves migratorias muertas en el campo.

Los gobiernos europeos, en general, también se están movilizandando con mayor o menor presteza, encargando a empresas la producción de millones de dosis de antivirales como el Tamiflú para su almacenamiento, en previsión de realizar vacunaciones que cubran a sus poblaciones. Esta medida se complementa con la inversión de importantes recursos para la investigación vacunal. En este terreno, cabe mencionar una tendencia reveladora: aunque hay algunos países europeos, como Grecia, que no se plantean iniciar líneas propias de investigación, y otros como Holanda que proponen aunar esfuerzos y recursos

pancomunitarios, lo más frecuente es que cada país esté desarrollando su propia investigación vacunal, y que lo haga en secreto, sin hacer accesibles los datos referentes al proceso y resultados de tales investigaciones. Quizá ello implique un movimiento defensivo para preservar un recurso crítico, o bien una estrategia de tipo comercial, en la que también se tenga en consideración eludir juegos de dependencias entre naciones.

Las estrategias a largo plazo propuestas por los expertos muestran abiertamente la perspectiva eurocéntrica –pero a la vez global- que adoptan tales epidemiólogos de cara a atajar el problema –o, según algunos antropólogos críticos, con vistas a poner las bases de una inconfesable maniobra político-cultural a largo plazo, consistente en eliminar la autonomía en la gestión y provisión de recursos cárnicos entre las inmensas poblaciones rurales y rururbanas del sudeste asiático y de otras áreas del mundo, en beneficio del mercado controlado por multinacionales de la producción y distribución-. Tales estrategias de los expertos, según la BBC, consisten ni más ni menos que en requerir “*cambios sustanciales en las forma de vida de la mayoría de las poblaciones de mayor riesgo*”. Más adelante me referiré a las implicaciones socioculturales de tales estrategias.

### III. EL MENSAJE “EXPERTO” ACERCA DE LA ETIOLOGÍA Y PROPAGACIÓN PANDÉMICAS, Y SUS IMÁGENES CONNOTADAS.

En este lugar voy a analizar y presentar, derivándolas de lo dicho y hecho en las dos crisis, algunas polaridades que arman la estructura de la representación de la enfermedad infecciosa y su etiología en la cosmovisión occidental, y las jerarquías morales y ontológicas sobre las que ésta erige su estilo asimétrico y compartimentado de clasificación de las sociedades humanas y de los seres vivos.

#### **Contaminación aérea / purificación aérea**

En conexión con otras polaridades estrechamente asociadas, como *al aire libre/bajo techo* (o estabulados), en ambas crisis epidémicas el medio y vector físico de mayor riesgo de transmisión se ha identificado con el aire. Pero no se trata de la identificación de un entorno *pasivo* de contagio, sino de algo visto como un agente activo. Exposición al aire infectado y contagio resultaba una asociación directa y expresa en el caso de la gripe del 18; y para evitar la transmisión aérea de persona a persona se aconsejaba el uso de máscaras de gas; se



penaban los estornudos en público, o se trataba de combatir el contagio purificando el aire con sustancias de fuerte impregnación olorosa y consideradas entonces desinfectantes. La sospecha frente al aire quizá resulte más matizada en el caso del discurso y profilaxis frente a la gripe aviaria y la virtual pandemia humana. Aquí el vector activo se identifica sin duda en determinadas cepas víricas detectadas o posibles, y el portador con las aves y potencialmente con personas que en el futuro transmitan la letal recombinación vírica entre el H5N1 y una variante de la gripe humana corriente. Sin embargo, la narrativa experta actual continúa informada por un sustrato de la tradicional “teoría aérea de la transmisión”. No sólo queda de manifiesto en decisiones tomadas como la del ingente encargo de mascarillas por el gobierno francés: la alarma se lanza en Europa señalando a las aves salvajes, principalmente anátidas, que cada invernada se trasladan desde las tundras euroasiáticas, donde pueden haber estado en contacto con poblaciones procedentes del Este, y *desplazándose por rutas aéreas* se abaten sobre zonas europeas, pudiendo entrar en contacto con aves domésticas y convirtiendo al conjunto en potencial correa de transmisión de los fundamentos de la peste humana. Y, por supuesto, el recelo del aire alcanza su culminación en la imagen virtual de esta fulgurante variante humana de la gripe: una transmisión *directamente por vía aérea* del virus recombinado, de un modo incomparablemente más rápido y eficaz que aquél como se han producido hasta la fecha los pocos casos en donde se sospecha la transmisión humano-humano (convivencia estrecha, y prolongada; transmisión de fluidos). Entre nuestras viejas teorías *emic* acerca del contagio de la enfermedad, no faltan las menciones de los *miasmas* de las zonas pantanosas, o las directas alusiones a toda una tipología de *aires* ponzoñosos –aún vigente en zonas rurales de Galicia-. Pero ¿por qué el aire adquiere, incluso bajo la forma indirecta del actual discurso epidemiológico, este cariz de antagonista transmisor de la condición patógena? A mi juicio se debe a que lo clasificamos sustancialmente dentro del dominio de “lo natural” en contraposición a “lo humano” o “lo doméstico”, y desplegando concretamente aspectos negativos connotados en nuestra concepción de la naturaleza: ‘lo incontrolable’; ‘lo indomeñable’; ‘lo imprevisible’ e incluso ‘caótico’; ‘lo áspero’ e ‘intratable’, por extensión, ‘lo inhóspito’. Y ello, además, contando con una cualidad peculiar del aire como fenómeno natural: su carácter incontrolablemente activo, por el que todo lo invade y permea sin posibilidad de oponerle barreras seguras. Como observamos en el imaginario implícito en la narrativa, el aire sortea, sin oposición, fronteras y límites simbólico-políticos, morales, económicos y personales. Portando aves sospechosas, invade Occidente desde Oriente (convirtiéndose así en una parcial metáfora de la contrarréplica al modelo civilizatorio occidental, que se pretende hegemónico: la resaca de la globalización), y la cultura desde la naturaleza. Y aún más insidiosamente, sortea los límites que preservan el individuo frente a otros individuos y la primacía del bien común sobre las personas particulares: por el aire se desencadenará virtualmente la cadena de contagios que, desde unos pocos desafortunados in-

cubadores, terminará afectando letalmente a millones de personas en todo el mundo. Del aire se recela, en suma, como de un importante factor natural (incivil), propagador activo de un trasunto ominoso de la globalización (la mundialización de la muerte epidémica). El aire es “moralizado”, pues, en un sentido negativo. La diferencia con respecto a las respuestas a la gripe española es que en la actualidad no se confía realmente en la eficacia de contraponer a este titánico fenómeno de la naturaleza modos “domesticados” de aire a respirar, mediante su tratamiento con sustancias presuntamente desinfectantes.

### **Exposición / reclusión (o fuera/dentro)**

Si el mal invade por el aire, las actividades tales como la cría de aves al descubierto, e incluso –llegado el caso de la explosión de una pandemia humana– la concurrencia de las personas en colectivo a lugares públicos, son actos de abierta exposición al impredecible advenimiento aéreo de la infección. El remedio a esta exposición a lo incontrolable –y por extensión a lo que no puede estar totalmente sujeto a la estricta inspección gubernamental, a cuya égida y patrocinio confía el criterio experto, en última instancia, la preservación o impulso del orden y control profiláctico– consiste en el sometimiento de lo vulnerable al riesgo a reclusión y confinamiento. Quiero llamar la atención sobre el carácter simbólico y ritual de estas medidas de reclusión: tratan de demostrar afirmativamente el vigor de los órdenes clasificatorios culturales sujetos a esa lógica del “racionalismo”. ¿En qué consiste el confinamiento? (1) En el sometimiento del ganado avícola a un entorno plenamente artificial y panópticamente controlado; (2) En la previsión de sometimiento a aislamiento y desinfección de las instalaciones donde se produjeran casos de aves afectadas y sacrificios masivos de las restantes; (3) En el sometimiento a cuarentenas –y por tanto a entornos de aislamiento vigilado– a los colectivos humanos afectados; imposición que se dio durante la gripe del 18 y que se contempla como medida excepcional a adoptar, aislando poblaciones enteras, incluidas macrociudades, en caso de advenimiento de una pandemia humana derivada de la aviar. Estas cuarentenas pueden adoptar un carácter más sutil: las “cuarentenas informativas” para silenciar el origen, los avances de la plaga y su repercusión real en la población; en parte el estigma de la denominación de “gripe española” recaído sobre la del 18 puede ser un oblicuo e informal correctivo lanzado sobre nuestro país por haber roto flagrantemente tal cuarentena informativa –aunque después consideraré otra vía de interpretación de tales denominaciones “nacionales” de las plagas–; (4) La “reclusión” de los avicultores en trajes e impedimentas que les separen sustancial y rotundamente de la aves; (5) Por extensión, se dan otras disposiciones de reclusión-aislamiento-confinamiento técnico-rituales tales como los cierres de fronteras, los controles fronterizos de los camiones procedentes de países extracomunitarios, o las prohibiciones de ferias y mercados agrícolas o la inhibición del

turismo. Pero estas medidas no responden a la lógica del control del riesgo “aéreo”, sino que consisten más bien en procedimientos de formalización e intensificación ritual de la realidad ‘terrestre’ de los “hechos liminales” –convenciones culturales en última instancia- que permiten erigir las clasificaciones constitutivas del “orden civilizado” u “orden global”, con sus jerarquías incluidas, y que exigen ante todo la preservación de ámbitos estancos y –valga la expresión- ‘habitaciones del miedo’ colectivas donde se refugiaría lo “más granado” de tal orden.

Pero existe una sintomática excepción a esta norma general de la ‘reclusión frente al aire libre’: se persigue y reprueba sin ambages como un comportamiento de riesgo inasumible, desde el discurso experto, esas prácticas consuetudinarias tradicionales en las sociedades del lejano Oriente, del África subsahariana o de la periferia europea (Rumanía, Turquía) consistentes en que las aves se recojan a la noche en el propio edificio de morada humana. Esta reclusión “otra” es presentada prácticamente como un grave desorden que connota promiscua indefinición simbólico-práctica entre lo humano y lo animal –no entrando a valorar los sutiles límites que entre ambos ámbitos, aún de forma gradual, imponen las propias convenciones culturales de los colectivos campesinos así estigmatizados: recordemos cómo en Galicia los *pitos* se mantenían, y aún se mantienen en alguna *corte* del *baixo* de la casa; pero nunca en el *andar* de habitación humana; cómo las vacas estabuladas en casas modestas compartían techo con sus propietarios, pero su presencia era separada por un tabique medianero entre *corte* y *cociña*-. El simbolismo y ritualidad de la reclusión, en suma, prescribe la necesidad de existencia de compartimentos existenciales-categoriales estrictamente separados entre personas y animales, entre animales domésticos y salvajes... y entre sociedad y ganadería industriales occidentales y sociedad y ganadería campesinas del resto del mundo, siendo estrechos los umbrales que franquean el paso entre tales compartimentos, y muy controlados y asimétricamente gestionados los desplazamientos a través de los mismos. Cualquier desplazamiento informal o sediciosamente acometido fuera de tales compartimentaciones clasificatorias y ético-existenciales es valorado no sólo como un riesgo biológico, sino como una trasgresión ritual con implicaciones morales y legales.

### **Sustancias patógenas /sustancias y prácticas profilácticas**

En la magna empresa técnico-ritual de preservar límites y jerarquías compartimentales frente a promiscuas transgresiones, aires libremente fluyentes y contactos que son contagios potenciales, encontramos otro binomio que contribuye al peculiar sentido lógico del discurso experto: la enfermedad se transmite a través de unas sustancias patógenas que pueden ser combatidas mediante

la interposición de otras sustancias o prácticas profilácticas o –según el caso- paliativo-curativas. En la coyuntura de principios del s.XX la medicina de las enfermedades infecciosas era una perfecta desconocedora del agente patógeno vírico que precipitó la crisis, y de contrapartidas terapéuticas efectivas. Pero según el binomio antedicho, había que contraponer algún remedio sustancial a la misteriosa sustancia transportada –como vimos- por el aire. Por ello, otros discursos alternativos de salud, incluidas las narrativas de los proliferantes charlatanes, recurrieron a la presunta fuerza germicida del limón, asafétida o alcanfor. La única “sustancia” eficaz que pudo oponer la biomedicina institucional, más frente a su propio fracaso que a la enfermedad, fue el silencio. La “sustancia” en torno a la que gira el protagonismo ‘salvífico’ en la actual narrativa epidemiológica es la sumamente cortejada y todavía virtual vacuna, nonata pues nonata es la letal virulencia humana contra la que sobre el papel tendrá que prevenir. Junto a ella un buen número de antivirales de eficacia provisional como el tamiflú. La dramática búsqueda de la vacuna, en condiciones difíciles y fuertes limitaciones temporales, añade la connotación heroica a la figura de los epidemiólogos y la medicina institucional empeñados en una conjeturada lucha sin cuartel y contrarreloj ante el avance imaginado de una explosión pandémica desbordando fronteras y condiciones por toda la humanidad, lo que inmediatamente justifica las fuertes sumas –reales esta vez - invertidas en la investigación sobre aquella, y que son abonadas por unos y otros gobiernos. Pero el modo previsto de apropiación de la vacuna, en la mayoría de los casos, resulta ser el efecto de una extensión hasta el plano del planteamiento de la geografía mundial de la ya citada oposición raíz “exposición/reclusión” o “dentro/fuera”. Es decir: en contradicción con el asumido carácter global de la pandemia, el descubrimiento, elaboración, distribución y eventual comercialización de la “sustancia” vacunal se pretenden desarrollar en aislado; haciendo valer como nunca las fronteras e intereses nacionales: la reclusión de dichos procesos en el interior de los estados y de un modo que se presume competitivo. Y es que a pesar de la proclama abierta, desde hace décadas, de la necesidad de integración en estructuras y organizaciones supranacionales, incluidas la ONU y la UE, el valor que de un modo más o menos subyacente sigue informando firmemente las tácticas de la acción geopolítica siguen siendo los estados nacionales.

Otras sustancias profilácticas que se contraponen de hecho a la sustancia vírica son las vacunaciones frente a la gripe común humana, que pueda actuar como el principal vehículo de propagación en caso de que se produzca la recombinación vírica letal, o las aplicaciones vacunales veterinarias con las que algunos gobiernos tratan de evitar la propagación sobre esos dudosos animales humanizados que son las aves domesticas. Y también lo son los desinfectantes utilizados *en la descontaminación de los límites de explotaciones afectadas* y de los camiones procedentes de países afectados en zonas fronterizas. Quiero llamar aquí la atención sobre el carácter simbólico-ritual de tales sustancias y prácticas: su misión es sellar los límites físico-morales, políticos y jurídicos de los

compartimentos que componen el orden del mundo y de los seres vivos, mediante ese tipo rotundo de mensaje que es característico de la ritualidad: la *demonstración pública de la realidad* tanto de lo que se enuncia en las narrativas epidemiológicas, como de las distinciones y asimetrías entre sociedades y *polities*. Si las cuarentenas y aislamientos estigmatizan cerrando temporalmente los espacios, la aplicación de sustancias lo hacen señalando la otredad (campesina o asiática) como algo sucio necesitado de la tutela de la limpieza occidental.

### **Naturaleza / cultura (y fauna / humanidad)**

Pero existe otra práctica profiláctica que traza con una ritualidad mucho más rotunda los límites entre la otredad oriental, rural o social y la euroamericana, industrial o gubernamental: las matanzas masivas de aves en aquellas explotaciones donde se han producido muertes. Estas hecatombes de miles son sacrificios, operados sobre vidas animales, del *modus vivendi* de las personas y colectivos afectados por la pérdida económica en aras de la reconstitución de los límites clasificatorios y categoriales del modelo hegemónico de orden. Es decir, las vidas tornadas en peligrosos crisoles de la nueva peste y las muertes primeras son las de esos incómodos seres liminales – aves domésticas y avicultores humanos- situados en la intersección entre dos básicos órdenes clasificatorios occidentales –*naturaleza/cultura*- de cuyo estricto aislamiento y controlada mediación depende en buena medida todo nuestro imaginario acerca del orden, el caos, el riesgo, la contaminación, etc. De tales seres vivos “deslizados” al equívoco “limbo” intercategórico es –dentro de esta lógica clasificatoria- donde la narrativa espera la aparición del híbrido definitivo: del demonio de confusión biológica que es un nuevo virus de la gripe, fruto de la recombinación de cadenas víricas animales y humanas. Pero como quiera que los campesinos orientales o los criadores avícolas europeos autónomos quedan dentro del ámbito humano de las clasificaciones, a pesar de sus actividades y modos de vida, el sacrificio que sobre ellos también se ejecuta lo es en forma indirecta, sobre los fundamentos de su identidad laboral: se les anula como personajes liminales forzando la desvinculación de sus vidas respecto a las de los animales bajo su custodia y, por extensión, respecto a sus autónomos estilos de vida y adaptación tradicional. Pero los expertos no limitan a la orilla de los productores la exigencia de prevención y el reforzamiento de la crucial barrera entre aves y humanos, sino que la internan también dentro del ámbito de la fauna, y así distinguen el escaso riesgo que pueda provenir de las aves salvajes en comparación con la seria amenaza que achacan a las domésticas. De nuevo las aves domésticas se conciben como unos seres de existencia y condición liminal, anómala, comprometida, incómodamente situada en un capital umbral simbólico-clasificatorio: simétricamente, son a las aves lo que avicultores –y porqueros, y cazadores- son al conjunto de la humanidad:

*“Las aves migratorias, principalmente los patos salvajes, son portadores naturales de los virus, pero es improbable que realmente desarrollen una infección. El riesgo es que la pasen a las aves domésticas, que son mucho más susceptibles al virus.”*

El sacrificio físico para lograr esta desvinculación se opera, consecuentemente, sobre pollos, pavos o patos domésticos. De este modo la desconexión sacrificial restaura los límites ontológico-morales con que la tradición europea perfila los dominios de la naturaleza y la cultura, de lo animal y lo humano, y aborta derivaciones que conducirían al triunfo del terrible híbrido vírico: de ese problema clasificatorio que podría campear como amenaza existencial. Pero como quiera que la desconexión no puede ser absoluta, pues los animales son provisiones alimentarias humanas y objetos de un pingüe mercado, las mediaciones futuras que serán precisas en lo sucesivo serán procesos de riesgo ritualmente controlados bajo el saber experto de toda una serie de especialistas, tales como veterinarios, técnicos agronómicos o, más indirectamente, bioquímicos, epidemiólogos, etc. La autonomía campesina o de pequeños granjeros habrá sufrido un duro golpe, siendo desarticulada a resultas del impuesto cambio en las condiciones de vida y producción derivado de las medidas justificadas por la guerra preventiva contra la gripe aviaria. El fundamento cultural profundo de esta articulación consistiría, a mi entender, en la imposición fáctica y sistemática a otras lógicas culturales del viejo e inflexible modelo dual occidental en el que naturaleza y cultura (o artificio) se excluyen mutuamente. De su muy dilatada experiencia entre los achuar de la Amazonía ecuatoriana, Phillipe Descola extrajo una importante lección, quizá la más relevante de todas (Descola, 2005, *Las lanzas del crepúsculo*: 391. Buenos Aires, FCE.):

*...que la naturaleza no existe en todas partes y para siempre; o, más exactamente, que esta separación radical, establecida muy antiguamente por Occidente, entre el mundo de la naturaleza y el mundo de los hombres no tiene gran significado para otros pueblos, que confieren a las plantas y a los animales los atributos de la vida social, considerándolos como sujetos antes que como objetos, y que no pueden, en consecuencia, expulsarlos a una esfera autónoma, librada a las leyes de la matemática y a la esclavización progresiva por la ciencia y la técnica.*

Y aunque la mayoría de las sociedades tradicionales no llevan su cosmovisión hasta conferir a *todas* las plantas y animales los atributos de la vida social, sí pueden hacerlo con los animales domésticos. O en cualquier caso, sus modelos y niveles de separación entre lo humano y órdenes de la vida externos a la humanidad no coinciden con los que baraja el pensamiento científico occidental.

A continuación, y consecuentemente a este análisis de algunos binomios semánticos básicos en la estructura de representaciones convencionales, presentaré cómo la estrategia del discurso consiste en transmitir el mensaje de la enajenación sociocultural del origen del mal global: el peligro –siempre- proviene de la periferia y del “otro”, cualquiera que sea la caracterización de esa “otredad” y grado de la misma que sea pertinente presentar en cada momento.

**La enajenación sociocultural del origen del mal global y la asimétrica distribución de los costes socioeconómicos de la prevención de la crisis: “el peligro proviene de la periferia y del otro; el otro debe cambiar”.**

Cuando presenté la historia de la gripe de 1918-19 señalé que rápidamente fue bautizada en el entorno euroamericano como “gripe española”. El caso es que en aquellas circunstancias, ni las autoridades españolas tenían que ocultar problemas ante enemigos declarados, ni la guerra golpeaba directamente a esta nación, por lo que la prensa cotidiana de España se volcó sobre la epidemia. Ahora bien, llamo la atención sobre los sentidos que en aquél entonces condensaba simbólicamente España ante los países europeos. Un país periférico, exótico, políticamente marginal y hasta ambiguo y ambivalente –un riesgo, en dos palabras- dada su neutralidad y no beligerancia. Un país cuya prensa y autoridades se habían atrevido a propagar en toda su crudeza la realidad de una epidemia y sus avatares, vulnerando el círculo de discreción que se había levantado en torno a la misma. España reunió todas papeletas para que a su nombre se asociase en lo sucesivo la identidad del azote. Este terminológico vínculo sintagmático que se tornó en sistemático cliché no esconde su carácter negativo y estigmatizador, y apunta a una tendencia pertinaz en el modo occidental de pensar, caracterizar y jerarquizar las identidades y valores colectivos: el origen o identidad de las pestes, enfermedades y episodios negativos son siempre asociados al “otro”; “el mal proviene de fuera o de lo socialmente subordinado; de lo que geográfica o socialmente se aleja del núcleo; del subdesarrollado resto del mundo, o de la menos desarrollada y ambigua periferia”, cuando no del vecino, sobre todo en su habitual caracterización de “enemigo declarado”. El caso de la gripe del 18 es sólo uno de los cientos de ejemplos cristalizados de esta tendencia estigmatizadora. De hecho, ya señalé que la Gran Bretaña, en los primeros momentos de virulencia de la enfermedad, comenzó a identificarla como otro más de los males procedentes del continente: ese archienemigo histórico de su “Glorioso aislamiento” desde el otro lado del Canal. Por eso la denominó entonces “gripe de Flandes”. También había quien decía que los *coolies* chinos la habían traído a Francia por barco, en una nueva manifestación de este imaginario “xenogénico” empleado recurrentemente por el discurso occidental. Pero los ejemplos ilustrativos de dicha tendencia son numerosísimos (la “Pandemia

*asiática* de cólera de 1826-37”; La Epidemia de Gripe asiática de 1957; la pandemia de conjuntivitis *afroasiática* de 1969-71; la Epidemia *africana* de SIDA desde 1980...) Lo más relevante que hay que señalar al respecto es que se da una connotación tácita y particularmente insidiosa detrás de esta “retórica xenogénica”; de este estilo profundamente etnocéntrico de denominación de las plagas y catástrofes: una lectura moral según la cual “en el origen está la culpabilidad”; o bien, la sociedad que precipita un plaga –o simplemente a la que se achaca tal incubación-, es la vergonzante causante de la misma. Luego es una sociedad irresponsable. No es extraño que en la actualidad especialistas africanos se opongán decididamente a que continúe la estrecha y reiterada asociación hegemónica en el discurso epidemiológico entre la epidemia del SIDA y sus orígenes africanos. Resulta una sutil forma de estigmatización discriminatoria, que propende a reproducir mediante el arte de la palabra una percepción moral, cultural y humanamente asimétrica de la población y geografía mundiales.

En las narrativas expertas actuales acerca de la gripe aviar y la virtual gripe humana derivada de la misma no se ha dado –todavía- un “bautizo” estigmatizador de la última, que asigne su origen a un pueblo o geografía determinados, por la sencilla razón de que al día de hoy no se ha producido tal brote, y de que vivimos en una época en que los epítetos estigmatizadores colectivos son recibidos como las afrentas que son por los aludidos, y por tanto favorecen bastante poco las posibilidades de colaboración. Pero ello no obsta para que su argumentación retórica señale acusadoramente de un modo directo, expreso e inequívoco a las culturas rurales del Asia oriental imaginándolas como el fatal crisol donde sin lugar a dudas termine por producirse ese dramático cambio antigénico que dé nacimiento a la bestia apocalíptica.

De ahí que las estrategias proclamadas por los expertos, según la BBC, consistan, como ya indiqué, en *requerir cambios radicales en las forma de vida de la mayoría de esas poblaciones de mayor riesgo*. Esta exigencia la fundamentan –en una acusación impregnada de una profunda carga de doblez moral y postrero desdén por la variabilidad cultural de modos de vida y de modelos económicos populares-, en que “*muchas pandemias se originan en Asia, destacadamente en China, donde enormes cantidades de patos, cerdos y otros animales productores de virus viven en una estrecha proximidad con los seres humanos*” (con lo que, en línea con lo que derivé del análisis del binomio “naturaleza/cultura” o “fauna/humanidad”, connotan que la proximidad hombre-animal resulta ser “confusión”; nunca se ha alentado por defecto, con ello, una visión de lo humano más tajante y totalitariamente alejada del resto de los seres vivos). Es más: sugieren tácitamente que la intermediación con lo animal –y más con ‘lo conspicua y masivamente animal’- justifica una conceptualización del “otro” sociocultural, como ‘inferior’, ‘infradesarrollado’, si no instila la sutil animalización de las otras vías de ser humano en cultura –pensemos, cambiando de ejemplo de enfermedad, en cómo se formula hipotéticamente la aparición del



HIV en África, imaginando la estrecha proximidad entre monos verdes o chimpancés y seres humanos; el consumo de aquellos por éstos; la cohabitación con pretendidas variantes humanas de tales virus animales durante incontables generaciones hasta que los cambios recientes en las condiciones y esperanza de vida de las poblaciones disparan la posibilidad de transmisión de tales virus-. Con lo que aúnan una degradada imagen del “otro” cultural al etnocéntrico cliché “xenogenético” de los males, cerrando la tenaza argumental que prepara la intervención tutelar del centro por la periferia; de Occidente sobre Oriente; del racionalismo científico, económico y sanitario sobre cualquier otra fórmula de cosmovisión y praxis del mundo; del estado sobre la sociedad; de los expertos sobre los legos; de la tradición rural por la tecnología transnacional. Y todo ello desde una concepción ciertamente global de los procesos que se ponen en juego. Lo que nada dicen es de la posición en la que se ha situado a los campesinados y a las multitudes urbanas asiáticas o africanas en tal proceso acelerado de globalización o integración económica y comunicativa a escala mundial, en el que tales campesinados y aglomeraciones no tienen protagonismo, no disponen recursos para reequilibrar la radical asimetría de los intercambios y de la dirección de los beneficios económicos, y no disponen de otros recursos adaptativos que aquellas a menudo precarias fórmulas que les brindan sus tradiciones multiseculares. Es decir: dan por sentado que el pago local *seguro* de la prevención de una amenaza mundial *probable*, pero hoy por hoy virtual, debe ser sufragado, de modo totalmente asimétrico, por sectores de la población mundial mayoritarios pero apoyados en economías domésticas o empresariales precarias *porque en ellas está el origen del mal*. Y además, las que deben cambiar aceleradamente hasta perder sus fundamentos, son *sus* culturas tradicionales *por ser responsables de tales condiciones de patogenicidad*, no la gran trama del mercado de la época de la globalización, que perpetúa en su situación de franquicia a las multinacionales de la alimentación y la distribución, domiciliadas en el seno de las economías occidentales.

Por lo demás, aunque no haya aquí ya espacio suficiente para desarrollarlo, las prácticas de limitación comercial adoptadas por los países europeos occidentales bajo el signo de la gripe aviaria son consecuentes con el modelo asimétrico de sociedad mundial implicado en el antedicho requerimiento experto para frenar la propagación; pero también comportan un aluvión de actuaciones proteccionistas de unos países hacia otros, que conscientes de la dimensión global de las modernas pandemias y zoonosis, actúan a contrapelo de tal globalización, pues tienden inequívocamente al aislamiento selectivo de las respectivas poblaciones, a expensas de levantar barreras mercantiles. Basten algunas pinceladas demostrativas: la Gran Bretaña ha prohibido toda importación de pollos vivos procedentes de países afectados, tales como Croacia, Turquía, Rumanía, Rusia, Kazajstán, Tailandia, Camboya, China, Hong Kong, Laos, Indonesia, Vietnam, Pakistán, Malasia, Sudáfrica y Corea del Norte; la Unión Europea en su conjunto ha prohibido temporalmente las importaciones de aves de fuera de la Unión,

así como todas las importaciones de productos avícolas y huevos de Tailandia. La prohibición de importar aves también ha sido adoptada por China, e incluso en el caso de Rumania, país europeo pero sujeto a recelos por ser concebido como expuesto a cierto grado de arriesgada liminalidad tanto rural como fronteriza, se ha juzgado que está en riesgo de desarrollar la infección humana “*porque la mitad de su población vive en áreas rurales pobres sin buenas condiciones de saneamiento*” (<http://newsvote.bbc.co.uk>, 21-02-2006), habiendo sido prohibida por Turquía la importación de sus aves y productos derivados, junto a los procedentes de Grecia e Irán; y la propia Turquía, uno de los países más afectados (y más marcadamente liminales desde el punto de vista geopolítico y cultural) ha sido prácticamente aislada en lo referente a sus aves. El mercado avícola tiende a compartimentarse, por tanto, fundamentalmente en perjuicio de aquellas sociedades que crían según métodos tradicionales y pueden depender de él en mayor medida.

Pero estas medidas de aislamiento-localización mercantil que operan a contramano del horizonte de la globalización, –en el cual se imagina un libérrimo flujo de mercancías, capitales, tecnología, conocimientos, desplazamientos humanos, etc.– no son apenas nada si las comparamos con la virtual imposición de un enorme aparato de limitaciones internas y externas, que se desencadenaría, en la previsión experta, en caso de brote de la gripe humana por un virus derivado del H5N1. En tal caso, la globalización misma podría ser puesta en cuarentena, si no prácticamente desguazada. Basten como ejemplo las medidas que adoptaría el Reino Unido en caso de tener que afrontar una pandemia ya declarada:

- Se restringirían los viajes entre el Reino Unido y los países infectados, iniciándose exploraciones sanitarias sistemáticas en los puertos;
- Se invitaría a los afectados a un aislamiento voluntario; y a una cuarentena voluntaria a aquellos que hubiesen estado en contacto con los mismos;
- Se restringirían las reuniones públicas tales como los partidos de fútbol y los conciertos, junto al movimiento de personas entre áreas locales;
- Se cerrarían las escuelas;
- A las personas infectadas, a aquellos que hubiesen estado en contacto y posiblemente al público en general se les indicaría que utilizasen máscaras faciales.

Y en añadidura, anuncios en los medios harían públicas advertencias sencillas acerca de la higiene y de cómo evitar la infección.

Es decir: no es ya que asistiríamos a un restablecimiento de todas aquellas barreras que cierran los umbrales necesarios para la integración global, sino

a todo un paroxismo de parapetos y tabiques que ocultarían asimismo buena parte de los vanos socioculturales internos desde los que se desarrolla la convivencia y la comunicación social. Alcanzaría su máxima expresión fáctica, en fin, el racionalismo del hermetismo, la apoteosis de la estructura regida por el saber experto, a costa de cualquier manifestación de *comunitas* espontánea. Pero además la narrativa estima que la crisis se cobraría, tan solo en el Reino Unido, 50000 vidas, resultando infectado uno de cada cuatro británicos.

#### IV. CONCLUSIONES: PREVISIÓN NARRATIVA DE VIRTUALES CRISIS SANITARIAS COMO PREVENCIÓN ANTE HORIZONTES DE CRISIS DE EFICACIA DEL QUEHACER EXPERTO SANITARIO. PERO ¿CUÁL ES LA ALTERNATIVA?

Una táctica inveterada de los círculos de expertos responsables de la administración de todo tipo de asuntos de trascendencia social consiste en anteponer estrategias de *prevención* –llámense, según el caso, profilaxis, cobertura de riesgos, medidas cautelares o políticas disuasorias- ante el posible advenimiento de situaciones de crisis más o menos generales y comprometidas. Aunque a menudo la invención y “fábrica de la realidad pública”, o de la probabilidad de dichas situaciones de crisis forman parte de la misma lógica política a la que responde la estrategia preventiva. Estas ingenierías preventivas, para ser eficaces, combinan la generación de un discurso público que trate de divulgar, –así, en el caso de las crisis sanitarias y ecológicas–, un efecto de alarma social de una intensidad y sentidos controlados, con el despliegue de un dispositivo normativo e intervencionista que promulgue prohibiciones, prescripciones y resalte límites físicos, políticos y simbólico-morales, reforzando así la experiencia de la realidad del riesgo mediante la propiedad demostrativa de la práctica ritualizada. A su vez, –y como he tratado de analizar a través de las narrativas y prácticas asociadas a las dos pandemias de gripe– la conexión entre el mensaje de alarma que se pretende transmitir y la justificación de las prácticas de intervención debe sintonizar con las oposiciones simbólicas que estructuran más o menos inconscientemente los presupuestos cognitivos y morales de la población; la visión del mundo y el *ethos* hegemónicos (incluyendo sus contradicciones). El objetivo es –pienso que invariablemente- cuando menos doble: interponer efectivamente barreras y acciones que reduzcan o contrarresten el peligro, pero al mismo tiempo diseñar, orientar y hacer posible una percepción pública de la efectividad de la competencia y conocimiento especializados, que en definitiva es lo que alimenta y garantiza la continuidad de su autoridad como expertos y su status dirigente. Y todo ello se hace *saturando de simbolismo y de demostraciones rituales* una virtua-

lidad cuya materialización en realidad empírica puede estar a la vuelta de la esquina o no llegar nunca a producirse. Al margen de planes más a largo plazo y más o menos inconfesables de tales tácticas discursivo-intervencionistas – ligados eventualmente a propósitos ligados a políticas de dominación colonial o de predominio mercantil, en el sentido que señalan los críticos del desarrollo-, la puesta en marcha de las narrativas y medidas preventivas puede incluso obedecer decididamente al segundo objetivo y no tanto al primero... ante todo cuando los expertos son conscientes de su desconocimiento total o parcial, o de su incapacidad técnica de respuesta totalmente eficaz ante la amenaza potencial, contando con los recursos de los que se dispone en la coyuntura temporal. En este objetivo consistente en que los expertos –y con ellos los responsables de salud de los gobiernos o de organizaciones internacionales- se “cubran las espaldas” o se “vacunen frente a una previsible crisis de autoridad”, no tiene tanta importancia que la amenaza no se haya materializado al presente con los trazos de tragedia generalizada con que se dibuja narrativamente su perfil. El famoso “parto de los montes” es un precio mínimo que puede tener que pagar su credibilidad en comparación con la posible evidencia pública de la imprevisión e incompetencia ante una situación catastrófica ya desencadenada. Pero si la crisis se ha desencadenado sorprendiendo a la población al colarse por la “puerta trasera”, por ejemplo del sistema público de salud, pierde toda su eficacia y sentido la narrativa experta y oficial del riesgo; y al margen de medidas paliativas y de control (vacunaciones, cuarentenas, prohibiciones consistentes en imponer “límites simbólico-rituales internos -es decir, medidas “higiénicas”- sobre costumbres de la vida cotidiana y de relación social habitual), la crisis de autoridad sólo puede salvarse, entonces – eventualmente-, mediante la paradójica táctica de *desdibujar la realidad* y negar toda importancia, en el discurso transmitido públicamente, de la crisis. Es decir, el recurso pertinente entonces, podrá consistir en *silenciar* cualquier narrativa sobre el trance o, valga la expresión, el “desterrarlo del discurso público”. En este proceso, se procurará despojar de sentido la experiencia masivamente compartida, cubriéndola de capas de amnesia *mediante la desimbolización y desritualización del problema*; acaso reorientando la atención pública mediante nuevos diseños de evidencias. Pues bien, la táctica de generar una alarma pública controlada mediante la propagación de una narrativa a caballo entre el preventivismo y el catastrofismo apocalíptico es la seguida en torno al símbolo de la virtual pandemia humana potencialmente derivable de una mutación del virus de la gripe aviar. La táctica del silenciamiento narrativo, diametralmente opuesta a la de la saturación narrativa, pero convergente en el propósito de “salvar los platos” de la autoridad del modelo sanitario hegemónico en occidente –el biomédico- fue, en cambio, la que siguió a la llamada “gripe española” de 1918 cuando, yéndose ésta de la mano de la otra plaga coetánea, la Gran Guerra, desapareció tan repentinamente como había aparecido, y tras dejar un reguero de muertes por todo el mundo, hasta enton-

ces nunca igualado. Llamo la atención, de todas formas, sobre cómo las estructuras simbólicas sobre las que se erige el imaginario de la pandemia silenciada y de la narrada, sus etiologías y dimensiones sociales y humanas, comparten la inmensa mayoría de sus características y pares de oposiciones semánticas; así como la práctica analogía de los fundamentos simbólico-rituales de las medidas profiláctico-sanitarias, a pesar de que hayan transcurrido casi noventa años entre el episodio de 1918 y la situación actual –dejando a parte la previsión de vacunaciones generalizadas a las personas, que singulariza ciertamente a la situación de prevención hoy en día-.

Sin embargo, y una vez analizada la narrativa del riesgo sanitario en sus orientaciones políticas y socioculturales, y frente a las perspectivas críticas con tales presupuestos de la intervención biomédica, cabe constatar que la globalización no consiste en un complejo fenómeno meramente narrativo o discursivo. Las transferencias que implica no se restringen a intercambios de palabras; su plasmación no se produce meramente en imaginarios de integración. Sus consecuencias en los planos económico, laboral, financiero y sanitario son muy reales. A lo largo de los circuitos que integran el sistema mundial no transitan meramente palabras, imágenes y valores, sino asimismo personas, capitales, mercancías, pollos y virus. Quiero decir, que cuando todo está dicho, la posibilidad de una pandemia mundial fulgurante es real, y tanto más cuanto que la integración global favorece la interconexión entre poblaciones y procesos biológicos que afectan a las mismas de un modo inusitado hasta la actualidad. Por tanto, resulta incorrecto, y a la postre inconsistente, decir que las prevenciones de los expertos epidemiólogos consistan en *meras* narrativas que posibiliten una percepción pública de la efectividad de la competencia y conocimiento especializados de los mismos aún en contextos de graves crisis. También es preciso gestionar la crisis real; afrontar la tempestuosa materialidad de una epidemia cuando ésta golpea. Y esa gestión exige prevenir y abordar la crisis en el contexto y naturaleza en la que se origina y desarrolla: un contexto de globalización y de naturaleza mundial. La epidemiología actual es tan hija de la globalidad como el mercado y las propias oleadas de virulencia pandémica que amenazan, y sólo reconociendo tal común filiación, y asumiendo sus magnitudes e implicaciones, podrá afrontar dichas oleadas. En esto, encuentro, no hay otra opción. Las alternativas se encontrarán más bien en el modo concreto de abordar las políticas preventivas de modo que se minimicen los costes socioculturales exigibles y, llegado el caso, se redistribuyan de un modo más equilibrado también a escala planetaria.

## REFERENCIAS

- ALVARADO DE LA BARRERA, C. / REYES-TERÁN, G. (2005): “Influenza: Forecast for a Pandemic”. Arch. Med. Res., 56:628-36.
- BARRET, R. / KUZAWA, CH.W./ MCDADE, TH. / ARMELAGOS, G. J. (1998): “Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases. The Third Epidemiologic Transition”, *Annual Review of Anthropology*, 27: 247-271.
- BENTHALL, J. / F. D’SOUZA (1981): “Conference Report: Societies in Acute Crisis” *RAIN*, 43:7-8.
- CROSBY, A.W. (1989): *America’s Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. Cambridge, Cambridge University Press.
- D’SOUZA, F. (1985): “Anthropology and Disasters. A Roundup after Six Years”. *Anthropology Today*, 1:18-19.
- DAHL, G. / HJORT, A. (1984): “Development as Message and Meaning” *Ethnos* 49: 165-185.
- DESCOLA (2005): *Las lanzas del crepúsculo*. Buenos Aires, FCE: 391.
- DOBYNS, H.F. (1993): “Disease Transfer and Contact” *Annual Review of Anthropology*, 22:273-291.
- ESCOBAR, A. (1991): “Anthropology and development encounter: the making and marketing of delovelopment anthropology”, *American Ethnologist*. 18 (4): 658-82.
- FAIRWEATHER, I.S. (1997): “Crisis Anthropology and the New Dialogue”, en *Anthropology Today*. 13, (4) p. 19.
- FOSTER, R. J. (1991): “Making National Cultures in Global Ecumene”. *Annual Review of Anthropology*, 20: 235-260.
- GARRET, L. (1994): *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. New York, Farrar Straus & Giroux.
- HAYDEN, F.G./ HAY, A.J. (1992): “Emergence and transmission of influenza A viruses resistant to amantadine and rimantadine”. *Curr. To. Microbiol, Immunol.*, 176:119-30.
- HERZFELD, M. (2001): *Anthropology. Theoretical Practice in Cultura and Society* Oxford, Blackwell.
- INHORN, M.C. / BROWN, P.J. (1990): “The anthropology of infectious disease”. *Annual Review of Anthropology*, 19:89-117.

- KEARNEY, M. (1995): "The local and the global: The anthropology of globalization and transnationalism". *Annual Review of Anthropology*, 24: 547-565.
- KOHN, GEORGE C. (1998): *Enciclopedia of Plague and Pestilente*. New York, Wordsworth.
- MARSHALL, P. A. / LINDA A.B. (1990): "Anthropological Contributions to AIDs Research", *Medical Anthropology Quarterly*, 4 (1): 3-5.
- PÉREZ, A. (2006): "¿Curarse en salud? Apostillas antropológicas sobre una comparación epidemiológica". *Revista de Antropología Experimental*, 6:55-73.
- SCHOEPF, B. G. (2001): "Internacional AIDs Research in Anthropology: Taking a Critical Perspective on the Crisis", en *Annual Review of Anthropology*. 30: 335-361.
- WEISS, MEIRA (1997): "Signifying the Pandemics: Metaphors of AIDS, Cancer, and Heart Disease". *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 4: 456-476.

Enlaces Internet:

<http://newsvote.bbc.co.uk>