

La construcción sociopolítica de las epidemias. Los casos del SIDA y de la COVID-19¹

Epidemic socio-political construction. Analyzing AIDS and COVID-19

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo
(CIMOP-Comunicación, Imagen y Opinión Pública, Madrid, España)

Cita bibliográfica: Conde, F. (2021). La construcción sociopolítica de las epidemias. Los casos del SIDA y de la COVID-19. *Disjuntiva*, 2(2), 62-99. <https://doi.org/10.14198/DISJUNTIVA2021.2.2.5>

Resumen

El artículo realiza una reflexión sobre algunas de las dimensiones de las construcciones sociales y mediático-políticas de dos epidemias contemporáneas, las del VIH-SIDA y la del SARS-CoV-2-COVID-19 a partir de un conjunto de investigaciones cualitativas sobre ambas epidemias en las que ha participado el autor, complementado por un análisis de los tratamientos mediáticos de ambas epidemias en los principales medios de comunicación escritos. En el artículo se comparan los contextos históricos de la emergencia de ambas epidemias, los conocimientos y desarrollos científicos desplegados ante cada una de ellas, así como las orientaciones dominantes de las respectivas construcciones mediáticas con el objeto de señalar el conjunto de marcos cognitivos construidos para tratar de dar sentido social a ambas epidemias que permiten enmarcar el conjunto de reacciones sociales que se han ido generando tanto ante el SIDA como ante la COVID-19. En el artículo se señalan algunas de las diferencias económicas, sociales, simbólicas y sanitarias más relevantes entre ambas epidemias y se finaliza por situar un posible horizonte de soluciones y orientaciones políticas en función de las experiencias vividas en relación con el doble eje de las relaciones sociales y de las relaciones con la naturaleza.

Palabras claves

Construcción social, epidemias, pandemias, SIDA, COVID-19.

Abstract

The article reflects on some of the underlying dimensions of social, media and political constructions that took place during the AIDS and SARS-COV2-COVID-19 epidemics through a set of qualitative research where the author participated. The article is complemented with an analysis on how written media treated both epidemics. The article compares the historical contexts where both epidemics arose, the scientific knowledge and developments that were put in place and the media coverage with the objective to point out the set of cognitive milestones that were constructed to make social sense to both epidemics and to shed the light on the set of social reactions that arose for both AIDS and COVID-19. The article will point out the most relevant economic, social, symbolic and sanitary differences between both epidemics to conclude with a set of possible solutions and political orientations based on lived experiences in relation to two axes: social interactions and our relationship to nature.

Key words

Social construction, epidemics, pandemics, AIDS, COVID-19.

-
1. El artículo está construido a partir de unas ideas inicialmente presentadas en el seminario "Les Universitats Públiques en Temps de Pandèmies. Cap a una recerca i una docència amb consciència ciutadana", organizado por la Facultad de Ciencias Sociales y el Instituto Interuniversitario López Piñero de la Universitat de València en el último trimestre de 2020.

Correo electrónico de correspondencia: fconde@cimop.com



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY 4.0).
Licencia de Creative Commons. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

Mientras los medios de comunicación se han centrado en la comparación entre la pandemia de la COVID-19 y la gripe “española” de 1918, este texto trata de realizar una reflexión sobre algunas de las dimensiones de las construcciones sociales y mediático-políticas de dos epidemias contemporáneas, las del VIH-SIDA y la del SARS-CoV-2-COVID-19.

No deja de ser llamativo que, a pesar del protagonismo en la lucha contra la COVID-19 de Anthony Fauci en los EEUU, de Jean François Delfraissy, Presidente del Comité Científico de la COVID-19 en Francia, de Peter Piot responsable entre 1995 y 2008 de ONU-SIDA y actual director de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres en el Reino Unido y de muchos otros profesionales y gestores de las administraciones sanitarias y de los sistemas de salud pública formados en la lucha contra el SIDA, la experiencia de la lucha contra el VIH rara vez ha sido esgrimida como posible aprendizaje en la lucha contra la COVID-19.

La comparación la voy a desarrollar a partir de una serie de dimensiones que pueden ayudar a una mejor comprensión del contexto de emergencia, de recepción y de desarrollo de ambas epidemias, más allá que superen lo que se puede entender por construcción mediática en su acepción más estricta. En este sentido, la reflexión propuesta trata de subrayar la importancia de los marcos cognitivos generados en el espacio público con la mediación, en muchos casos determinante, de los medios de comunicación en la posible sedimentación de las experiencias sociales desarrolladas con las epidemias y en la posible traducción política de las mismas.

El texto va a estar dividido en cuatro grandes apartados: una primera parte más amplia y más centrada en dicha comparación, una segunda mucho más reducida con algunas reflexiones sobre la experiencia de la gripe aviar en el 2009, una tercera parte más focalizada en la construcción mediática del SIDA, seguida de una cuarta parte dedicada a la COVID-19.

1. Metodología

El artículo se desarrolla en base a dos aproximaciones metodológicas complementarias. En el caso del SIDA, la base principal está constituida por el conjunto de investigaciones cualitativas que realizamos en CIMOP desde finales de los años 80 hasta la actualidad, complementada por el seguimiento y el análisis de las orientaciones discursivas acerca del VIH-SIDA de los medios de comunicación, escritos de la época en relación con los principales hitos del desarrollo de la epidemia en España (Conde, 1989, 1997, 2012). En el caso de la COVID-19, la base principal ha sido un seguimiento diario de varios medios de comunicación digitales de España (El País, La Vanguardia, El Confidencial, Público y el diario.es), de Francia (Le Monde), de Portugal (Público) y de Italia (La Repubblica), con un análisis de sus orientaciones y tratamientos discursivos y argumentativos sobre la COVID-19 durante el primer semestre de 2020 (Conde, 2020) en línea con las propuestas de análisis sociológico del discurso (Conde, 2009) aplicado en este caso a los materiales de los medios de comunicación, ampliado posteriormente durante el segundo semestre con un análisis de contenido de esos mismos periódicos, y complementado con algunas investigaciones cualitativas parciales que hemos realizado en CIMOP sobre la pandemia del COVID-19 a lo largo del 2020.

2. Los contextos sociopolíticos más generales de ambas epidemias. Algunas dimensiones comparativas

Las dimensiones contextuales que quisiera destacar son las siguientes:

- Los contextos sociohistóricos existentes en los respectivos momentos en los que formalmente se señala la aparición de los primeros casos que luego se van a caracterizar como SIDA o COVID-19.
- Los diferentes grados de conciencia medioambiental existentes en cada época.
- Los cambios en los ecosistemas de los medios de comunicación.
- Algunas referencias sobre los respectivos grados de conocimiento científico existente sobre los virus causantes de ambas epidemias.
- Las situaciones y roles que jugó Salud Pública y otras instituciones relacionadas con la salud en los momentos iniciales de una y otra epidemia.

- La dimensión temporal relativa a la velocidad de desarrollo de los abordajes y tratamientos médicos de ambas epidemias.
- Los marcos cognitivos iniciales con los que se abordaron y en los que se enmarcaron los momentos iniciales de ambas epidemias.
- El tipo de respuesta social inicial ante una y otra epidemia y los principales actores sociales que se movilizaron en ambos casos.

2.1. Los contextos socio-históricos iniciales de ambas epidemias

El SIDA emergió en el inicio de los años 80, en una época todavía inscrita en la lógica de la “guerra fría” y de los grandes bloques geopolíticos del Este y del Oeste, en unos años que supusieron la llegada al poder de Margaret Thatcher en el Reino Unido (1979-1990) y Ronald Reagan en los EEUU (1981-1989) y con ellos el lanzamiento del neoliberalismo como nueva estrategia para hacer frente a los avances sociales y democráticos que se habían ido conquistando en las décadas anteriores y que habían adquirido una cierta forma institucional en el llamado Estado del Bienestar. Estos líderes políticos encabezaron una estrategia política de desmontaje de dicho Estado del Bienestar con el objetivo de liberar a los mercados de las regulaciones estatales y de impulsar la financiarización y la globalización como algunas de las principales señas de identidad del tipo de capitalismo y de ideología que ha dominado el desarrollo de la mayoría de los países occidentales hasta el momento actual. En cierto modo se puede decir que el VIH emerge en el contexto de inicio del ciclo neoliberal del capitalismo.

La COVID-19 emerge en el 2019-2020 en una época de intensa globalización muy lejana de la guerra fría. Dos datos importantes para la comprensión de la pandemia de la COVID-19 y, al mismo tiempo, reveladores de los cambios operados desde los años 80 pueden ser los relativos a la movilidad turística y al papel de China en el comercio mundial. El número de turistas, según la Organización Mundial del Turismo (OMT), pasó de 278 millones en el 1980 a 1.500 millones en el 2019, cinco veces más. En el caso de China, mientras que a primeros de los 80 apenas si contaba en el comercio mundial, hay que recordar que las reformas económicas impulsadas por Deng Xiaoping se iniciaron en el año 1978, y en la actualidad China supone ya cerca del 25% del mercado mundial.

En el año 2019 se manifestaban también intensos conflictos geopolíticos y una emergente “guerra comercial” entre los EEUU de Trump y China que, manteniendo y reforzando las lógicas capitalistas de fondo (financiarización, extractivismo...), suponía un cuestionamiento expresivo de otras dimensiones de la globalización que se manifestaba, por ejemplo, en la ruptura de acuerdos comerciales, en la salida de los acuerdos de París sobre el cambio climático o de la propia OMS por parte de los EEUU del presidente Trump. En este sentido, se puede decir que el SARS-CoV-2 emerge en un contexto de agotamiento del ciclo neoliberal del capitalismo, de nuevos conflictos por la hegemonía geopolítica y de apertura de un cierto nuevo umbral “epocal” de ¿posible cambio civilizatorio? en el que la cuestión del cambio climático y de las relaciones del actual modelo productivo con la naturaleza ocupan un lugar central.

2.2. La problemática del cambio climático

El SIDA emerge en los años 80 que todavía estaban en los balbuceos mundiales de la problemática del cambio climático. Baste recordar que la 1ª Conferencia Mundial sobre el clima tuvo lugar en el 1979 en Ginebra y que el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático que tanta importancia ha tenido en la toma de conciencia mundial sobre esta problemática civilizatoria se creó en el 1988. La propia epidemia del SIDA, siendo una zoonosis, no se caracterizó como tal en los años de su emergencia. Incluso se llegó a utilizar la idea del “zooﬁlia”, no de “zoonosis”, para explicar el salto del mono al ser humano. De hecho, en una de las historias “canónicas” del SIDA escrita en 1989 se habla del posible salto de los chimpancés al hombre, pero de forma significativa no se llega a caracterizar como “zoonosis” como se hace hoy en día (Grmek, 1989: 230 y ss.).

La COVID-19 emerge en el 2019-2020 cuando la conciencia medioambiental y los estudios epidemiológicos y de virología sobre las zoonosis están mucho más desarrollados. De forma muy significativa en relación con esta cuestión, desde el momento de la detección del SARS-CoV-2, su caracterización como “zoonosis” ha sido clara y compartida por todas las autoridades científicas y sanitarias mundiales, por la propia OMS. Caracterización que ha posibilitado el despliegue de toda una amplia literatura científica más crítica, pero con amplia repercusión en los medios de comunicación y en la opinión pública sobre la caracterización de la COVID-19 como una zoonosis derivada de la problemática del cambio climático, de la deforestación, de la agroindustria y la ganadería intensiva (Wallace, 2020; Davis, 2020; Malm, 2020).

2.3. Los ecosistemas de medios de comunicación

Una dimensión central en las construcciones mediático-políticas de ambas epidemias es la diferente configuración del sistema de medios de comunicación en uno y otro momento histórico.

En el caso de España, por ejemplo, el sistema de medios existente hasta finales de los 80 se podría definir como muy tradicional en el sentido de la existencia de una cierta pluralidad en prensa y radio y una situación más monopolística en el ámbito televisivo dada la existencia exclusiva de las televisiones públicas estatales y autonómicas que iniciaron sus emisiones en 1982 (ETB), en 1983 (TV3), en 1985 (TVG) y en 1989 (Canal Sur y Canal 9). Hasta enero de 1990 no comienzan a emitir las TV privadas, tras su aprobación en el 1988.

En la actualidad dicho sistema se ha transformado radicalmente, se ha diversificado y fragmentado con la aparición de las TDT, de los canales de pago, de las plataformas tipo Netflix, de Internet y del conjunto de medios digitales, sobre todo, por su trascendencia en el tema que nos ocupa, de las redes sociales (Facebook en el 2004 y Twitter en el 2006) que han jugado un papel central en la difusión de la información sobre la pandemia y, en especial, de los bulos y de las teorías conspiranoicas al respecto. En este terreno también la presidencia de Ronald Reagan fue decisiva ya que con su anulación de la llamada *Fairness Doctrine* aprobada en 1949 que exigía a los medios de comunicación un tratamiento honesto, neutral e imparcial de la información, se facilitó el desarrollo de un tipo de periodismo que cabe situar en los orígenes de las actuales *fake news* que las redes sociales han impulsado a unos extremos desconocidos hasta hace muy poco.

Por otro lado, se ha producido un cambio trascendental en la forma de presentar la información. La forma narrativa tradicional vigente en los años 80-90 a la hora de presentar y analizar los datos ha sido en gran parte sustituida por el llamado “periodismo de datos” que concede mucha importancia a la visualización, a las presentaciones gráficas, incluso a la presentación de las evoluciones de los datos en tiempo real y concede mucha menos a las formas clásicas de presentación y análisis de la información.

Presentación de datos vía evoluciones gráficas y otras formas similares a la hora de informar sobre la pandemia, que tiene, al menos, una doble repercusión desde el punto de vista del análisis de este texto. Por un lado, invisibiliza el dolor y el sufrimiento que subyacen en las personas y en sus entornos familiares y sociales. Como destacan Bolstanki (1993: 9), Ricoeur (1995) o Butler (2006: 184), desde perspectivas teóricas muy diferentes, la puesta en narración es fundamental tanto para comunicar el sufrimiento como para conferir una significación, para que el lector/a puede construir un cierto sentido a partir de la información, de la narración relatada. Por otro, proyecta una cierta sensación de irrealidad que facilita el desarrollo de un cierto proceso de “insensibilidad moral”, de “desvalorización” de la vida y de “banalización” de la muerte que abre la puerta a una cierta mentalidad que caracteriza las vidas humanas como “vidas superfluas”, como destacó Hanna Arendt en sus análisis sobre el origen del totalitarismo. Noción posteriormente recuperada por autores como Bauman (2004) y su concepto de “vidas desperdiciadas”, o Judith Butler (2006) con el de vidas que “no son susceptibles de ser lloradas” como, desgraciadamente, se pudo entrever durante la pandemia especialmente en el caso de las muertes en las residencias de ancianos. Como destaca esta autora “la des-realización de la pérdida –la insensibilidad frente al sufrimiento humano y a la muerte- se convierte en el mecanismo por medio del cual la deshumanización se lleva a cabo” (Butler, 2006: 184).

De hecho, las formas de presentación de las piezas informativas dominantes en el caso del VIH-SIDA y de la COVID-19 no pueden ser más diferentes. Mientras con el VIH-SIDA las narraciones daban mucha importancia a las personas, a la presentación gráfica de sus cuerpos afectados por la enfermedad como pudo ser, por ejemplo, el caso de las series fotográficas de Nicholas Nixon, reproducidas prácticamente en toda la prensa del mundo occidental, mientras se narraban las situaciones existenciales de las personas afectadas que ayudaban a generar un sentido en su lectura; de hecho, la propia comunicación institucional en España utilizó esta forma de presentación más narrativa mediante la elaboración de un folleto denominado *El Diario del Seropositivo* que reproducía la vida cotidiana de una persona seropositiva contada a modo de diario personal, en el caso del SARS-CoV-2 y la COVID-19, más allá de las lógicas excepciones, los datos agregados, los mapas, las curvas... han ocupado el centro de la información y de la presentación de la pandemia, y se han utilizado muchas menos formas narrativas tanto en estas presentaciones de los “casos”, más que de las personas afectadas, como en el establecimiento de un posible diálogo con otras perspectivas de aproximación al tema.

En este sentido, cabe pensar que el tipo dominante de periodismo de datos desarrollado durante la pandemia, al focalizarse casi exclusivamente en estas visualizaciones, más allá de las ventajas indudables de las mismas, creo que también ha podido ayudar al desarrollo de los procesos de saturación informativa, de infodemia y de una cierta insensibilización moral ante el desarrollo de la epidemia.

2.4. Algunas fechas relativas al grado de conocimiento de los virus y a los descubrimientos de los virus del SIDA y de la COVID-19

El grado de conocimiento existente sobre los retrovirus, de los virus del SIDA, y sobre los coronavirus, de los virus de la COVID-19, en el momento de la emergencia de ambas epidemias no podía ser más diferente.

El conocimiento de los tipos de virus del SIDA era relativamente incipiente en los años 80. Los primeros retrovirus humanos fueron descubiertos en 1978 por Robert Gallo (EEUU). El VIH, el virus del SIDA fue identificado en 1983 por Luc Montaigner (Francia) gracias a la técnica desarrollada por Robert Gallo lo que, por cierto, estuvo en el origen de una polémica con un claro tono “nacionalista” sobre el investigador/país que había descubierto el virus del SIDA

El 5 de junio de 1981, hace 40 años, el *Center for Disease Control and Prevention* de Atlanta informa de cinco casos con unos extraños cánceres de piel. En octubre de ese mismo año se informa del primer caso en España. El 24 de septiembre de 1982 se propone llamar a la enfermedad SIDA. Tras unos años de dudas sobre su caracterización y denominación formal, en 1987 se aprueba formalmente el nombre del VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Los coronavirus, familia a la que pertenece el SARS-CoV-2, fueron descubiertos hacia los años 60. El mismo SARS-CoV, origen de la primera gripe conocida como síndrome respiratorio agudo, antecesor directo del actual SARS-CoV-2, fue descubierto en el 2002 produciéndose un primer brote de la enfermedad en el 2003, por lo que se puede decir que, en relación con el VIH, existía ya un cierto conocimiento científico de las características de estos virus.

Asimismo, las temporalidades de los principales descubrimientos relativos al SIDA y a la COVID-19 no pueden ser más diferentes.

En el caso del SIDA, entre la detección de los primeros casos sospechosos (1981) y la identificación del virus (1983) transcurren dos años. Otros dos años más, hasta 1985, pasan para poner en marcha las primeras pruebas y test de detección. Existieron dudas sobre las vías de transmisión hasta mediados de los 80. Se creía, por ejemplo, que se podía transmitir por los mosquitos. De hecho, una de las primeras campañas españolas SIDA/NODA de 1988 trataba precisamente de informar sobre las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH y de descartar los rumores y las confusiones existentes sobre las mismas. En 1986 se descubre el AZT, el primer medicamento relativamente eficaz contra el avance del SIDA en el organismo. Sin embargo, sus importantes efectos secundarios condujeron inicialmente a que más de un afectado se negara a su administración. Los primeros tratamientos más satisfactorios son del 1992 pero hasta el 1996 no emergen los TARGA (Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad), las primeras terapias realmente eficaces que cambian el curso de la enfermedad. A fecha de hoy todavía no hay vacunas, aunque recientemente se ha informado de una vacuna que estaría en su tercera fase y a la que le faltarían, al menos, dos años de pruebas.

En el caso de la COVID-19 todo sucede mucho más rápido. China informa de los primeros casos con neumonías de causas desconocidas a mediados de diciembre del 2019. El 30 de diciembre el oftalmólogo Zhang Jixian da la voz de alarma. El 3 de enero, la BBC da la primera noticia fuera de China. El 5 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud emite una primera nota informativa dando cuenta de estos casos. Ese mismo día un equipo de la Universidad Fudan de Shanghái mapeó el genoma del nuevo virus. El 11 de enero se hace público el genoma del virus y unas 48 horas después un equipo de Moderna y del NIH (*National Institute of Health*) estadounidense ya tenían el principio de un nuevo tipo o generación de vacunas a partir del llamado RNA mensajero. También en ese mismo mes de enero se producen las primeras pruebas y test de detección del coronavirus en Alemania y en Corea del Sur. El 31 de enero la OMS la declara emergencia de salud pública de importancia internacional, lo que nunca ocurrió en el caso del SIDA. Las propias vías de transmisión por contacto vía superficies y, sobre todo, por vía aérea (gotículas y aerosoles) fueron también rápidamente conocidas teniéndose plena seguridad de su contagio por dicha vía hacia el mes de mayo-junio.

La diferencia con respecto a las vacunas es aún más evidente. Mientras a fecha de diciembre de 2020 todavía no hay ninguna vacuna contra el VIH, hay ya varias reconocidas contra el SARS-CoV-2. Diferencia explicable no sólo por la impresionante diferencia en la movilización de recursos y de cooperación científica en una y otra epidemia y pandemia sino por lo ya señalado de los diferentes grados de conocimiento científico previo de unos y otros virus y por las propias características de los mismos, en especial con respecto a su mayor variabilidad, caso del VIH, o de su mayor estabilidad, caso del SARS-CoV-2, a la hora de producir nuevas copias de los virus, tal como puede observarse en la siguiente tabla sobre la tasa de mutación de dichos virus.

Tabla 1. Tasa de mutación de diferentes virus

Virus	Tasa de mutación
Poliovirus	0,03%
VIH (SIDA)	0,01%
Hepatitis C	0,01%
Sarampión	0,01%
Gripe A	0,003%
SARS-CoV (COVID-19)	0,0012%

Fuente: Vicente Soriano. ¿Por qué hay vacuna contra la COVID-19 y no frente al SIDA? *Publico*, 27/12/2020.

En una palabra, desde el punto de vista científico lo que en el caso del VIH-SIDA demoró varios años, 4 en el caso de las pruebas de detección, cerca de 15 en tratamientos eficaces y más de 40 años en las vacunas, en el caso del SARS-CoV-2 y de la COVID-19 ese trabajo se ha realizado en apenas unos meses.

2.5. La diferente velocidad de propagación y las características diferenciales de las personas afectadas

Otro hecho diferencial de mucha trascendencia en la problemática de ambas epidemias es el muy diferente grado de velocidad de propagación de las mismas. Tanto por el grado de globalización existente en una y otra época como por las propias características de la transmisión de ambos tipos de virus, el VIH se propagó mundialmente de forma mucho más lenta que el SARS-CoV-2. Se supone que desde 1981 a finales del 2019 unos 75,7 millones de personas habían contraído la infección por VIH y que 32,7 millones de personas habían muerto. En el caso de la COVID-19 a mediados de diciembre de 2020 se habían reportado ya más de 70 millones de casos, es decir, prácticamente los mismos que del VIH en toda su historia con un mucho menor número de fallecimientos, más de 1,5 millones de fallecidos. En el caso de España desde 1981 al 2018 se habían producido 59.525 fallecimientos asociados con el VIH. En el caso de la COVID a 28 de enero de 2021 ya se habían producido unos 57.291 fallecimientos.

Más allá de las cifras totales, una cuestión trascendental a la hora de explicar las distintas reacciones ante una y otra enfermedad ha sido la de las características de las personas afectadas. En el caso del VIH-SIDA tendían a ser personas consideradas como marginales y/o excluidos por una u otra razón en la sociedad de la época, lo que generó menos interés político y económico y una mucho menor dotación de recursos para la investigación y los tratamientos, mientras que el SARS-CoV-2 ha afectado de forma desigual a unos y otros sectores sociales, inicialmente afectó a sectores más centrales y socialmente más acomodados de muchos países occidentales lo que generó una respuesta política, social y económica totalmente diferenciada (Conde, 2020). En este sentido, la movilización de recursos económicos y financieros públicos, la movilización de las empresas farmacéuticas, del llamado “capitalismo farmacéutico” (Dodier, 2003), del Big Pharma, en el caso de la COVID-19 ha sido infinitamente superior al movilizado inicialmente en la lucha contra el SIDA, lo que ha permitido avances en la investigación que en el caso del VIH han tardado muchos más años como el tema de la vacuna ejemplifica.

De hecho, en el caso del VIH, en los años iniciales de la década de los 80 hubo varios años de un silencio mediático y político sobre la enfermedad. Los propios activistas en la lucha contra el SIDA interpelaban a los gobiernos, a las empresas y a los medios de comunicación para que se informara de la epidemia y para que se investigara sobre la misma. El slogan “El Silencio es la Muerte” creado en 1987 y promovido por *Act Up* condensaba esta idea. Muchos y muy variados artistas apoyaron estas movilizaciones como pudieron ser los casos de Keith Haring o Jean-Michel Basquiat en los EEUU, o en España de Pepe Espaliú, organizador de una cadena humana desde las Cortes al Reina Sofía en la que el artista fue recorriendo el trayecto a modo de sillita de la reina en el marco de su iniciativa conocida como *Carrying Project* (Shangay, 2016: 80). Es prácticamente en los últimos años de la década de los 80 y primeros de los 90 cuando se empieza a informar de la epidemia del SIDA de una forma más regular y menos estigmatizante.

En el caso de la COVID la expansión ha sido tan rápida y la atención mediática y política tan intensa que prácticamente se ha informado en “tiempo real”. La sociedad ha podido seguir en directo los descubrimientos, los pasos adelante y atrás, los titubeos, los zigzagueos de políticos, de los científicos y de las propias empresas farmacéuticas a este respecto.

2.6. Los contextos de recepción de las epidemias

Aunque lo vamos a desarrollar algo más adelante, conviene introducir una primera reflexión al respecto sobre las singularidades y especificidades de las epidemias del VIH y del SARS-CoV-2 desde el punto de vista de su recepción social y de la construcción mediático-política de las mismas.

2.6.1. El caso del VIH-SIDA

En el caso del VIH-SIDA podría decirse que se produjo una construcción simbólica y mediática de la enfermedad a nivel mundial antes de que prácticamente la epidemia llegara de forma significativa como tal enfermedad a unos y otros países. Este hecho se tradujo en que la construcción de la imagen fundante del SIDA fue realizada, en gran parte y de forma casi exclusiva, por los medios de comunicación convencionales de la época. El trabajo científico y político a este respecto cumplió una función más secundaria. Asimismo, también cabría decir que hasta cierto punto en los primeros años del VIH-SIDA los principales actores, científicos, medios de comunicación, políticos, activistas, personas con SIDA ocuparon espacios muy diferenciados y eso permitió que los activistas generasen un movimiento que pudo constituirse, de forma autónoma, como un espacio de interpelación al resto de los actores en presencia, los gobiernos, los medios de comunicación y las empresas farmacéuticas de forma muy central. Incluso en algunos países occidentales, España puede ser un ejemplo, se produjo una cierta alianza más o menos formal, entre el movimiento anti SIDA y la política.

En el caso del SARS-CoV-2 y de la COVID-19 ocurre algo muy distinto. La materialidad de la pandemia es simultánea, a veces incluso anterior, a la construcción de su configuración simbólica, a la propia caracterización de la enfermedad por parte de unos y otros actores mediáticos, políticos y científicos. Baste recordar que el coronavirus circulaba ya en Europa el mes de enero antes de que prácticamente se empezara a hablar de ello, lo que generó un proceso muy dinámico y una situación de gran inestabilidad en este proceso de construcción que, por otro lado, también se tradujo en que los actores científicos, políticos y empresariales hayan sido prácticamente los primeros en movilizarse dada la importancia de la dimensión material de la pandemia y de su trascendencia social, económica y política, de forma que, hasta cierto punto, los medios de comunicación han ido construyendo más la imagen de cómo la política abordó, aborda y gestiona la pandemia de la COVID que desarrollando y configurando un conocimiento y un tratamiento más específico del coronavirus y de la propia pandemia como ocurrió en el caso del VIH-SIDA. Asimismo y a diferencia del VIH-SIDA, los principales actores en la lucha contra la COVID-19 como puedan ser los científicos, los medios de comunicación y los políticos ocupan espacios muy entremezclados y relativamente separados de los profesionales sanitarios y de las personas afectadas por la enfermedad situadas en un espacio relativamente diferencial sin que haya surgido todavía un espacio más central de interpelación asociado a los efectos de la pandemia, más allá de ciertos espacios parciales como pueda ser el caso de los profesionales sanitarios desde una perspectiva, o los movimientos ecologista, ecofeminista o de cierta corrientes de la epidemiología crítica y de la salud pública desde otra perspectiva muy distinta.

Distinta situación de partida que conllevó la existencia de dos contextos de recepción y de construcción de los iniciales marcos cognitivos de caracterización del SIDA y de la COVID-19 muy diferentes.

En el caso del VIH-SIDA, el marco de recepción, el marco cognitivo entendido como el conjunto de posibles categorías configuradas, en lo fundamental, por los discursos dominantes utilizados para caracterizar y valorar esta epidemia, para señalar lo “decible y lo describable”, “lo aceptable” (Angenot, 2010: 29) sobre la misma, estuvo marcado por una muy fuerte connotación de una moral social muy tradicional centrada en dos tipos de estigmatizaciones: homófoba relacionada con las sexualidades no normativas, la propuesta de caracterización de la nueva enfermedad como cáncer gay se inscribe en esta lógica, y de marginación social relacionado especialmente con los heroinómanos, como pudo ser el caso de los inicios de la epidemia en España. Asimismo, en algunos países occidentales también estuvo marcado por claras connotaciones racistas. En 1983, una de las primeras propuestas de denominación como la enfermedad de las 4H (homosexuales, heroinómanos, haitianos, hemofílicos) reflejaba muy bien esta impronta. Una de las primeras noticias que aparece en la prensa española también marcaba esta orientación, “200 muertes en EEUU por un mal desconocido” que afecta a “hemofílicos, adictos a drogas duras (heroinómanos), homosexuales y refugiados haitianos” (*El País*, 21 de agosto de 1982).

Por ello, no deja de ser hasta cierto punto lógico que los propios movimientos gay en aquellos años estuvieran inicialmente más preocupados en la lucha contra la estigmatización de los homosexuales (en un contexto muy generalizado de sospecha de utilización del SIDA para recortar los avances sociales de los años anteriores, desde una perspectiva del creciente puritanismo impulsado por Reagan, tal como señalamos anteriormente), que implicados en la lucha sanitaria contra la propagación de la epidemia. No es hasta 1984 cuando a la lucha contra el estigma se incorporó

también la lucha contra el VIH-SIDA desde el punto de vista de la salud, a partir de la difusión de la noción de *safer-sex*, del “sexo seguro” (Dodier, 2003: 75 y ss).

Este marco fundante generó un discurso socialmente dominante en los países occidentales de fuerte contenido moral y normativo. En las informaciones de los primeros años en los medios de comunicación parecía que se trataba más de combatir el “vicio” que de prevenir la enfermedad. La Iglesia, por ejemplo, llegó a caracterizar al SIDA como “una inmunodeficiencia moral” jugando un papel censor muy importante ante las propuestas, por ejemplo, de uso del preservativo. Orientación discursiva que ayudó a generar un clima inicial de segregación, de exclusión de las personas afectadas de forma que la muerte física iba en muchos casos precedida de una especie de muerte social de las personas con SIDA. Una de las analogías más utilizadas fue la lepra, la presentación de los enfermos de SIDA como los nuevos leprosos y las leproserías como lugares de reclusión de los mismos. La metáfora de la “plaga”, del “castigo divino”, como destacó en su día Susan Sontag (1990), fue una de las más utilizadas para describir la expansión social de la epidemia, reservándose en el SIDA la metáfora militar, muy utilizada en el caso de la COVID-19, para explicar la evolución del virus en el interior del organismo, para explicar cómo el virus atacaba al sistema inmunitario de la persona afectada.

El cáncer se ve como una consecuencia natural, como mala suerte, es una enfermedad que te viene y punto. En cambio, el SIDA se ve como una consecuencia de una herida viciosa..., se asocia a algo que la sociedad rechaza... (Grupos de discusión CIMOP, 1988; profesionales liberales/35-45 años/Madrid).

Hay una... una carga social que lleva el SIDA y es el que está de alguna manera asimilada dentro de lo que es el... el... el conocimiento medio y la cultura media de la gente. Está asociado al vicio. Entonces cuando tú dices “se murió de infarto de miocardio. ¡Joder qué putada! ¿no?”. Ahora, si dices “mi padre se murió de SIDA”, automáticamente el comentario dice “¡oye!, el padre de éste, ¿qué era?, ¿un marica?, ¿era un putero?, ¿o es que se picaba?”, ¿no? (Grupos de discusión CIMOP, administrativos y empleados).

No deja de ser significativo a este respecto, tal como señala Bauman (2005: 77) retomando algunas líneas de análisis de otros autores como Philippe Robert, que la estrategia neoliberal de desmontaje del Estado social y con ello de la función social protectora de los Estados de los últimos años 70 y primeros de los 80 estuviera acompañada y complementada por otra que trataba de desplazar las inquietudes sociales producidas ante esta pérdida de la protección social hacia otra serie de figuras sociales que pudieran jugar el papel de “chivos expiatorios” y de pretextos de unas nuevas demandas de un nuevo tipo de protección más “securitario”, como pudo ser, por ejemplo, el caso de la delincuencia y la inmigración en Francia o de la propia delincuencia e inseguridad ciudadana en España relacionada con el consumo de drogas que, como es sabido, experimentó un fuerte crecimiento a finales de los 70 y a lo largo de la década de los 80, o las propias personas afectadas por el VIH-SIDA. Desplazamiento del malestar social hacia este tipo de “chivos expiatorios” que permitía a los Estados presentarse con un renovado papel de protección en el ámbito de la seguridad ciudadana.

En el caso de España, la epidemia del VIH-SIDA estuvo en el origen de la configuración de un primer dispositivo psicosocial de marginación y de exclusión social con un inicial y amplio grado de legitimidad social en la segunda mitad de la década de los 80 que, en cierto modo, venía a contraponerse a la dinámica de inclusión social puesta en marcha en los años de lucha contra el franquismo y que se mantenía todavía durante los primeros años de democracia. En cierto modo, la estrategia mediática ante el SIDA consiguió invertir la lógica social centrípeta dominante en los años anteriores para transformarla en una lógica centrífuga al punto de que hoy se ha llegado a normalizar y ver casi como “natural” la existencia de los procesos de exclusión y de estigmatización de unos u otros sectores sociales (inmigrantes, por ejemplo).

2.6.2. El caso del SARS COV 2-COVID-19

El marco de recepción, el marco cognitivo de valoración del SARS-CoV-2 y de la COVID-19 ha sido muy diferente. Su proceso de construcción ha sido mucho más complejo, inestable y cambiante, siendo generado por las intervenciones cruzadas y no siempre coincidentes de múltiples actores como los medios de comunicación, los actores políticos, científicos y empresariales que tuvieron un papel menos protagonista que en el caso del VIH-SIDA.

En este contexto, en el caso de la COVID-19 el marco de recepción dominante ha sido uno de tipo geopolítico con fuertes connotaciones económicas. La imagen de un “virus chino” como un enemigo exterior, fuertemente impulsada por el presidente Trump, fue dominante en los primeros meses de enero-marzo en el marco de la prolongación de la guerra comercial con China lo que facilitó el planteamiento discursivo inicial de la “unidad nacional” en la “guerra contra el virus” que se planteó en varios países occidentales. Metáfora militar y lenguaje bélico muy marcado en los casos de España y de Francia (Jeanneney, 2020; Padilla y Gullón, 2020).

De esta forma, el proceso de construcción inicial de la “otredad” en el caso del SARS-CoV-2 tuvo un marcado carácter de “civilización occidental” versus la (no) “civilización oriental”, de un “Nosotros”, los países ricos y civilizados frente a un “Ellos” de los supuestos países menos ricos y civilizados que se encuentra en la base de la denegación inicial de la pandemia por parte de los países occidentales (Conde, 2020).

Dicho marco inicial fue rápidamente acompañado por el mensaje de que el virus era un virus democrático que afectaba a todos por igual, lo que permitía realizar un doble desplazamiento: el ocultamiento de los fenómenos de desigualdad social inherentes a su desarrollo tras una primera expansión global vía las élites cosmopolitas, y el ocultamiento de que el origen de este virus en China y de las últimas zoonosis estaba asociado a las formas de desarrollo del capitalismo extractivista y al desarrollo de un tipo de agroindustria intensiva y en gran escala en dicho país como parte del mercado global y de las cadenas de suministros mundiales de la alimentación.

Muy rápidamente dicha imagen se reforzó y se enriqueció con una dimensión económica más general a nivel mundial, la caída de las bolsas como resultado del riesgo de interrupción de los circuitos comerciales globales fue una de sus primeras señales, que rápidamente se generalizó a todos y cada uno de los países afectados a partir de las caídas de la movilidad y del consumo que conllevaron las primeras medidas de lucha contra la COVID-19. Marco cognitivo y valorativo de orden económico que se fue afirmando progresivamente como argumentación que se oponía y se opone de forma regular a las posibles medidas de salud pública para combatir a la pandemia tanto desde el punto de vista de las inversiones en salud y en sanidad, como desde el punto de vista de las medidas de cierres de la actividad económica y de confinamientos de la población para frenar el crecimiento de la pandemia.

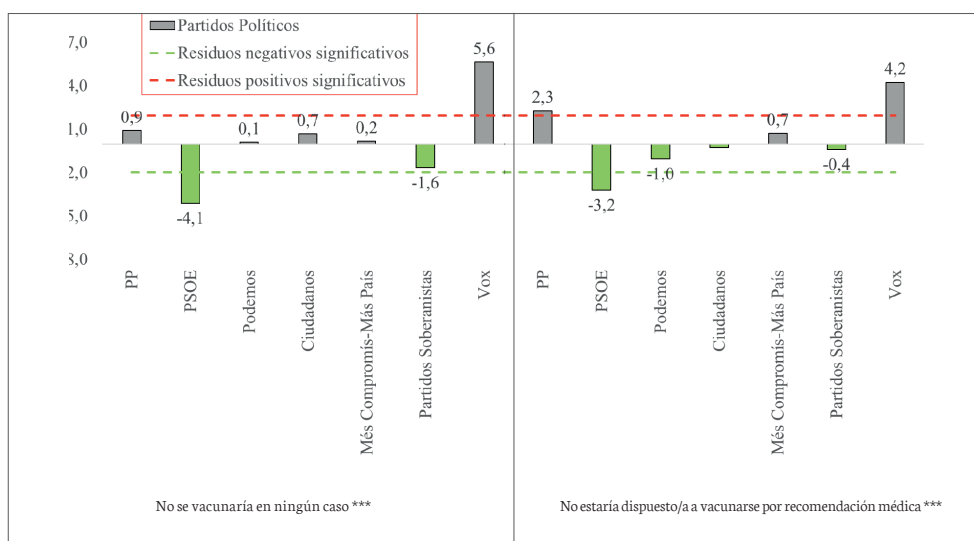
Marco económico que recuperó una vez más una fuerte dimensión de conflicto geopolítico con motivo de los procesos de producción y de implementación de las vacunas tanto entre los grandes bloques: China, Rusia y “Occidente”, como en el seno de este último entre los EEUU, la UE y el propio Reino Unido post Brexit.

De forma significativa, las teorías conspiratorias que trataban de dar un sentido inicial a unas y otras epidemias venían a significar una acentuación del cambio de tendencias sociales existentes en dichos momentos. Cuando emerge el SIDA una de las explicaciones que más se propaló por parte de sectores que genéricamente se podían situar más a la izquierda fue que había sido un invento americano, de los laboratorios de la CIA para reprimir las tendencias a la liberalización sexual existente en los años anteriores de la década del 70. Por el contrario, con la COVID-19 las concepciones más conspiranoicas se enraizaron más en sectores conservadores, siendo una de las más propagadas la idea de que el SARS-CoV-2 había sido un invento/creación de los laboratorios chinos que iban a utilizar el desarrollo de las 5G para su expansión y su control digital sobre el mundo.

No deja de ser relevante a este respecto que el movimiento conspiranoico y anticientífico contra el cambio climático que también se ha erigido en una de las bases del movimiento negacionista de la pandemia en los EEUU esté financiado, como analiza la historiadora de la ciencia Naomi Oreskes (*Publico*, 14/11/2020), por algunas de las empresas más contrarias a la regulación de los mercados como pueden ser las empresas petrolíferas ExxonMobil o Koch Industries, o las tabacaleras Philips Morris o R.J. Reynolds.

Un ejemplo de estas teorías conspiranoicas y de la desconfianza en la ciencia extremada en los espacios sociales más conservadores puede ser la posición ante las vacunas entre los votantes de VOX en España. Por un lado, como se evidencia en el siguiente gráfico elaborado por Marina Requena a partir del estudio 3302 del CIS de noviembre de 2020, los votantes de VOX sería el colectivo con una probabilidad mayor a no estar dispuesto a vacunarse incluso por recomendación médica.

Gráfico 1. Asociación entre disposición a vacunarse y recuerdo de voto en las elecciones generales de 2019



Significatividad del estadístico X2 *** 99%

Los residuos tipificados corregidos constituyen las diferencias normalizadas entre las frecuencias observadas y esperadas en el supuesto de independencia de ambas variables (es decir, en el caso de que no estén asociadas). Así, cuando los valores de los residuos son superiores al valor crítico de +1,96 o inferiores al valor -1,96, significa que hay asociación entre variables al 95% de probabilidad.

Fuente: Marina Requena a partir de estudio 3302 del CIS.

Por otro lado, según las propias encuestas del CIS, mientras en el mencionado mes de noviembre un 16% declaraba que no se pondría la vacuna de ninguna de las maneras, en diciembre en plena intensificación de las informaciones sobre la pronta vacunación dicho porcentaje pasó al 49%, es decir, un incremento de 33 puntos.

2.7. La situación de salud pública

La situación de la sanidad y la salud pública en uno y otro momento histórico han sido completamente diferentes a nivel mundial y español en cuanto a la orientación dominante de dichas políticas y a la capacidad material de llevarlas a cabo.

A finales de los 70, en 1978 se celebra en Alma Ata una conferencia mundial sobre la Atención Primaria auspiciada por la OMS que desarrolló la noción de los determinantes sociales en la salud, que planteó y aprobó la idea de la salud en todas las políticas, es decir, de tener en cuenta los criterios de la salud como dimensión transversal a todas las políticas, que reforzó la caracterización del derecho a la salud como un derecho humano universal y que aprobó las metas de igualdad y universalidad de los servicios sanitarios. Por el contrario, la segunda década del siglo XXI está marcada en los países occidentales por una orientación neoliberal de las políticas sanitarias, por los recortes y privatizaciones de los sistemas de sanidad pública y por el retroceso del conjunto de objetivos marcados en Alma Ata que han llegado a ser caracterizados como “utópicos”.

En el caso de nuestro país, la situación de la salud y la sanidad pública no pueden ser más diferentes. A primeros de los 80 se destinaban a la salud 195 euros per cápita en España, mientras que en el 2019 se destinaban 1690 euros. Sin embargo, pese a esta gran diferencia en la disposición material de los recursos, la orientación dominante de la salud pública en uno y otro momento histórico fue muy diferente, de forma que, mientras en la década de los 80 fue capaz, hasta cierto punto, de superar las debilidades existentes, no ocurrió lo mismo con la COVID-19 pese a la mayor capacidad teóricamente existente.

En efecto, en los años 80 los escasos recursos existentes no debilitaron la voluntad política de la Salud y de la Sanidad Pública que, tras los acuerdos de Alma Ata y la transición política en España, impulsaban una profunda reforma del sistema sanitario y de salud en España, que tuvo una de sus primeras materializaciones en la aprobación de la Ley

General de Sanidad de 1985. Mientras, en 2020, teniendo más recursos materiales, la Salud Pública estaba cultural y profesionalmente más debilitada tras más de una década de recortes y de procesos de desarticulación de los servicios de salud pública tanto a nivel central como en las comunidades autónomas, y ello impidió en gran medida abordar la pandemia con unas mínimas condiciones de calidad.

Esta diferente situación se puede visualizar en las orientaciones culturales y profesionales dominantes de los servicios de Salud Pública ante una y otra epidemia. En el caso del VIH se puede ejemplificar en dos cuestiones como sus principales líneas de trabajo a lo largo de décadas: por un lado, la primacía de los servicios de educación y de promoción de la salud sobre los de epidemiología y la constancia en el tiempo de la misma línea de comunicación al situar el fomento del uso del preservativo; y por otro, la lucha contra la estigmatización. Como destaca Rinn en su análisis de la estrategia de las comunicaciones institucionales en la lucha contra el SIDA, “confrontados al problema de no disponer ni de vacunas, ni de tratamientos contra el VIH, los publicitarios institucionales se propusieron provocar cambios en los hábitos culturales, morales-éticos y de comportamientos sexuales con el objetivo de contener la propagación de la enfermedad” (Rinn, 2002: 11-12). Más allá de la comunicación del número de casos, lo central en el caso del SIDA fue la comunicación sobre las principales vías de transmisión del virus y lo que había que hacer para evitarlo en una amplia y sostenida tarea de educación para la salud (desde el uso de los preservativos a no compartir jeringas, maquinillas de afeitar, cepillos de dientes...) y, por otro lado, la mencionada lucha contra la estigmatización. De hecho, las administraciones públicas españolas, las sanitarias en primer lugar, se opusieron a las decisiones de exclusión contra las personas con VIH que se empezaron a adoptar por aquellos años en el sistema educativo, en las empresas, en la vida social en general.

En el caso del SARS-CoV-2, por el contrario, la epidemiología ha ganado peso frente a los servicios de educación y de promoción de la salud. Es cierto que la propia velocidad de transmisión e importancia del gran número de los contagios ha hecho imprescindible la primacía epidemiológica tanto desde el punto de vista del seguimiento y análisis de los contactos como de la presentación de los datos de la evolución de la pandemia, pero no deja de ser menos cierto que ha habido mucha menos atención, incluso desde la propia epidemiología, a la hora de introducir variables en la recogida de los datos que permitieran realizar otro tipo de aproximaciones sociales más completas y más complejas. Se ha asistido, también como signo de los tiempos, a una mayor profusión de modelos matemáticos de predicción que a otro tipo de análisis que tuvieran en cuenta la aproximación a la pandemia como tal fenómeno social total (Mauss, 2010). En este mismo sentido, tampoco deja de ser cierto que se ha realizado poca actividad de educación para la salud al respecto de cómo evitar la transmisión, más allá del lavado de manos, del uso de la mascarilla y del mantenimiento de la distancia física.

Por otro lado, derivado parcialmente de su elevada velocidad de propagación y de los propios avances en el conocimiento científico, la línea de comunicación sobre la COVID-19 ha pecado de una cierta inconsistencia, como los casos de la conveniencia de la mascarilla, de la realización de los diferentes tipos de test, o de la transmisión por aerosoles han podido manifestar. La pregunta, por ejemplo, de si no se aconsejó inicialmente la mascarilla porque no había o porque se creía que no era realmente necesaria fue dominante en la recepción inicial de estos mensajes. Inconsistencia que posteriormente se ha ido intensificando y generalizando con el polarizado debate político sobre estas cuestiones y sobre el conjunto de medidas de lucha contra la pandemia que se ha traducido en una imagen de confusión y de contradicciones que ha debilitado mucho la confianza en los mensajes institucionales al respecto.

2.8. Temporalidades y grado de consistencia de los marcos cognitivos de los abordajes diferenciales de las epidemias

Las experiencias sociales y las capacidades de respuesta social y sanitaria ante una y otra epidemia se han desplegado, por tanto, en un marco temporal y cognitivo muy diferente que creo que tienen una gran importancia en lo que ha ocurrido y está ocurriendo socialmente ante una y otra epidemia.

La epidemia del VIH se ha extendido a lo largo de varios decenios y, si bien es cierto que a lo largo de los mismos ha ido evolucionando el marco cognitivo de la aproximación social dominante a la epidemia, no deja de ser cierto que los sucesivos marcos de aproximación, como veremos más adelante, han permanecido relativamente estables durante un cierto número de años (Rinn, 2002: 21). Esa situación ha podido tener una incidencia muy importante en la valoración de la experiencia social al respecto en el sentido de posibilitar una sedimentación estable y relativamente transversal de la misma en consonancia con dichos marcos cognitivos.

El caso del SARS-CoV-2 es muy diferente. Apenas había transcurrido un año desde su detección y en ese año se han sucedido un cierto número de marcos cognitivos diferentes, de duración relativamente reducida en el tiempo, que han

podido dificultar, hasta ahora, la sedimentación de una cierta experiencia social relativamente cristalizada, estable y, al menos, relativamente transversal de la pandemia.

En el caso del VIH la ausencia durante muchos años de tratamientos eficaces se tradujo en el hecho de que durante esos años iniciales, prácticamente hasta el 1996, el abordaje de la lucha contra el SIDA reposara en un conjunto de dimensiones más sociales que tecnológicas: mejora de los estilos de vida de los afectados como única forma de fortalecer el sistema inmunitario, uso de métodos barrera como los preservativos, cambio en las conductas de riesgo (no compartir jeringas, *safer sex...*), amplios programas de información y educación para la salud (Sida/Noda, Póntelo/Pónselo...), solidaridad con los afectados, creación de redes de apoyo mutuo y de organizaciones de lucha contra el SIDA a partir de activistas de los movimientos gay, como pudo ser el caso de *Act Up* en EEUU, de *Aides* en Francia, de la *Aide Suisse contre le SIDA* (ASS) en Suiza en 1985, o a partir de sectores más vinculados a los consumidores de drogas por vía parenteral como el caso de los Comités Anti SIDA en España.

De hecho, la emergencia del SIDA va asociado a una cierta eclosión de los estudios sociológicos, psicológicos y antropológicos sobre las sexualidades, las relaciones entre las culturas y las sexualidades, los frenos sociales y culturales al uso del condón, las diferentes tipos y modalidades de relaciones sociales y personales y su relación con la propagación del VIH, etc.

Planteamiento más social y holístico de la lucha contra el SIDA, no sólo sanitario, que en España se tradujo en la creación en 1987 de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del SIDA, origen del Plan Nacional de Lucha contra el SIDA, y que a nivel internacional está en el origen de la creación de ONU-SIDA como oficina de las Naciones Unidas para coordinar la lucha contra la epidemia en el año 1996.

En el caso del SARS-CoV-2 ha ocurrido prácticamente lo contrario. La rapidez de su propagación y de los descubrimientos científicos asociados se ha traducido en que desde un principio la lucha contra la COVID-19 ha reposado más en un conjunto de dimensiones científicas y tecnológicas que sociales. Incluso en el terreno sanitario, la respuesta ha sido más reactiva que preventiva, de forma que el ámbito más tecnológico (el hospitalario y las UCI) ha primado sobre Salud Pública y Atención Primaria. Asimismo, a nivel internacional ha sido la OMS la canalizadora de los esfuerzos en la lucha contra la pandemia.

2.9. Las reacciones sociales

En el caso del VIH se generó una primera reacción social de carácter fuertemente estigmatizante. La construcción mediática del SIDA como una enfermedad mortal, fuertemente contagiosa (se suponía que se podía contagiar por la saliva, en los asientos de los autobuses, por las picaduras de mosquitos...), asociada en España con homosexuales y, sobre todo, heroinómanos, generó un fuerte movimiento de rechazo y marginación, de muerte social de sus portadores (expulsiones de las escuelas, despidos...), más aún en la medida que una de las representaciones sociales más extendidas a este respecto era que si una persona tenía VIH-SIDA era porque se lo había buscado de una u otra forma por su supuesta "conducta desviada":

Ahora se sabe de qué da el SIDA y sabes que son eso: o que ha sido drogadicto o que ha sido homosexual y a nadie le apetece tener en la familia... (Grupos de discusión CIMOP, 1988; mujeres de 45 a 55 años, clase media-alta).

Aunque dicha reacción se ha ido modificando y suavizando en el tiempo, no ha dejado de estar presente en la sociedad, no ha dejado de tener eco en algunas expresiones más directas de exclusión, como siguen denunciando los movimientos de lucha contra el SIDA y como se sigue señalando en algunas investigaciones más recientes.

En el caso del SARS-CoV-2 y de la COVID-19, el contexto social e ideológico dominante y la rapidísima temporalidad de su desarrollo se ha traducido en unas respuestas y reacciones sociales muy diferentes a las señaladas en el caso del VIH. El miedo al contagio, en un primer momento, y la incertidumbre han tenido más peso que los procesos de exclusión que cuando se han dado han sido mucho más minoritarios que en el caso del SIDA, más allá de una reacción inicial contra las "chinos" presentes en territorio europeo (Conde, 2020). Asimismo, y como signo de los tiempos neoliberales en los que seguimos viviendo, la producción dominante de chivos expiatorios ha tendido más a centrarse en la responsabilización/culpabilización de los individuos, más que hacia algún tipo de señalamiento más colectivo que sólo se ha producido en los casos de los países con concepciones xenofóbicas más acentuadas (Conde, 2020).

3. Las interpelaciones y las experiencias personales y sociales de una y otra epidemia

3.1. El caso del VIH

El tratamiento mediático inicial del SIDA generó, tal como habíamos avanzando anteriormente, un fuerte espacio de dualización social y simbólica entre un “nosotros” normativo y un “ellos” excluidos. Aunque la transmisión del VIH se desarrolla de forma individual asociada a las llamadas prácticas de riesgo, su tratamiento mediático y la respuesta social inicial se tradujo en que esa transmisión individual se viviese como una experiencia personal y social de sufrimiento y de muerte compartida por la “comunidad” de referencia (vivencia reforzada por la noción de grupos de riesgo), lo que favorecía la emergencia de un doble espacio de interpelación personal y social al respecto.

En el seno del “Nosotros”, la reacción de muchas personas que decían “yo no me puedo contagiar porque tengo una sexualidad normal” puede ser un ejemplo del primer espacio de interpelación más personal. En esta línea, una parte de la respuesta de denegación que se produjo ante el SIDA en los años 80 y 90 y que todavía se mantiene hoy en día, aunque expresada de otra forma, guarda una estrecha relación con este proceso de interpelación que desde el cuestionamiento de la sexualidad normativa realiza el imaginario construido del VIH-SIDA a todos y a cada uno de nosotros.

Por otro lado, en el seno del “Ellos”, en los sujetos de la marginación y estigmatización, proyectado desde el “Nosotros” más central y normativo, la propagación de la epidemia y el tipo dominante de reacción social de marginación impulsada produjo una reacción social organizada inicialmente muy minoritaria, prácticamente constituida por los afectados y círculos más próximos, pero que poco a poco se fue generalizando con el apoyo de los movimientos homosexuales que fueron los más estigmatizados en la mayoría de los países occidentales (*Act Up* en EEUU, AIDES en Francia, ASS en Suiza y otras asociaciones occidentales de lucha contra el SIDA se constituyeron a partir de los movimientos gay y del apoyo de importantes figuras de las comunidades homosexuales de sus respectivos países). En España el proceso fue algo diferente ya que los Comités Anti SIDA se configuraron inicialmente como Comités Ciudadanos más abiertos, pero, por las características del VIH-SIDA en España en aquellos años, las personas más presentes eran los heroinómanos, los consumidores de droga por vía parenteral.

Asociaciones y movimientos que en un contexto social e ideológico en el que todavía estaban presentes ciertas tendencias “progresistas” y de lucha por la inclusión social, se configuraron como un espacio social de interpelación al conjunto de la sociedad, ante los propios sistemas sanitarios, las empresas farmacéuticas y ante los respectivos sistemas políticos nacionales e internacionales y que tuvieron la capacidad de generar una especie de contra-discurso ante el discurso dominante en los medios de comunicación sobre el SIDA.

En este sentido, tras unos iniciales años de titubeos, este conjunto de movimientos de lucha contra el SIDA desarrolló una estrategia que se ha mantenido en el tiempo basada en varios criterios, una estrategia de visibilización y de personalización de las personas con VIH-SIDA, la humanización y representación del sufrimiento de las personas con SIDA en los medios de comunicación, la visibilización del progresivo deterioro de los afectados hasta su muerte (prácticamente hasta el 1996), el mensaje de que el SIDA puede afectar a cualquier persona con una determinada práctica de riesgo, la información sobre las vías de transmisión y los métodos de reducción del riesgo y la lucha contra cualquier tipo de estigmatización y de marginación social consiguiendo un considerable eco en los mismos medios de comunicación que desde sus iniciales posiciones más estigmatizantes se fueron alineando con las posiciones y discursos defendidos por el movimiento anti SIDA (Dodier, 2003).

Esta estrategia y el amplio debate social suscitado generó lo que podríamos llamar una fuerte experiencia social entendida como un intenso proceso de subjetivación personal y colectivo sobre la enfermedad que se tradujo, a su vez, en un doble plano de interpelación personal y colectivo en el seno de los más directamente afectados por el VIH-SIDA.

En el caso de los homosexuales, los procesos de acompañamiento de los afectados y de duelo organizados (el proyecto *Name Project* puede ser uno de los ejemplos más emblemáticos) facilitó la configuración de los afectados por el SIDA y, en general, de la comunidad gay como una comunidad política (Butler, 2006: 45-79).

En el caso de los heroinómanos, en España, la aparición del VIH-SIDA conllevó una importante modificación de sus identidades y de su relación con la sociedad (Conde, 1989). En lugar de ser percibidos como “heroinómanos” y “marginados” pasaron a ser percibidos como “víctimas” y, en muchos casos, a ser valorados como activistas, como militantes en la lucha contra el SIDA, como defensores de la dignidad de los enfermos y de la salud como derecho humano básico en una línea similar a lo ocurrido en otros países con los movimientos de “usuarios” de drogas. En este sentido

no puede ser más reveladora la propia evolución de la denominación de esta figura social desde la de “toxicómanos” y “heroinómanos” a “drogodependientes” y “drogadictos” para pasar posteriormente a la de “consumidores” de drogas y para acabar en “usuarios” de drogas por vía parenteral con todo lo que ello conlleva de reconocimiento de la figura del “usuario” (Stengers, 2009: 111 y ss).

En el caso de España el movimiento anti SIDA que se impulsó por activistas como Blas Mompadre, Manolo Trillo o Héctor Anabitarte, entre otros, y que inicialmente se aglutinó en torno a los Comités de Lucha contra el SIDA, significativamente denominados Comités Ciudadanos, estuvo en el origen de varios grandes avances. En el espacio de la drogodependencia se impulsó la creación de los grupos de autoayuda (Ciempies), de las asociaciones de los usuarios de drogas y de sus familiares, la dignificación (al menos parcial) de la figura del heroinómano y la reorientación de las políticas ante las drogodependencias desde la orientación penalizadora existente al principio de los años 80 hacia la promoción de las políticas de reducción de daño en los consumos, y el impulso, por ejemplo, de los programas de metadona que, habiéndose aprobado en 1983 (Orden Ministerial del 23 de Mayo), languidecían ante la falta de presión social que impulsara su desarrollo de forma similar a lo ocurrido en otros países (Rinn, 2002: 56).

En el espacio de afirmación de las sexualidades no normativas, el VIH-SIDA y los movimientos de lucha contra el SIDA ayudaron a visibilizar y nombrar un campo de sexualidades “tabús” hasta esos momentos, ayudaron a generar una conversación social sobre la sexualidad, sobre las prácticas y los juegos sexuales, sobre el placer más allá del coito facilitando la expresión pública y la legitimación social de las orientaciones y las prácticas sexuales que se escapaban de la heterosexualidad dominante. Es cierto, que las propias organizaciones LGTBI impulsaron la lucha por este reconocimiento pero no se puede entender el reconocimiento de los derechos civiles de los homosexuales, la propia ley del matrimonio gay del 2005, sin esta interpelación generada desde el espacio de la experiencia del VIH-SIDA, como no deja de subrayar Shangay Lily al sugerir que “sin entender la estructura, resortes de supervivencia y defensa, organización y solidaridad que el SIDA generó dentro de nuestra comunidad en aquellos años ochenta, no es posible entender la eficacia, agilidad y lubricidad con la que el fenómeno gay se implantó en toda la sociedad una década más tarde” (Shangay Lily, 2016: 73 y ss).

Asimismo, en el ámbito social, por ejemplo, tejieron alianzas con el movimiento sindical tanto en las políticas de información y formación de los trabajadores como en la lucha contra la discriminación en los puestos de trabajo de las personas con VIH-SIDA. El propio secretario general de la UGT por aquellos años, Nicolás Redondo protagonizó alguna de las campañas sindicales en un video en el que llamaba a la lucha contra la discriminación de las personas con VIH-SIDA en los puestos de trabajo.

3.1.1. El movimiento de lucha contra el SIDA y su impulso de democratización de la ciencia y de las prácticas científicas

Uno de los rasgos singulares de la batalla contra el SIDA ha sido el papel de los movimientos de lucha contra esta enfermedad en el movimiento de democratización de la ciencia y de las políticas sociales y de salud a partir de la participación de los mismos, en el diseño de este tipo de políticas e, incluso, en la elaboración de los propios criterios de la investigación científica que, como destaca Dodier (2003), ganaron en participación, democracia y eficacia sin perder con ello rigor científico. De hecho, las asociaciones de lucha contra el SIDA han sido las primeras en abrir el campo de la salud y de la enfermedad, de la propia investigación científica y del diseño de las investigaciones a la participación directa de los pacientes, de los enfermos, en un movimiento que se podría caracterizar como de democratización de las prácticas científicas especialmente a partir del impulso inicial de estas asociaciones en los EEUU (Lecourt, 2004), donde los activistas y el movimiento de lucha contra el SIDA consiguieron que la *Food and Drug Administration* (FDA) suavizase los criterios para poder poner en el mercado con carácter compasivo los medicamentos y tratamientos que estuviesen en la fase II de los ensayos clínicos, como ocurrió con uno de los primeros tratamientos, el AZT de los laboratorios Wellcome en septiembre de 1986. Asimismo, en 1987 consiguieron la aprobación de la categoría de *Investigational New Drugs* que posibilitaba que las moléculas que estaban todavía en ensayo clínico pudieran ser dispensadas en el caso de aquellas enfermedades, como el SIDA, que tuvieran una importante afectación o que conllevaran el propio peligro de muerte a los pacientes que la sufrieran (Dodier, 2003: 114).

En el caso de España, de forma similar a lo ocurrido en EEUU y otros países, los Comités Ciudadanos jugaron un papel determinante en la defensa de la privacidad de los datos en las historias clínicas, en la democratización de las relaciones médico-paciente, en el impulso de la participación de los pacientes en el ámbito de la salud y de la defensa de los derechos humanos en dicho ámbito, ayudando a abrir la puerta a nuevas generaciones de derechos a este respecto, de forma similar a lo ocurrido en otros países (Dodier, 2003). Es algo más que una coincidencia temporal que la Oficina Regional para Europa de la OMS promulgara en 1994 la Declaración sobre la promoción de los derechos de los

pacientes en Europa, tras unos años de olvido de las resoluciones de la Conferencia de Alma Ata de 1978 a este respecto. Declaración de 1994 que se sitúa en la base de la propia Ley española del 14 de noviembre del 2002 sobre la regulación de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En una dirección similar, los Comités Ciudadanos colaboraron con Salud Pública para el impulso de las políticas de prevención y con los especialistas de las enfermedades infecciosas en la investigación de los tratamientos, al punto de que algunos de estos pacientes, los que denominamos “activistas históricos” (Conde y Santoro, 2012), se convirtieron no sólo en aliados de los profesionales sanitarios especializados en el SIDA sino en verdaderos expertos en la enfermedad de forma también similar a lo ocurrido en otros países (Dodier, 2003).

Por último, otra dimensión que quizá conviene señalar en el caso del VIH-SIDA es que si bien dicha experiencia se vivió inicialmente en un marco de comunidades y de grupos sociales excluidos dentro de un marco nacional implícito, a partir de mediados de los años 90 tras el descubrimiento de los primeros tratamientos realmente eficaces se generó un movimiento global que atravesaba y trascendía los marcos políticos nacionales-estatales impulsado sobre todo por las redes y colectivos homosexuales, por la generalización de algunas ONG como *Act Up*, por algunas de las ONG de profesionales sanitarios configuradas por aquellos años como Médicos sin Fronteras que, ubicados más en el espacio de los movimientos sociales que de las instituciones o en el de los actores políticos más clásicos, impulsaron demandas más globales y transversales contra la desigualdad social y territorial ante el SIDA, como pudo ser el movimiento por la accesibilidad de los tratamientos del SIDA en todos los países del mundo, de forma similar a lo que hoy está ocurriendo en el caso de la COVID-19.

3.2. El caso del SARS-CoV-2

La experiencia personal y social del SARS-CoV-2 y de la COVID-19 ha sido muy diferente. Es cierto que todavía no hay distancia temporal suficiente como para saber qué sedimentación subjetiva, que proceso de subjetivación personal y colectiva, interpersonal se está generando ante la enfermedad, en qué tipo de experiencias sociales se va a acabar traduciendo la COVID-19. Pero existen indicios que dan pie para pensar que está siendo muy diferente a la señalada para el caso del VIH-SIDA.

En primer lugar, conviene destacar que el tratamiento mediático y el marco cognitivo inicial de la pandemia del SARS-CoV-2 ha sido global desde el primer momento. Marco global en el que se desplegaban las políticas nacionales en relación con las medidas de lucha contra la pandemia. En este sentido, la experiencia y vivencia del SARS-CoV-2 y de la COVID-19 expresa y refuerza una mayor conciencia de la globalización y de la interdependencia entre todos los seres humanos en relación con lo ocurrido en la emergencia del VIH. Mayor nivel de conciencia que no se ha traducido, por ahora, en algún tipo de movimiento social que la impulse y que haga de la misma un espacio de interpelación global, como ocurrió en el caso del VIH. Sin embargo, dicha conciencia y experiencia pueden ser entendidas como “semillas” que abren una esperanza ante su posible germinación y desarrollo en un tiempo futuro si hay unos discursos sociales, unos discursos políticos que ayuden a generar los marcos cognitivos adecuados para su fertilización positiva.

En lo que se refiere a los marcos nacionales más particulares del abordaje de la pandemia creo que en el caso español habría que distinguir entre varias etapas. La primera etapa del confinamiento en marzo-abril se proyectó como una experiencia insólita, traumática pero que también se vivió teñida como un cierto aire fantasmático, de enfermedad abstracta representada en curvas y macrodatos más que en personas y sufrimientos concretos. En este sentido, durante los primeros meses de la pandemia la dura experiencia personal y colectiva del confinamiento se vivenció asociada a una cierta dimensión de ficción, de irrealidad de la situación pandémica, que pareció modificar las coordenadas espacio-temporales en las que discurren nuestras vidas.

...Lo que comentaba es que yo lo que sentía al principio cuando nos confinaron a mediados de marzo, imagino que sentiría lo que sintieron todos, fue una sensación muy extraña, parecía que no era nada real, y luego es verdad que conforme iban pasando los días sentí mucha inseguridad y también mucha incertidumbre porque no sabíamos en realidad lo que estaba pasando, no sabíamos si íbamos a estar 15 días 3 semanas, un mes, un mes y medio.... Luego al final todo el tiempo que ha pasado nunca me hubiera podido imaginar que hubiera sido tantísimo tiempo, y luego inseguridad también pues en cuanto a toda la economía, en cuanto a todo lo que está ocurriendo... (Grupos de discusión CIMOP, junio 2020; mujeres y hombres, profesionales liberales, clase media y media alta, de 45 a 55 años).

Durante el primer confinamiento, además de las muertes ocurridas, uno de los dramas humanos más fuertes fue el de la imposibilidad de realizar un duelo familiar y compartido por las muertes acontecidas. Las personas fallecieron

sin poder estar acompañadas y, en muchos casos, sin ni siquiera poder hacer ese duelo. Además del dolor personal y familiar que supone en los más próximos, también tiene una clara repercusión colectiva y social más amplia en la medida que dificulta el mantenimiento de los lazos de una comunidad política que se respeta, que se reconoce como tal y que concede ese estatuto, esa dignidad de “vidas dignas de atención, de vidas que valiera la pena preservar, de vidas que merecieran el reconocimiento” cuando fallecen (Butler, 2006: 61). No deja de ser significativo que Biden en su toma de posesión como nuevo presidente de los EEUU haya organizado una ceremonia de duelo colectivo, simbolizado en las 400 lámparas y en los 400 toques de campanas, uno por cada 1.000 muertos por la COVID-19 en los EEUU, como forma de reconciliar y unir a la sociedad estadounidense, de reconstruirla como comunidad política, de “sanarla” según sus propias palabras, tras el desgarró y la división profunda de dicha sociedad producida por la presidencia de Trump.

Hay que tener en cuenta, además, que el drama y el dolor por las pérdidas estaba acentuado por el hecho de que el propio confinamiento dificultaba o impedía más directamente una conversación pública sobre la mencionada experiencia que hubiera posibilitado la emergencia de cierto discurso social que canalizara, al menos, un duelo parcial y que facilitara su posible sedimentación en una experiencia colectiva más conscientemente compartida que pudiera dar pie, a su vez, a una reflexión colectiva, a un cierto cuestionamiento de algunas de las tendencias dominantes en las actuales orientaciones y propuestas políticas que se sitúan en el origen y desarrollo de la pandemia (extractivismo, agroindustria intensiva, falta de inversiones en sanidad y salud pública, gestión *just in time* de la sanidad pública...), o de las insuficiencias en los abordajes iniciales de la pandemia en cada país evidenciado en el drama de las muertes.

La segunda etapa de la pandemia, tras el verano, permitió una mayor conversación social, una mayor presencia de movilizaciones especialmente por parte de los profesionales sanitarios reivindicando mejoras en los sistemas sanitarios y de los vecinos de algunas zonas estigmatizadas por los discursos y las decisiones de algunos gobiernos autonómicos. Pero a pesar de ello, no creo que se haya generado una clara cristalización de todo ello que permita pensar en la existencia de un nítido espacio social de interpelación sobre la pandemia vinculado a esta experiencia social compartida que pueda proyectarse, a día de hoy, como el cimiento de un posible discurso alternativo sobre las condiciones de génesis, desarrollo y abordaje de la pandemia en las sociedades occidentales, en la propia sociedad española.

De hecho, las asociaciones de afectados por la COVID-19 que se han ido constituyendo en algunos países se han generado más en torno a las posibles demandas a los gobiernos de daños y perjuicios por las decisiones tomadas que en relación a una posible reflexión y reivindicación sobre las posibles políticas a llevar a cabo ante los avances de la pandemia.

Los propios sindicatos y otras organizaciones sociales o ciudadanas tampoco han intervenido de forma tan clara y decisiva como en el caso del VIH-SIDA, tampoco han generado un cierto discurso propio sobre el coronavirus. Se han centrado más en los efectos sociales y económicos de la pandemia dejando la palabra sobre la pandemia en manos de los “expertos” del conjunto de las ciencias de la salud.

Las redes de solidaridad vecinal que se han generado y que han sido decisivas en la lucha contra algunos de los efectos socialmente más negativos de la pandemia, también se han centrado en este terreno social y económico dejando que el abordaje y el tratamiento de la “pandemia” quedase en manos de la dupla “políticos+expertos científicos y sanitarios” a diferencia del caso del VIH-SIDA en que, como hemos señalado anteriormente, los movimientos de lucha anti SIDA llegaron a configurarse como verdaderos expertos en la epidemia y jugaron también un papel importante en los propios criterios de investigación y de desarrollo de los fármacos y los tratamientos (Dodier, 2003).

Por último, las redes sociales digitales se han convertido en un conjunto de plataformas en las que han anidado y crecido las teorías más negacionistas. En este mismo sentido, frente al carácter inclusivo y solidario de los movimientos de lucha contra el SIDA, los movimientos, las manifestaciones que han surgido en varios países contra las medidas ante la COVID, que han tenido en el rechazo al uso de las mascarillas su símbolo más referencial, se han inscrito más en la estela del hiperliberalismo egoísta del que han hecho gala, rechazando las medidas de salud pública en nombre de la defensa de una supuesta libertad individual.

En el caso de la COVID-19, los espacios de interpelación que surgieron durante los primeros meses de la pandemia se pueden situar en tres espacios: uno más teórico por parte del movimiento ecologista y de la epidemiología crítica que destacaba la existencia de fuertes relaciones entre las condiciones materiales actualmente existentes (capitalismo extractivo, pérdida de la biodiversidad, intensificación de la agroindustria intensiva...) y la génesis de zoonosis como la de la COVID-19, y que señalaba como la propia experiencia de la pandemia y de las medidas de confinamiento adoptadas demostraban que era posible tomar decisiones relevantes de lucha contra el cambio climático que se decía que no se podían adoptar; uno segundo protagonizado por los profesionales sanitarios con apoyos sociales más generalizados de crítica por las insuficiencias del sistema sanitario y de reclamación de más inversiones públicas en Salud; y un tercero más minoritario en un principio y más generalizado posteriormente que exigía medidas económicas y sociales para

paliar los efectos de las crisis económica asociada a la pandemia en línea, por ejemplo, con la demanda de un ingreso mínimo vital. El mismo Antonio Guterres, secretario general de la ONU, en el mes de julio propuso la aprobación de un “ingreso básico de emergencia” para combatir el incremento de pobreza derivada de la pandemia.

Estos tres espacios de interpelación más conscientes, si se quiere admitir esta expresión, han ido asociados con otros emergentes discursivos (Conde, 2019), relacionados, en parte, con otros espacios de interpelación como pueda ser el relativo a la toma de conciencia de los excesos en el consumo, a la necesidad de condiciones de habitabilidad más saludables o a la propia desigualdad social manifestada con la pandemia.

La emergencia de este conjunto de debates y de semillas sembradas por la experiencia del “fenómeno social total” (Mauss, 2010) de la pandemia, interpela y cuestiona tanto al actual sistema de producción capitalista como a las formas de vida y consumo asociadas. Interpelación que exige revisar sus certidumbres, sus convenciones, su mismo pensamiento económico tan central en el actual modelo social. Interpelación constante de la pandemia que trata de ser respondida a través de un intento de controlarla, de “domesticar” a los propios virus a través de la acción conjunta de la ciencia (vacunas) y de la política (medidas de lucha contra la pandemia), sin tener que intervenir con ello en las causas más estructurales relativas al modelo de producción extractivista y del conjunto de procesos, entre ellos los de un modelo de vida basado en un consumo intensivo de energía de origen fósil en los países “ricos”, que se encuentran en la base del desarrollo de esta pandemia, de otras que surgieron anteriormente y de las futuras que surgirán. Intento de domesticación que, sin embargo, no consigue dominar completamente una pandemia que, como un “terremoto lento”, que diría la escritora Lidia Jorge, va a tener efectos más prolongados e incluso sucesivas réplicas que van a exigir medidas de lucha más estructurales que la vacunación, por importante y aliviadora, por vital que sea en el caso de la actual pandemia.

Una ejemplificación muy clara de esta interpelación y de la apertura de nuevos marcos de reflexión y de acción que conlleva lo suministra la propia presentación mediático-política inicial de la pandemia del SARS-CoV-2 como un virus chino y como un “cisne negro”, como caracterizan los economistas dominantes, es decir, como algo “inesperado” que nos “pilló por sorpresa”, como subrayaron la práctica totalidad de los dirigentes políticos de los países occidentales, incluso ante la llamada segunda ola, como un elemento extra-sistémico, exterior al sistema económico a diferencia, por ejemplo, de la crisis financiera del 2008, que no tendría ninguna relación de posible causalidad con el desarrollo del capitalismo y del cambio climático. Caracterización dominante del origen de la pandemia que fue interpelada y cuestionada desde el ecologismo, el ecofeminismo y la llamada epidemiología crítica, por figuras como Yayo Herrero o Fernando Valladares, que ha encontrado un cierto eco en algunos medios de comunicación digitales y que apunta una línea de lucha contra la pandemia más de fondo y más estructural que la planteada hasta el momento (Mike Davis, 2006; 2020; Rob Wallace, 2020; Andreas Malm, 2020).

4. La construcción mediática del SIDA y sus principales etapas. La construcción social de las imágenes fundantes sobre el VIH y el SIDA

Tras una etapa inicial (1981-1983) en que la enfermedad del SIDA se tachó de “enigmática”, la mayoría de las imágenes que se proyectaron desde los medios de comunicación y que impactaron en la opinión pública se centraron en su contagiosidad y en la equivalencia SIDA=MUERTE en un contexto de connotaciones morales de orden muy tradicional. Tal como avanzamos anteriormente, las piezas informativas sobre el SIDA, especialmente en los países anglosajones, estaban muy cargadas de imágenes dramáticas asociadas con la muerte, el “contagio” social/moral reforzadas con la analogía con la lepra y las plagas bíblicas.

Estrategia de comunicación que se tradujo en que dicha ecuación cristalizó en la sociedad al punto de que todavía en 1992 era la imagen dominante del SIDA en España:

Lo que del SIDA sabemos es que vamos directamente al hoyo (Grupos de discusión CIMOP 1992, mujeres).

Te toca y te vas al otro mundo (Grupos de discusión CIMOP 1992, jóvenes).

Dicho tratamiento dominante generó en los años 80, especialmente en su segunda mitad, lo que podríamos llamar un contra-discurso de los afectados que se iba a generalizar e implantar en los años siguientes al punto de que a mediados de la década de los 90, de forma complementaria con el descubrimiento de los TARGA (recordemos que David Ho, desarrollador de la terapia antirretroviral combinada, fue declarado persona del año 1996 por la revista Time) iba

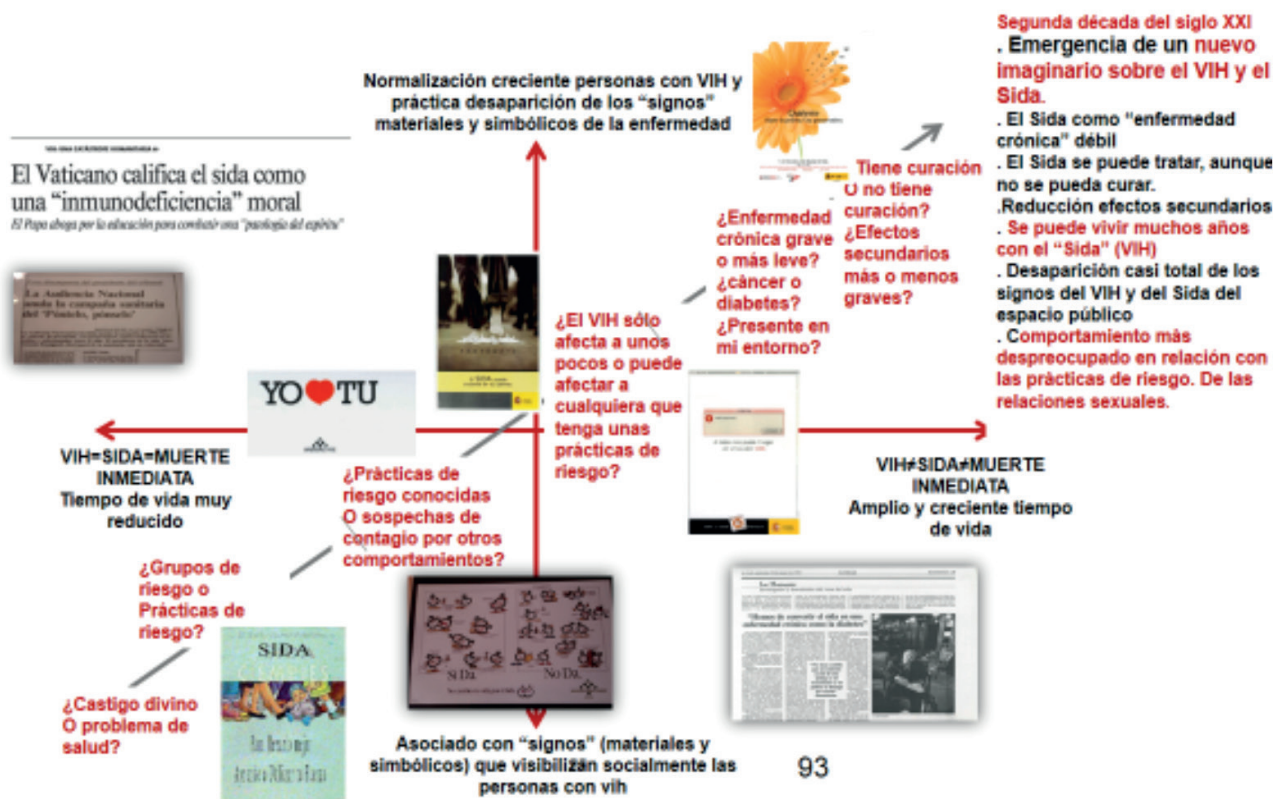
a tener una profunda repercusión en la experiencia social de la enfermedad e iba a ayudar a generar un cambio de imagen fundamental en relación con el SIDA. Empieza a afirmarse la imagen del SIDA como enfermedad crónica, con tratamiento pero sin cura, como una enfermedad que puede afectar a más personas que aquellas pertenecientes a los mal llamados grupos de riesgo de forma que el SIDA pasa a ser concebida y percibida, de forma creciente, como una enfermedad crónica de transmisión sexual (Conde, 1997).

Cambio de imagen que en el caso de España estuvo muy apoyado y reforzado por la estrategia de comunicación institucional muy alejada de la mencionada de los países anglosajones y mucho más centrada en una información más focalizada en las vías de transmisión y en su prevención expresado en un tono más claro, desdramatizador y preventivo como pudieron ser los casos más emblemáticos de las mencionadas primeras campañas de SIDA/NODA y Póntelo/Pónselo.

Cambio de caracterización e imagen del SIDA que, poco a poco, año a año, se va a ir afirmando a partir de toda una serie de hitos y de cambios en los tratamientos mediáticos y en las representaciones sociales sobre el VIH-SIDA, tal como hemos tratado de representar en los siguientes mapas configurados en torno a los dos ejes dominantes de evolución de las representaciones sociales sobre la enfermedad como han sido la ampliación del tiempo de vida de las personas con VIH y su progresiva normalización. Mapas que suponen una ligera actualización de los inicialmente presentados en la ponencia "La percepción del VIH y del SIDA a lo largo de los últimos 30 años", presentada en el Congreso SEISIDA de junio de 2012.

En el primer mapa hemos tratado de representar los principales debates sobre la caracterización de la propia enfermedad como tal y el conjunto de representaciones sociales asociadas con los mismos:

PRINCIPALES POLÉMICAS Y CONFLICTOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL VIH Y EL SIDA



En el segundo mapa hemos tratado de representar algunos de los significantes y elementos simbólicos que fueron marcando en cada momento de forma más decisiva los mencionados debates sobre la caracterización de la propia enfermedad como tal con su consiguiente impacto en el conjunto de representaciones sociales que se iban generando a este respecto:

Evolución de la experiencia social del VIH-SIDA y de las representaciones sociales dominantes sobre la enfermedad a lo largo de varias décadas que creo que señalan la importancia de varias cuestiones centrales para poder pensar la experiencia de la COVID-19.

La primera se refiere a la necesidad del tiempo de la experiencia, de la “paciencia”, como señalaba Arjun Appadurai (2013: 204) en su análisis de los movimientos sociales en la India, para que se puedan configurar unos movimientos que tengan capacidad de generar discursos alternativos a los discursos inicialmente dominantes y que, al mismo tiempo, tengan capacidad de generar un amplio consenso social.

La segunda se refiere al papel jugado por los movimientos antiSIDA y por los activistas en la propia producción de conocimientos sobre la epidemia, sobre la enfermedad a partir de sus propias experiencias con la misma, consiguiendo participar incluso en el diseño de las investigaciones y en el propio campo más clínico de los tratamientos abriendo la puerta a una nueva concepción más democrática de la práctica científica y de la salud.

La tercera se refiere a la importancia que tienen unos u otros marcos cognitivos sociales, sanitarios o de otro tipo en la lectura de la experiencia social y en su posible traducción política en el sentido de que unos y otros marcos favorecen unos tipos de soluciones muy diferentes ante los problemas planteados por las epidemias.

En lo que se refiere a esta última cuestión, podemos considerar que en lo relativo a la experiencia social sobre el VIH-SIDA y su relación con las dimensiones más sociales o más sanitarias del tratamiento de la epidemia cabría señalar dos grandes etapas que, tal como señalamos anteriormente, tendrían su gozne en 1996, año en que se descubren los primeros tratamientos realmente eficaces y en el que se va instalando la imagen de que el SIDA se estaba configurando como una enfermedad “crónica”.

Hasta ese año, lo que podríamos llamar el marco cognitivo que traduce e interpreta la experiencia personal y social sobre el VIH y el SIDA es un marco más social y simbólico producido, de forma creciente, por los movimientos sociales generados en la lucha contra el SIDA: visibilización de los afectados, lucha contra la estigmatización, lucha por el reconocimiento de los derechos civiles... y que logró imponerse en varios países occidentales, España entre ellos, al marco dominante inicial producido principalmente por los medios de comunicación anglosajones.

A partir de 1996, el marco cognitivo que de forma creciente se va a instaurar y que, parcialmente, también va a ser inicialmente asumido por los propios movimientos antiSIDA es un marco más sanitario y farmacológico de forma que una gran parte de las demandas se van a centrar, por ejemplo, en la universalidad y la gratuidad en el acceso a la medicación contra el SIDA.

No deja de ser significativo que, como analiza Dodier para el caso de Francia, a partir de dicha fecha se observe una cierta caída en el grado de movilización social y asociativa en torno al SIDA “como si” la progresiva medicalización de la enfermedad y su caracterización tendencial como enfermedad “crónica” fuera asociada con una menor implicación social con la misma (Dodier, 2003:168 y ss.). En el caso de España también es a partir de 1997 cuando se observa una cierta caída del interés por el SIDA en el terreno de la opinión pública. Por ejemplo, según el informe Quiralt de seguimiento de las noticias de salud en los principales medios de la prensa escrita en 1997 es cuando se produce el mayor pico de este tipo de información, el 4,1% del total de las noticias sobre la salud son noticias relativas al VIH-SIDA, para ir disminuyendo en los años posteriores, 3,5% en el 1999, 2,8% en el 2000, 1,6% en el 2009.

Cambio de orientación y de preocupación social ante el VIH-SIDA que alcanza el interior de los más directamente afectados. Por ejemplo, en el seno de las comunidades gay, la práctica del *safer sex* dominante hasta este año va a ser sustituida progresivamente por el *bare back*, el “*sexo a pelo*”, con un abandono unilateral de las prácticas de prevención (Dodier, 2003: 273). En el caso de España, en los propios comités anti SIDA se desarrolla un debate sobre si se debían de aceptar ayudas de las empresas farmacéuticas o si no se debería de hacerlo, como se venía defendiendo en su seno desde su nacimiento en aras a defender su independencia. En este sentido, el cambio en el contexto social y sanitario, y en el marco cognitivo dominante se va a acabar traduciendo en que los comités acepten diferentes líneas de ayuda y de colaboración con las empresas farmacéuticas y que establezcan unas líneas de cooperación y de colaboración institucional más fuerte que las practicadas hasta ese momento.

En el marco de este movimiento se sitúa también la reivindicación del derecho a la propiedad intelectual y a las patentes para la fabricación de medicamentos contra el SIDA como bienes públicos dado que el precio de los TARGA, entre 8.000 y 15.000 dólares por año y persona hacían imposible su acceso práctico en muchos países del mundo. En el año 1999 Médicos sin Fronteras lanza una primera campaña mundial en la que se demanda el acceso a los medicamentos y tratamientos esenciales en la lucha contra el SIDA. El debate y la movilización de las ONGs y de

las asociaciones de lucha contra el SIDA se generaliza al punto de que se llega a conseguir disponer de tratamientos antirretrovirales a 350 dólares al año por persona pero, pese a ello, hasta 2003 dichos tratamientos no llegan a los países pobres en cantidad suficiente como para poder luchar de forma decisiva contra el avance del SIDA de forma que, mientras a partir del 1996 el SIDA pasó a ser una enfermedad crónica en los países occidentales del Norte, en los países del Sur el SIDA siguió causando millones de muertes hasta bien entrado el siglo XXI. De hecho, la propia Organización Mundial del Comercio (OMC) ya había reconocido en base a la llamada “urgencia sanitaria” el derecho que tenían los países a fabricar ciertos medicamentos saltándose las patentes asociadas al criterio de la propiedad intelectual de los laboratorios. Movimiento encabezado en aquellos años por Brasil, India y África del Sur, que tuvo uno de sus primeros éxitos globales en 2007 cuando con el presidente Lula da Silva de Brasil pudo fabricar el Efavirenz “patentado” por Merck.

5. La experiencia de la gripe aviar del 2003 y de la gripe A del 2009

Antes de entrar de forma más detallada en la experiencia de la construcción mediático-política de la COVID-19 puede ser de interés detenerse en la experiencia social y política de la gripe aviar de 2003 y de la gripe A en 2009 por su trascendencia posterior en el abordaje de la pandemia de la COVID-19.

En 2003 emergió en el sudeste asiático, en la región de Guandong en China, un nuevo brote de gripe del que se temió que podía provocar una gran mortalidad. Ante ello, La OMS lanzó una alarma mundial y los países occidentales hicieron una gran inversión en vacunas y en tratamientos. El hecho de que la pandemia quedara limitada en lo fundamental a los países asiáticos y que los países occidentales se quedaran al margen de la misma generó una amplia crítica a los gobiernos que habían invertido en medidas de prevención (mascarillas, EPIs, tratamientos, vacunas...) que luego no se utilizaron. Algo similar ocurre en el 2009 con la gripe A. Las acusaciones de despilfarro, de connivencia con las empresas farmacéuticas, con el llamado Big Pharma, se multiplicaron como pudo ejemplificarse en España tras la compra del Tamiflú y de un conjunto de posibles vacunas por valor de 270 millones de euros que luego prácticamente no se utilizaron. De esta forma, en una época de orientación neoliberal de las políticas públicas y de fuertes recortes sociales con motivo de la crisis financiera del 2008, dicha crítica no dejó de reforzar las tendencias a una desinversión y hacia un mayor recorte de las políticas públicas en materia de salud (Conde 2020: 97 y ss.).

Los resultados más directos de esta experiencia social en gran parte ampliada y reproducida por los medios de comunicación y las redes sociales fueron claros: los países asiáticos invirtieron en salud pública, en tecnologías de pruebas y de test, en métodos de detección rápida, en el refuerzo de los sistemas de vigilancia epidemiológica, mientras que los países occidentales reforzaron su confianza en su invulnerabilidad (las “pandemias son cosas de pobres”), redujeron aún más sus escasas inversiones en los sistemas de vigilancia epidemiológica y, en algún caso, llegaron a destruir o no sustituir los stocks de materiales (mascarillas, guantes, EPIs...) que componían las llamadas reservas estratégicas. De esta forma cuando estalló la pandemia del SARS-CoV-2, el conjunto de países occidentales ni estaban social y culturalmente preparados, ni tenían los recursos necesarios para hacerle frente (Conde, 2020).

Otro resultado de estas experiencias fue el diferente grado de confianza en las instituciones públicas. Mientras estas experiencias sociales de las epidemias del 2003 y del 2009 en los países asiáticos reforzaron la confianza en los gobiernos, en los países occidentales reforzaron en gran medida la desconfianza y se convirtieron en un excelente caldo de cultivo de las teorías conspiranoides con su consiguiente continuidad con motivo de la COVID-19. Así, en España a primeros de abril de 2020, cerca de la mitad de la población, un 47,3%, desconfiaba de las informaciones sobre el coronavirus.

6. La construcción mediático-política de la COVID-19. La imagen fundante

La construcción mediático-política de la imagen de la pandemia COVID-19, a pesar del escaso tiempo transcurrido desde la detección de los primeros casos en Wuhan, ha manifestado una gran variabilidad atravesando por diferentes etapas y fases en las que se han ido construyendo diferentes marcos cognitivos y posibles formas de caracterización y de aproximación a la pandemia.

Podríamos diferenciar dos etapas fundamentales en la construcción de la imagen de la pandemia. Una etapa inicial en la que se acuña su imagen fundante antes de que ésta estallara en Europa. Una segunda, una vez el virus se instaló en los países occidentales.

En el marco más general del conflicto geopolítico y económico entre EEUU y China señalado anteriormente, la imagen fundante de la COVID-19, configurada en lo fundamental en los meses de enero y febrero, presentaba tres rasgos principales. Neumonía surgida en China, de origen inicialmente desconocido y producida tras un salto de un virus animal (murciélago-¿pangolín?) al ser humano supuestamente en un mercado húmedo de Wuhan en el que se venden animales salvajes.

Imagen fundante que va a permanecer como poso, como primer sedimento del conjunto del edificio construido en torno a la imagen de la pandemia y que presenta dos rasgos fundamentales. Una cierta relación de los seres humanos, del actual modelo de producción y de vida con la naturaleza que va a ser recuperada por ciertos discursos críticos. Otra como “virus chino”, como “el virus de Wuhan” vinculada a lo que en los países occidentales se entiende como retraso civilizatorio (el de China y sus “mercados húmedos”) en el que se sustenta un proceso de superioridad occidental y de denegación de la importancia de la pandemia, como se ha podido observar en los casos extremos de los negacionistas como los presidentes Trump y Bolsonaro. Por tanto, esta construcción se desarrolló desde una doble perspectiva inicial que poco a poco iría cambiando, sin ser abandonada definitivamente.

El componente de virus nacido en China como país “no civilizado” (las referencias a los mercados húmedos, con falta de medidas de higiene son constantes en las informaciones difundidas por los medios de comunicación) produce, por tanto, una división entre el “nosotros”, los países occidentales “ricos” y “civilizados” a los que no va a llegar la pandemia, y el “ellos” más salvajes o menos civilizados. Argumentación reforzada con el mensaje de que si China, de que si “ellos”, podían adoptar las duras medidas de control y de confinamiento de la población que adoptaron en la lucha contra la pandemia, “La mano dura del gobierno chino asfixia Wuhan” (*El País*, 12/02/2020), lo era por ser un estado autoritario y que “nosotros”, como países democráticos, no podríamos hacer eso (Conde, 2020).

Esta primera dimensión de la imagen fundante fue matizada y relativizada por parte de algunos autores, como el filósofo de origen coreano actualmente residente en Alemania Byung-Chul-Han (*El País*, 22/03/20), que subrayaban que los países asiáticos estaban siendo los más avanzados en la lucha contra la pandemia al movilizar en dicha lucha el Big Data y la inteligencia artificial más propia del siglo XXI, mientras Europa seguía con estrategias propias de los siglos anteriores. También por parte de otros discursos más alternativos que vinculaban los dos rasgos de la imagen fundante de la pandemia al señalar que si el Sudeste de China es una de las principales cunas de algunas de las zoonosis contemporáneas más conocidas no es por su supuesto retraso civilizatorio sino que, por el contrario, lo es porque allí se condensan algunas de las peores y más actuales condiciones del capitalismo extractivo, de la intensificación de la agroindustria, de los intensos procesos de urbanización y de deforestación y de la integración de dichas zonas chinas en las economías globales y en las redes multinacionales más mundializadas y más singulares del tipo de capitalismo contemporáneo (Davis, 2006; 2020; Malm 2020). De hecho, tras la emergencia del SARS-CoV-2 en Wuhan se descubrió que 51.000 empresas de todo el mundo tenían al menos un proveedor directo en esta ciudad (Bellamy Foster y Suwandi, 2020).

Dicho discurso crítico ha ayudado a generar dos posibles niveles de escucha y desarrollo. Uno más amplio y popular del que se han hecho eco los medios de comunicación más centrales, con mayores audiencias, como puede ser la mencionada relación entre el cambio climático y la pandemia, al que ha ayudado el debate sobre la disminución de los gases de efecto invernadero con motivo de las restricciones a la movilidad adoptadas durante el primer confinamiento. Un segundo más especializado y minoritario, que se ha expresado o bien en debates más técnicos o en medios más restringidos (libros, medios digitales más minoritarios...) sobre si la pandemia, como avanzábamos anteriormente, es un cisne negro, como caracteriza Nassim Taleb en su obra “El cisne negro. El impacto de lo altamente improbable”, es decir, un acontecimiento extra-sistémico, “natural”, exterior al actual modelo de producción y desarrollo dominante, o si la pandemia no es exterior y extra-sistémica, sino interior y sistémica, como uno de los resultados probables de dicho modelo de producción y desarrollo capitalista y que ha llevado a algunos autores a preferir la caracterización de nuestra época como “capitaloceno” más que como “antropoceno” (Bonneuil y Fressoz, 2016; Malm, 2020).

Imagen fundante a la que se le van a superponer de forma relativamente rápida algunas otras como las derivadas de la competencia “político-ideológica” entre Estados y entre las políticas más neoliberales y negacionistas de la pandemia y las que consideran que hay que utilizar la potencia de los Estados y de los sistemas públicos de salud en su lucha, y las sucesivas oleadas de dilemas entre la economía y la salud, o entre una culpabilización de la ciudadanía y una exigencia de intervención de las políticas públicas que van a crear un conjunto de marcos cognitivos de caracterización y valoración de la pandemia de la COVID-19 más complejos y diversos que en el caso del VIH-SIDA.

6.1. La denegación. La pandemia es menos grave que una gripe

En una relación temporal muy estrecha y en cierto modo como un eco de la primera construcción más denegativa del SARS-CoV-2 como un virus chino, cabe situar el segundo momento de construcción de la imagen inicial de la pandemia como una gripe. Durante los dos primeros meses del 2020 y casi hasta las primeras semanas de marzo en las que estalla la pandemia en los países europeos, la otra dimensión de la imagen de la pandemia movilizaba por las autoridades políticas y sanitarias, por los medios de comunicación occidentales fue la de rebajar la importancia de la pandemia a una simple gripe, casi menos importante que la gripe estacional más habitual. “La gripe común en España es más letal que el coronavirus en el mundo” (ABC, 28/02/2020). Discurso especialmente mantenido en el tiempo y subrayado por los sectores y líderes más negacionistas como Trump y Bolsonaro, uno de los principales impulsores del “neextractivismo” en los países del Sur (Svampa, 2020).

Esta argumentación central se presentaba estrechamente asociada con las comparaciones entre la gripe estacional y la pandemia desde la perspectiva de las similares vías de transmisión de los virus y de la proximidad entre los síntomas de una y otra dolencia. En cierto modo se decía que no había que preocuparse, que la pandemia no iba a llegar a Europa y que si lo hacía no había que inquietarse ya que era una pandemia benigna y que, en el peor de los casos, en los casos más graves, “los sistemas sanitarios occidentales”, los “sistemas hospitalarios” la mantendrían bajo control. No conviene olvidar que uno de los grandes fallos iniciales en la detección de la pandemia de la COVID-19 en Europa fue su solapamiento, su confusión con la gripe todavía muy presente en los meses iniciales del año.

De ahí que se expresara una incompreensión muy generalizada en las sociedades occidentales, en la propia sociedad española, cuando en muy poco tiempo, en apenas dos semanas, en los días que transcurren entre finales de febrero y principios de marzo los medios de comunicación y las élites políticas pasaron de la presentación del “miedo a la pandemia” como una histeria exagerada, como se argumentó con motivo de la suspensión del *Mobile World Congress* de Barcelona, al desarrollo de un miedo real y a una rápida (aunque ya retrasada) adopción de medidas de cierres de la actividad económica y de confinamientos de la población.

Una vez iniciada la pandemia en la propia Europa, en la construcción de su imagen y en la lucha contra ella podríamos decir, expresado de forma reductora, que se han producido dos grandes fases, la primera de marzo a junio, aproximadamente, en paralelo con la primera ola y la segunda de agosto a diciembre, más asociada con la segunda/tercera ola, con una pequeña transición a lo largo de algunas semanas de junio y de julio.

En relación con la reflexión que se propone en este artículo conviene destacar dos cuestiones diferenciales entre ambas etapas. Durante la primera etapa, acentuado por la rápida emergencia y por el propio desconocimiento de la pandemia, se manifestó una mayor proximidad de las posiciones, una cierta alianza, cabría decir, un cierto alineamiento de los medios de comunicación con los poderes políticos. Asimismo, las informaciones de los medios de comunicación fueron más abiertas a posibles líneas de análisis diferentes sobre el origen de la misma (razones medioambientales, razones económicas, sociales, biológicas, etc.) y sobre las razones que podían ayudar a explicar el retraso de las medidas en Europa o la ausencia inicial de recursos ante la misma (procesos de globalización, división internacional del trabajo, dependencia de China en los suministros sanitarios, recortes sanitarios, neoliberalismo, etc.). En este sentido, durante la primera oleada de la pandemia el mensaje mediático más singular se manifestó en dos espacios de información: las posibles razones que pudieran estar en el origen y desarrollo de la pandemia (posibles razones, económicas, sociales, medioambientales, sanitarias...) y las posibles responsabilidades institucionales en la lucha contra la misma (con un cierto tono justificativo ante la sorpresa). En España, por ejemplo, la atención se condensó en el seguimiento comparado de los distintos países europeos en relación con el crecimiento de los contagios y sobre las medidas y su rapidez en la lucha contra la pandemia: “Cómo hacen los alemanes para tener menos muertos” (*Infolibre*, 3/04/2020).

En la segunda etapa, sin embargo, las informaciones perdieron en variedad y en diversidad en sus aproximaciones y coberturas sobre el desarrollo de la pandemia centrándose, de forma creciente, en la mera presentación de la evolución de los datos de la misma (número de casos, número de muertes, camas UCI utilizadas, etc.) dejando de lado los análisis sobre las posibles causas y razones tanto de la pandemia en sí misma como de la diversidad territorial de sus desarrollos, que sí habían estado más presentes durante la primera etapa: “Objetivo número uno: aplanar la curva del coronavirus” (*El País*, 11/03/20).

Asimismo, los poderes políticos y los medios de comunicación tendieron a mantener discursos relativamente más diferenciados especialmente a partir de mayo-junio cuando, en el caso de España, se produjo un doble desplazamiento aparentemente contradictorio en función de los roles y discurso producidos por los poderes políticos y los medios de comunicación respectivamente. Por un lado, los medios de comunicación acentuaron el seguimiento de los conflictos político-partidarios en las adopciones de las decisiones y, por otro lado, una gran parte de los líderes políticos, secundados

por ciertos medios de comunicación, produjeron un desplazamiento de sus discursos hacia la responsabilidad (y la culpabilización) de los individuos en la propagación de los contagios.

Desde esta perspectiva cabe pensar que el abordaje de la etapa de la pandemia durante la primera ola ha generado potencialmente más recursos sociales y experienciales para la génesis de unos posibles discursos alternativos que el abordaje de la segunda/tercera ola más confuso y más inscrito en el espacio de la gramática y de la polarización político-partidaria más clásica y reductora.

En el contexto de la gran variabilidad de aproximaciones y caracterizaciones de la problemática de la pandemia y de la lucha contra la misma (Conde, 2020), en este trabajo vamos a centrarnos únicamente en algunas de las más relevantes en relación con las posibilidades de desarrollo de unas lecturas de las experiencias de la pandemia que puedan desplegarse como sedimentos de unos discursos y proyectos políticos alternativos o, al menos, más progresistas.

6.2. El sistema sanitario. El discurso hospitalocéntrico y la ausencia de la salud pública

El crecimiento de los casos en Italia y su inicio en otros países europeos se tradujo en la elaboración de las primeras medidas de control sanitario de la pandemia en cada territorio nacional abriéndose una nueva línea discursiva como era la de la importancia de los respectivos sistemas sanitarios-hospitalarios y de lo que, posteriormente, se analizaría como el fracaso de los servicios de salud pública en la lucha contra las pandemias.

Lo significativo de esta primera y más dominante aproximación mediático-política a la problemática de los sistemas sanitarios es que a pesar de que las pandemias por definición son ante todo una cuestión de Salud Pública, el discurso dominante sobre su abordaje en los países europeos, en España, fue un discurso muy hospitalocéntrico muy cargado de una dimensión tecnológica muy fuerte como las omnipresentes imágenes de las UCI proyectaban de forma continua, y que dejaba relegada la Salud Pública y la Atención Primaria a un lugar muy secundario.

Pese a ello, y al igual que ocurrió en las fases anteriores, este abordaje mediático-político de la misma abrió la puerta a un cierto análisis sobre la situación del sistema sanitario. Mirada que posibilitó la publicación en los medios de comunicación de toda una serie de datos, de comparaciones, etc., sobre cómo estaban los respectivos sistemas sanitarios en Europa, especialmente desde la perspectiva del número de camas hospitalarias y del número de camas UCI; y permitió también señalar, de forma crítica y en un cierto sector de los medios de comunicación, la frágil y debilitada situación del sistema sanitario público español tras una década de recortes de las políticas públicas. “España lleva décadas ignorando políticas de Salud Pública que preparan a un país a emergencias como el Coronavirus” (*eldiario.es*, 2/04/20). Conjunto de informaciones y desarrollo de la pandemia que facilitó la extensión de un discurso más alternativo de defensa de la Salud Pública y de la Atención Primaria como las principales instituciones teóricamente más indicadas para hacer frente a la pandemia (Padilla y Gullón, 2020).

Experiencia de la pandemia y presencia en los medios de comunicación y en las redes sociales de este tipo de informaciones que cabe relacionar con el incremento de la conciencia de defensa de la sanidad pública que se ha expresado a lo largo de estos meses y que cabe suponer que puede configurar un poso, un marco de presión hacia los partidos políticos para una mejora de la financiación y de la calidad del sistema sanitario público. Experiencia que se reforzó ante la constatación inicial de la práctica inexistencia de cualquier tipo de material necesario en la lucha contra la pandemia (mascarillas, guantes, EPIs, respiradores, ...) que, además de la extrema dependencia de China en la cadena de aprovisionamiento de los productos sanitarios, puso de manifiesto lo negativo de las políticas de gestión neoliberal de *just in time* del sistema sanitario y de los recortes producidos en los años anteriores que también ha ayudado a reforzar en la sociedad española la defensa del sistema sanitario público y el rechazo a las políticas de recortes de este tipo de servicios.

6.3. La emergencia de la ciencia y de los expertos como supuestos legitimadores de las decisiones políticas

El olvido de la salud pública como espacio de trabajo de la salud, pese al protagonismo mediático que comenzaba ya a tener por aquellas fechas Fernando Simón, estuvo acompañado de la emergencia de la “Ciencia”, entre comillas y con mayúsculas, principalmente de la Virología y de la Epidemiología (muy reforzada con las nuevas posibilidades de los modelos matemáticos asociados con el Big Data) como “Ciencias exactas” capaces de la mayor precisión en sus predicciones, como una “Ciencia” ya construida y acabada pese a la ausencia de un mínimo de conocimiento inicial al respecto, dada la novedad de la pandemia, el escaso tiempo transcurrido desde su detección, la ausencia de datos al respecto, etc.

La apelación a este tipo de “Ciencia” fue muy recurrente en las intervenciones de los líderes políticos y de una gran parte de los medios de comunicación como un recurso de legitimación de las decisiones políticas y como medio de generar seguridad en la población en el marco de una pandemia descontrolada y generadora de múltiples incertidumbres. Es cierto que ha habido líderes políticos como Trump y Bolsonaro que han despreciado los posibles consejos científicos produciendo en sus países algunas de las tasas mundiales más altas de mortalidad, pero no es menos cierto que en la mayoría de los países occidentales, y de forma muy especial en España y Francia, el mensaje político inicial, el anuncio de las medidas de lucha contra la pandemia era presentada siempre con el ropaje del “Aval Científico”. Por ejemplo, el presidente francés Macron declaraba: “un principio nos guía para definir nuestras acciones, nos guía desde el principio para anticipar esta crisis, después para gestionarla durante varias semanas, y debe continuar haciéndolo: es la confianza en la ciencia. Es escuchar a aquellas y aquellos que saben” (*Le Monde*, 27/03/20). Los propios medios de comunicación hicieron llamada a los “científicos”, a los “expertos”, de forma que la sociedad no sólo conoció en muy poco tiempo un conjunto de profesiones prácticamente desconocidas hasta el momento sino que trató de transformar este tipo de “expertos” en una especie de “gurús” capaces de proyectar y adivinar el futuro cuando los mismos “expertos” entrevistados rechazaban desde su propia cultura científica este rol y manifestaban sus incertidumbres y dudas sobre la evolución de la pandemia.

Pese a estas dudas derivadas de las “prácticas científicas” reales de la investigación que siempre avanzan por aproximaciones, errores y correcciones sucesivas, la presentación habitual de muchas de las medidas adoptadas con el supuesto “Aval Científico” de una “Ciencia” indubitable no ha dejado de generar unos efectos indeseados en el sentido de producir una cierta desconfianza social en la propia actividad científica cuando la ciudadanía ha observado las diferencias de opinión de unos y otros científicos ante el desarrollo de la pandemia y las medidas a adoptar, en el sentido de que como tal “ciencia en acción” que diría Latour, la investigación de la pandemia correspondía más a lo que Isabel Stengers denomina “prácticas científicas” que se están enfrentando tentativamente al acontecimiento, a la novedad de la pandemia que a una ciencia ya construida y acabada sobre una pandemia ya extinguida (Stengers, 2009: 82 y ss.). Desconfianza de la puesta en marcha de las “prácticas científicas” al presentarse como “Ciencia” acabada que ha facilitado la extensión de los bulos y de las *fake news* sobre los propios, decisivos e indudables avances científicos logrados en estos escasos meses transcurridos de lucha contra la pandemia, entre ellos los espectaculares avances en las vacunas.

6.4. *El anuncio de las primeras medidas en Europa contra la pandemia. El dilema economía salud*

El continuado y “exponencial” crecimiento de los casos evidente ya a primeros de marzo llevó a unos y otros países a esbozar unas posibles medidas de contención no sanitaria contra la pandemia que significaron, en muchos casos, el cierre temporal de toda una serie de actividades económicas con sus consecuentes repercusiones económicas y sociales (aumento del paro y de la precariedad, de la pobreza...), medida que situaron en un primer plano del debate público el dilema economía-salud.

Si bien es cierto que dicho dilema es falso, como destacan autores como Javier Padilla y Pedro Gullón, no deja de ser cierto que ha sido un marco constitutivo del abordaje de las medidas de lucha contra la COVID-19 en la práctica totalidad de los países occidentales que, bajo la presión de los distintos actores y confederaciones empresariales, fueron retrasando y suavizando la adopción de las medidas de lucha contra la pandemia.

Dicho marco de valoración de la pandemia y de las medidas de lucha contra la misma ha tenido efectos negativos en el nivel de polarización política y social y en el retraso en la adopción de las medidas necesarias de lucha contra la pandemia como se ha podido observar en el caso de España, el discurso desplegado por el gobierno de la comunidad madrileña es paradigmático a este respecto, pero también ha manifestado de forma más positiva, aunque compleja, la íntima interrelación entre las dimensiones sanitarias, económicas, sociales y políticas en la lucha contra la pandemia y como las medidas sanitarias son insuficientes si no van acompañadas de otras de tipo económico, social, medioambiental o político más generales que no sólo combatan las posibles causas de la misma, sino también su desarrollo y sus consecuencias.

6.5. *Las primeras medidas nacionales de lucha contra la pandemia*

Una vez introducida la pandemia en los países europeos se empezaron a desplegar toda una serie de medidas contra la misma, acompañadas por la configuración de nuevos marcos cognitivos de aproximación a la pandemia.

En primer lugar y desde la perspectiva informativa, se desarrolló un proceso de abstracción tecnológica y de despersonalización, de “deshumanización” en la presentación de las informaciones sobre la pandemia desde un doble punto de vista: a) planteamiento de la lucha como una cuestión relativa al aplanamiento de la célebre curva de la

pandemia, o dicho de otra forma la comunicación mediático-política ya no hacía hincapié en salvar las vidas de los afectados, lo que quedaba implícito en el mejor de los casos, sino que se trataba de un discurso cuyo eje expresivo era el de la representación estadística de la evolución poblacional de la pandemia; y b) en un desplazamiento discursivo similar, el conjunto de los esfuerzos de lucha contra la pandemia ya no se centraba en detener su avance, lo que quedaba de nuevo implícito, sino que el objetivo de la lucha era tratar de evitar la saturación del sistema hospitalario y más en concreto de las UCI. En este sentido y a partir de este momento, los medios de comunicación y la presentación oficial de los datos por parte de los respectivos responsables sanitarios de unos y otros países se basaron en la presentación de estas curvas, de estos datos agregados, de sus posibles picos, de sus mesetas.

En segundo lugar, desde el punto de vista de la lucha contra la pandemia, el fracaso, por la escasez de los recursos existentes, de las medidas de control previo de la pandemia vía algunas de las herramientas clásicas de la Salud Pública como los test, rastreos y aislamientos más selectivos conllevó la adopción de medidas de confinamiento más generalizadas que posibilitaron el desarrollo de una experiencia social ambivalente por las condiciones en las que se ha desplegado, tanto desde el punto de vista de los procesos de desigualdad social en los que se han vivido y que dichas medidas han acentuado (el caso del teletrabajo ha podido ser uno de los ejemplos más emblemáticos al respecto), como desde la perspectiva de la propia vivencia de las mismas.

Por un lado, en ciertos sectores sociales más acomodados dicha experiencia de confinamiento ha podido ser vivida, dentro del marco de las condiciones actuales, con un cierto componente positivo y reflexivo desde la perspectiva de experimentar una vida mejor sin tantas prisas, sin tantos consumos, más abierta a lo afectivo, a la escucha de uno/a mismo/a, de valoración de lo próximo, de centrarse más en lo necesario que en lo superfluo... que puede dar pie a ciertos desarrollos posibles, a ciertos cambios positivos en algunas de las dimensiones de las actuales formas de vida.

Por otro lado, también se ha experimentado una especie de debilitamiento tendencial de lo social ya que el hecho de “quedarse en la casa”, de aislarse de los contactos sociales, de reducirlos al máximo, de transformar la necesaria “distancia física” para evitar la propagación del virus en la significativamente llamada “distancia social” no hacía más que reforzar la desconfianza en los “otros” percibidos como fuentes potenciales de propagación de la pandemia.

En cualquier caso y en ambos tipos de experiencias personales y sociales del confinamiento, la ambivalencia también se extiende al propio proceso de posible puesta en común de las mismas, ya que el mismo confinamiento, la imposibilidad de encuentros sociales, generó una dificultad objetiva para su puesta en común, para generar una conversación social, un diálogo social con capacidad de transformar y de traducir esa experiencia de aislamiento, de confinamiento de lucha contra la pandemia en una experiencia compartida y propositiva. De ahí que señale su carácter ambivalente ya que para que la experiencia pueda ser positiva tiene que ser una "experiencia comunicable" en un marco cognitivo que la reconozca como tal y que, por tanto, la pueda convertir en una de las bases de una sabiduría compartida, en una memoria viva de ese sedimento de nuestra experiencia como sociedad.

En este contexto, las posibles acciones que podían apuntar en la dirección de unos discursos alternativos que tradujeran esas experiencias sociales adoptaron dos formas dominantes: Los aplausos a los sanitarios y el establecimiento de redes vecinales solidarias de ayuda, especialmente alimentaria, para las personas más afectadas por la crisis económica y social generada por las medidas de lucha contra la pandemia. Recordemos que los primeros aplausos surgen en Wuhan, se reproducen en Italia, y España se hace eco principalmente a partir de su impulso desde las redes sociales prácticamente a partir del mismo día en que se puso en marcha el confinamiento, el 14 de marzo. Aplausos que, en el caso de España, pueden entenderse no sólo como apoyo a los profesionales sanitarios sino también de defensa del sistema de sanidad pública existente. No deja de ser significativo de la potencialidad de estas acciones el hecho de que sectores de la ultraderecha cercanos a VOX se movilizaran contra las mismas ya sea con las “caceroladas”, ya sea con algunas manifestaciones en algunos de los barrios más burgueses de Madrid.

De forma relativamente similar, el movimiento solidario de carácter principalmente vecinal, que se organizó también a partir de las asociaciones vecinales existentes y de las redes sociales, encontró poco eco en los medios de comunicación más centrales mucho más pendientes de la dimensión más tecnológica y epidemiológica de la pandemia.

Más allá de las informaciones más puntuales y de las informaciones más sostenidas en el tiempo (evolución de la curva, medidas de apoyo social como los ERTES, presentación de los sanitarios como “héroes” en la lucha contra la pandemia...) el tipo de informaciones y de coberturas informativas desplegadas durante el primer estado de alarma también tienen otro tipo de repercusiones en la posible configuración de las experiencias sociales de la pandemia.

En primer lugar, destacaría la relevancia que adquirió durante este tiempo la idea de los trabajadores esenciales, de aquellos que mantienen la vida y la reproducción básica de la sociedad (significativamente los más precarizados y peor

pagados...) que abre una línea de posible discurso defensor de la dignidad del trabajo, del trabajo de cuidados, en un sentido amplio.

Por otro lado, más allá de sus contenidos particulares, la información de los medios de comunicación durante este tiempo se podría caracterizar como ansiógena, generadora de miedo y de incertidumbres reforzando la imagen de emergencia distópica (miedo, paisajes urbanos vacíos en la TV, despliegue de imágenes tecnológicas en las UCI...). Dimensión ansiógena que en este primer momento se tradujo en una (imaginaria) positiva sensación de unidad ante la pandemia muy reforzada desde el discurso político, pero que también puede ser una de las bases de posibles desarrollos ulteriores de orientaciones políticas más enraizadas en el “miedo” que en la democratización y participación social.

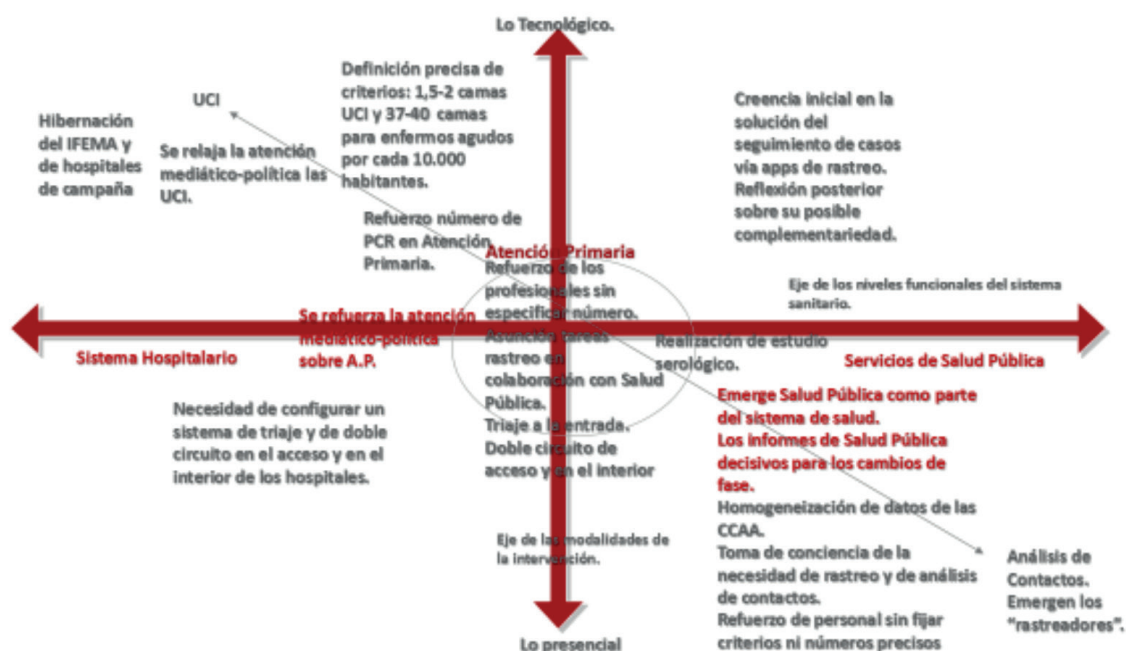
6.6. Las estrategias de la desescalada. La reevaluación de la atención primaria y de la salud pública. Hacia la nueva normalidad

La Semana Santa supuso un cierto cambio en el grado de interés informativo. Se expresaba ya una cierta sensación de cansancio ante la pandemia y de saturación informativa manifestándose una clara presión social y política hacia un cambio de rumbo en las medidas ante la pandemia. El debate sobre la necesidad de que los niños pudieran salir a la calle fue uno de sus primeros síntomas más relevantes. Asimismo, frente a la sensación de unidad anterior, en esta época empieza a manifestarse una cierta fragmentación social que va a ser reforzada por la fuerte polarización política que se va a incrementar aún más a partir de estas fechas.

El mismo horizonte del verano hizo redoblar las presiones, muy reforzadas por los propios medios de comunicación y por ciertos actores políticos y empresariales, principalmente los vinculados a la industria turística y del ocio, para una desescalada rápida con el objetivo de “salvar”, como se decía, la temporada turística.

En este contexto se aprueba la estrategia de la desescalada hacia la mal llamada “nueva normalidad” que conllevaba un doble cambio con respecto a la desplegada hasta ese momento. Por un lado, tal como hemos tratado de representar en el siguiente gráfico (Conde, 2020), la estrategia de la desescalada pretendía invertir el grado de importancia concedido a la atención hospitalaria durante la primera oleada de la pandemia para pasar a concedérselo (supuestamente) a la atención primaria y a salud pública:

EL SISTEMA DE SALUD Y MODALIDADES PREVISTAS DE INTERVENCIÓN EN LA DESESCALADA. MAYO 2020



Por otro lado, también se trataba de pasar la responsabilidad de la toma de decisiones desde el gobierno central, clave en la primera oleada de la pandemia, a los respectivos gobiernos autonómicos. Situación que llevó a los medios de comunicación a establecer/reforzar una comparativa entre unos y otros gobiernos autónomos por ver cuáles eran los que avanzaban más rápidamente en la desescalada con el consiguiente paso a primer plano de dos dimensiones de fuerte connotación política: la centralidad de la política partidaria en la toma de decisiones sobre la pandemia y el debate sobre la eficiencia del estado autonómico en la lucha contra la misma: “La tensión entre gobiernos centrales y territoriales complica la gestión de la desescalada en Europa” (*eldiario.es*, 27/04/20).

En todo caso, este cambio de orientación se tradujo en que en los medios de comunicación también dedicaran una mayor atención informativa tanto a los profesionales como a la propia situación de Atención Primaria y a ciertas figuras de la Salud Pública tal es el caso de los llamados rastreadores y, con ellos, al análisis de contactos, al rastreo y al aislamiento de los afectados: “La atención primaria toma las riendas en la desescalada con déficit de personal y recursos escasos” (*El País*, 30/04/20). En este sentido, el mes de mayo y parte de junio quizás ha sido el tiempo en que los medios de comunicación más espacio han dedicado a este tipo de informaciones con un tono globalmente crítico en el sentido de destacar la falta de recursos, las debilidades e insuficiencias del número de profesionales de ambos sistemas de salud para hacerse cargo de la desescalada con garantías de éxito. Informaciones que han ayudado a reforzar, al menos en ciertos sectores de la sociedad, la conciencia de la necesidad de un sistema sanitario fuerte, incluyendo en el mismo a los hospitales, la atención primaria y la propia salud pública.

Por otro lado, el creciente nivel de polarización y de politización partidista de la lucha contra la pandemia fomentó un nuevo marco cognitivo muy fuertemente promocionado por algunos partidos políticos y por una gran parte de los medios de comunicación que pasaron a valorar la pandemia y las medidas de lucha contra la misma no en función de su posible grado de pertinencia o eficacia epidemiológica y sanitaria sino en función del “gobierno”, del “color político” del gobierno que las adopta. Giro discursivo y marco cognitivo crecientemente dominante que conllevó lo que podríamos llamar un proceso de vaciamiento, de debilitamiento de la dimensión social de la pandemia que se había manifestado hasta ese momento, reduciendo las posibilidades de acción y de expresión social de la sociedad como comunidad al respecto.

6.7. Los primeros rebrotes en julio. El trabajo de los temporeros

Los meses de junio y julio supusieron unas semanas de menor presencia informativa de la pandemia y de génesis de ciertas expectativas de recuperación de la normalidad, al menos de cara al verano. Sin embargo, a lo largo de los meses de junio y Julio se suceden en diversos países del mundo unos brotes que se pueden situar en el origen de una nueva ola de contagios como pudieron ser los casos de los mataderos de la industria alimentaria en diversos países europeos o el del trabajo de recogida de la fruta por los trabajadores temporeros, en gran parte inmigrantes, como pudo ser el caso de las zonas de Zaragoza/Lérida y Albacete. Conjunto de brotes que, de forma muy significativa, se produjeron en espacios laborales, sociales y territoriales profundamente marcados por la desigualdad social y las muy malas condiciones de trabajo como los casos de los trabajadores inmigrantes en Singapur, los trabajadores de las industrias cárnicas en Alemania o los temporeros agrícolas y los trabajadores de las industrias cárnicas en España, que manifiestan la importancia decisiva de las desigualdades sociales como vector de propagación de la pandemia y que evidencian la pertinencia de la propuesta que realizó Richard Horton, editor de *The Lancet*, en Septiembre de caracterizar la COVID-19 más como “sindemia” que como pandemia, recuperando este concepto de sindemia acuñado por Merrill Singers a mediados de la década de los 90 precisamente en el marco de la lucha contra el SIDA.

En efecto, la emergencia de dichos brotes puso de manifiesto dos de las dimensiones claves de la pandemia: su carácter sindémico, es decir, su estrecha relación con la dimensión social en relación con la mencionada desigualdad social y territorial, y el fracaso, de nuevo, de las políticas de salud pública en el sentido de que al no haber reforzado ni los equipos de salud pública, test, rastreo y aislamiento, ni los equipos de atención primaria, no se pudieron atajar los brotes de forma más individualizada deteniendo las cadenas de transmisión y se tuvo que volver, en cierto modo, a la casilla de salida de marzo en el sentido de que las medidas sociales de confinamiento se proyectaban como las únicas viables para intentar frenar los contagios.

La aparición de estos brotes entreabrió inicialmente la puerta a la información y análisis sobre la posible relación entre las desiguales condiciones de vida y trabajo de los trabajadores, especialmente de los inmigrantes, y el desarrollo de la pandemia. Reflexión que en el caso de España se recuperó parcialmente algo más adelante con la emergencia de la llamada segunda ola de la pandemia en Barcelona y en la comunidad madrileña en los barrios y distritos más empobrecidos de las respectivas áreas metropolitanas.

Ventana de análisis y de experiencia social que fue reforzada posteriormente por las movilizaciones vecinales, por ejemplo, en el caso de Madrid contra los primeros cierres perimetrales de algunas de las áreas sanitarias correspondientes a dichas zonas por considerar que dichas medidas eran estigmatizantes contra dichos barrios que, además, querían hacer olvidar la falta de inversiones en la atención primaria y la salud pública a las que se había comprometido el gobierno autonómico.

Sin embargo, pese a la importancia de estos rebrotes y al hecho de que el brote de los temporeros de la zona de Huesca/Lérida se sitúe en el origen de la mutación del virus más extendido en Europa hasta diciembre del 2020 (la denominada 20A.EU1 en el estudio dirigido por Iñaki Comas del Instituto de Biomedicina de Valencia), los medios de comunicación dejaron muy rápidamente de abordar estos casos, así como el de la problemática de la desigualdad social y racial vinculada a los mismos.

En este sentido, los brotes de los temporeros en España pueden calificarse como la última ocasión en la que un sector significativo de los medios de comunicación realizó una aproximación social desde la perspectiva de la influencia de los determinantes sociales, de la desigualdad social como vector explicativo de la expansión de la pandemia. A partir de dicho momento se observó una tendencia creciente hacia la responsabilización/culpabilización personal de la expansión de la misma. En efecto, tras la “sorpresa” manifestada, de nuevo, ante la generalización de los brotes a lo largo de julio/agosto y tras la incapacidad manifiesta y reconocida de explicar por qué se estaba produciendo esta expansión cuando en mayo/junio se decía “derrotada” la pandemia, el mantra de que la expansión del virus dependía de cada uno de “nosotros”, de la “responsabilidad individual”, con olvido de que era la ausencia de medidas de rastreo, de control y de aislamientos de los casos y de los contactos lo que había hecho resurgir la pandemia, se hizo cada vez más presente en las intervenciones de los líderes políticos y de los medios de comunicación.

De esta forma, a partir de finales de julio y primeros de agosto los jóvenes, los botellones, las fiestas y el ocio nocturno que practicaban, la “responsabilización/culpabilización” individual, empezaron a señalarse como los responsables del crecimiento sostenido de la pandemia “olvidando” la responsabilidad institucional al respecto y la ausencia de una política de educación para la salud y de reducción del daño en la vida cotidiana, como la desgraciada declaración del entonces Vicepresidente del gobierno madrileño condensó en su llamamiento a los madrileños de que “podéis elegir entre ser virus o vacuna” (ABC, 18/09/20).

6.8. El desconcierto ante la segunda ola. La diversidad de las medidas de contención de la pandemia y las presentaciones de los datos

Los meses de septiembre, octubre y noviembre significaron un importante crecimiento de la pandemia al punto que, durante algunas semanas, España fue de nuevo el país de Europa con más casos por 100.000 habitantes. Pese a ello, la comunicación institucional y mediática trataba de tranquilizar sobre la importancia de estos crecimientos.

En el marco de una mayor diversidad de medidas adoptadas por los distintos países europeos para luchar contra la pandemia en esta segunda ola con el correlativo incremento de confusión de la sociedad, en el caso español el crecimiento del número de casos y la sensación de que los respectivos gobiernos autonómicos y central no adoptaban medidas reforzaron el desconcierto y alejamiento de la vida política por parte de la ciudadanía. Las posteriores y dispares medidas adoptadas por unas y otras comunidades autónomas, no dejó de reforzar esta sensación de malestar y desconcierto agravada por la continuada confusión en la presentación de los datos de los contagios y por la imagen de “politización partidaria”, que tuvo su máxima expresión en el conflicto entre el gobierno de la comunidad madrileña y el gobierno central que llegó a saturar la información en los medios la información de toda España.

Este marco político partidista, muy dominante en el tratamiento político mediático de la pandemia a partir del mes de octubre, y el desplazamiento de la responsabilidad de la expansión de la pandemia a los ciudadanos en un contexto temporal en el que España llegó a alcanzar una presencia de casos muy superior a la de cualquier otro país europeo, generó un clima de cuestionamiento de la política democrática, de fuerte clima de antipolítica que tuvo muchas expresiones en los medios de comunicación, que se tradujo en dos derivas: en algunos medios de comunicación más centrales se tradujo en una cierta demanda de solucionismo científico-tecnocrático en el sentido de que la Ciencia biomédica, en una especie de actualización del “despotismo ilustrado”, debería gestionar la lucha contra la pandemia de forma que los políticos se limitasen a seguir sus orientaciones; mientras, en otros de corriente más conservadora, se expresó una orientación más punitiva en el sentido de defender medidas de “ley y orden”, como subrayaba el gobierno de la Comunidad de Madrid, al apuntarlas como las únicas medidas posibles para “hacer entrar en razón a la ciudadanía” (Conde, 2020b).

Derivas que no dejaban de vaciar el espacio político democrático de lucha contra la pandemia, de debilitar la propia credibilidad de la ciencia y de los científicos, y no solo de los políticos, y de reforzar la falta de confianza en las instituciones y la sensación de confusión entre la ciudadanía con la emergencia de conflictos latentes entre las administraciones públicas con el consiguiente incremento de las teorías conspiranoides (con creciente tendencia hacia la ultraderecha).

6.9. Las expectativas de las navidades y de las vacunas. El solucionismo tecnológico vacunal

Las informaciones sobre la pandemia del mes de diciembre, además de dar cuenta de la evolución, estuvieron prácticamente saturadas por las informaciones sobre las navidades y sobre las vacunas.

En el primer caso, se ha observado una construcción de la opinión pública por parte de un importante sector de los medios de comunicación de preparar las navidades, de “salvar las navidades”, como en junio se preparó el verano, como una oportunidad de “salvar la economía”, es decir, como una oportunidad económica y de consumo que no se podía perder con el consiguiente refuerzo del debate entre la economía y la salud. Este planteamiento llevó, al igual que ocurrió en junio/julio, a reducir las medidas de lucha contra la pandemia para facilitar la reactivación económica que no sólo no se produjo sino que también, de forma parecida al verano, dichas medidas conllevaron el relanzamiento de la llamada tercera ola a partir del 9 de Diciembre, es decir, dos semanas después de las aglomeraciones del Black Friday con la consiguiente adopción de nuevas medidas de confinamiento y de cierres de la actividad económica y comercial, dado el incremento de los contagios.

En el segundo caso, el horizonte de la solución relativamente cercana de la pandemia vía vacunas fue el segundo eje dominante de las informaciones desde finales de noviembre destacando que las vacunas constituían de forma inmediata la única solución posible ante la pandemia y subrayando el éxito científico de las mismas desde el punto de vista de su eficacia y de su rapidez. Orientación dominante que es la que con toda probabilidad más ha calado en la opinión pública.

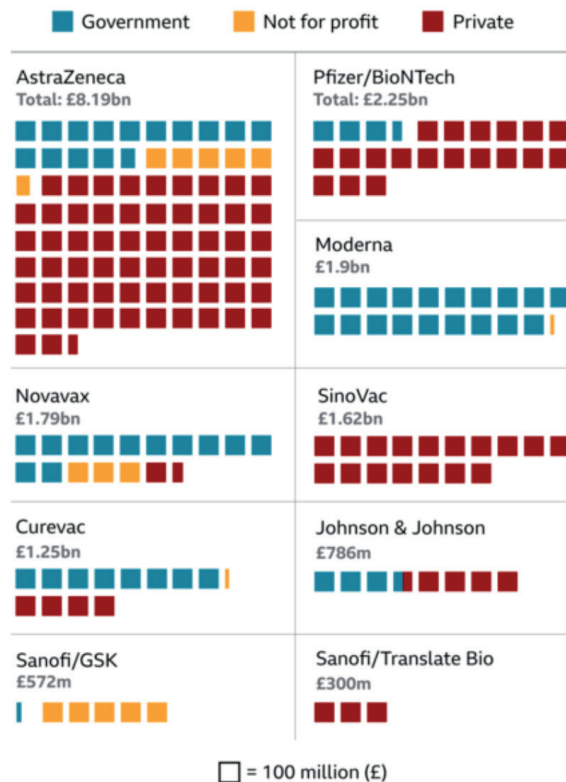
Ahora bien, en el marco de esta orientación dominante (que, por otro lado, estaba inmersa en un amplio conflicto geopolítico que tendía, por ejemplo, a silenciar los avances en las vacunas de China y Rusia), en las informaciones publicadas se ha apuntado, de forma mucho más minoritaria y con menos relevancia mediática, toda una serie de elementos que permiten observar que más allá del protagonismo dado en las informaciones a las Big Pharma, principalmente a Pfizer o AstraZeneca, el avance científico ha dependido más de la combinación de tres factores hasta cierto punto independientes de las Big Pharma, como ha podido ser la extraordinaria cooperación mundial de los científicos de unos y otros países (China, EEUU, Reino Unido, Alemania, Francia, España...), la investigación más académica e institucional y las innovaciones desarrolladas desde grupos de científicos y de empresas situadas en la periferia de la gran industria farmacéutica.

En efecto, como destaca Davis (2020, 17 y ss.), las Big Pharma habían desechado la investigación en nuevas y posibles enfermedades infecciosas emergentes dada su escasa rentabilidad al punto de que en un informe del Consejo de Asesores Económicos (CEA) de la presidencia de los EEUU de septiembre de 2019 titulado *Mitigating the Impact of Pandemic Influenza Through Vaccine Innovation* se señalaba que las propias tecnologías de producción de las vacunas existentes estaban obsoletas y serían incapaces de satisfacer las posibles necesidades que surgieran con nuevas pandemias. Asimismo, la propia industria farmacéutica no mostró ningún interés en los avances de la investigación en las vacunas contra el MERS y en una vacuna contra el propio SARS (antecedente del SARS-CoV-2) desarrollada hace años en Texas por un equipo dirigido por el doctor Peter Hotez, decano de la Escuela Nacional de Medicina Tropical en la Universidad de Baylor que podría haber sido muy útil en la actualidad, de la misma forma que tampoco mostró ningún interés ni apoyo inicial a la nueva línea de investigaciones con el ARN mensajero, base de la nueva generación de vacunas contra la COVID-19.

En el caso de la Unión Europea ocurre algo similar. Existe una iniciativa denominada IMI (*Innovative Medicines Initiative*) de carácter público-privado, dotada de un presupuesto de 2.600 millones de euros (2008-2020), encargada de orientar las estrategias de investigación en medicamentos en las áreas donde hay necesidades sociales o médicas sin atender. En marzo 2018 las empresas rechazaron la propuesta de la UE de introducir la “bio-preparación” para situaciones de pandemias como la actual. A pesar de la recomendación de la OMS en 2013 de promover la investigación en toda una serie de ámbitos socialmente relevantes, las empresas farmacéuticas se han centrado en la investigación en los medicamentos económicamente más rentables (*eldiario.es*, 25/5/2020).

La consecuencia de ello ha sido que, como decíamos anteriormente, la investigación de las nuevas vacunas ha contado con un gran esfuerzo financiero público, en algún caso determinante, como se puede observar en el gráfico adjunto elaborado por la consultora Airfinity y publicado por la BBC (18/12/2020).¹

Who has funded the Covid vaccines?



Source: Airfinity

BBC

Líneas de financiación pública directa que en el caso de Moderna con unos 2.000 millones de dólares llegó prácticamente a cubrir la totalidad de la inversión, que en el caso de BioNTech alcanzó los 400 millones de euros de apoyo del gobierno alemán y que en el de Astra Zeneca significó un 20% del total de la inversión. Línea de financiación directa reforzada por el compromiso de compra de vacunas antes incluso de su producción y del análisis de su eficacia por valor de muchos miles de millones de euros, como puede ser el ejemplo de los 2.000 millones de dólares que comprometió el gobierno de los EEUU con Pfizer o las compras acordadas por la propia UE.

A este importante apoyo de la financiación pública hay que sumar el esfuerzo y la innovación del conjunto de los equipos de científicos de diversas partes del mundo y de pequeñas empresas situadas en la periferia de la gran industria, del llamado “capitalismo farmacéutico”, como pueden ser los casos más emblemáticos de la científica de origen húngaro Katalin Karikó que llevaba varias decenas de años trabajando en la tecnología del ARN mensajero a pesar de la falta de apoyo y del propio ostracismo sufrido en el mundo académico estadounidense y cuyos desarrollos (que curiosamente alcanzaron un gran impulso a partir de su colaboración con Drew Weissman, investigador de las vacunas contra el VIH) están en la base de las tecnologías empleadas por las empresas BioNTech, fundada en 2008, y Moderna, fundada en 2010, especializadas también, a pesar de la falta inicial de apoyos financieros, en la investigación en nuevas líneas de investigación, en inmunoterapias en el caso de BioNTech y en ARN mensajero en el caso de Moderna (el propio nombre de Moderna se ha construido a partir de la sigla ARN). De hecho, la propia Moderna en octubre pasado, quizás consciente de esta situación y de su financiación pública, anunció que durante la pandemia no reclamaría derechos sobre su patente.

1. Ver <https://www.bbc.com/news/business-55170756> (visita el 12/6/2021).

En una línea similar, han sido los científicos de la Universidad de Oxford los que han desarrollado, en lo fundamental, la investigación básica que ha hecho posible la producción de la vacuna que AstraZeneca produce y distribuye. En este sentido, aunque los medios de comunicación estén dando el protagonismo a las Big Pharma y los grandes beneficios de las vacunas vayan a ser recogidas por estas grandes empresas farmacéuticas (se calcula, por ejemplo, que Pfizer puede obtener entre un 60-80% de beneficio de la venta de la vacuna de BioNTech), la base que las han hecho posible cuenta con el aporte más decisivo de la investigación financiada con fondos públicos y de la colaboración público-privada con las empresas más innovadoras que con el aporte más propio de las grandes multinacionales farmacéuticas del Big Pharma.

Situación que hace aún más pertinente la demanda que han enarbolado ONG como Médicos sin Fronteras o diversos países encabezados por la India y África del Sur al considerar las vacunas “bienes públicos”, de forma que se pueda garantizar su accesibilidad por parte de la población mundial con independencia de la riqueza del país en el que se resida.

Más allá del indudable éxito de las vacunas, el horizonte de la posible y rápida solución tecnológica de la pandemia en los países “ricos”, del norte global, ha etno-centrado las informaciones sobre sus repercusiones positivas en los países del Norte Global, tendiendo a olvidar, también salvo honrosas excepciones, que, por sus costes, por su logística compleja (cadenas de frío, por ejemplo) y por la propia política de compras masivas de las vacunas por parte de los países del norte, los países del Sur global muy difícilmente iban a poder acceder a las vacunas. Así, a mediados de diciembre, según el Centro de Innovaciones en Salud Global de la Universidad de Duke, de los 7.400 millones de dosis de vacunas compradas en esa fecha, 3.900 millones, el 52,7%, lo habían sido por los países ricos, 1.000 millones habían sido compradas por los países de ingresos medio altos, 1.800 millones por los países de ingresos medio bajos y otros 700 millones de dosis por la iniciativa COVAX. De esta forma, el 14% de la población que vive en los países ricos dispone de más de la mitad de las dosis previstas para los próximos meses, mientras que se calcula que 9 de cada 10 personas de los 70 países más pobres no podrá vacunarse en el 2021.

Pese a ello y pese a la propia oposición de las Big Pharma y de los países más ricos, la demanda de accesibilidad vacunal de toda la población mundial ha ido ganando cuerpo en la sociedad mundial de forma mucho más rápida que en el caso del VIH en el que se tardó muchos años. La propia OMS ha promovido la iniciativa COVAX en alianza con la Coalición por la Promoción de Innovaciones en pro de la preparación ante las Epidemias (CEPI) y con la Alianza Gavi que trata de conseguir financiamiento; hasta diciembre había conseguido unos 1.700 millones de euros, con el objetivo de conseguir vacunar al 20% de la población de los países más pobres. Asimismo, la India y Sudáfrica, dos de los países que, con Brasil, estuvieron en la base del cuestionamiento de las patentes en el caso de los medicamentos para el VIH, son, de nuevo, los dos países que han levantado la misma bandera en el caso de las vacunas contra la COVID consiguiendo el apoyo de 99 países de la asamblea de la OMC para su demanda de que se suspendan los derechos de propiedad intelectual sobre las vacunas y otros medicamentos y tecnologías contra la actual pandemia.

Esta parte indudablemente positiva de los avances en la vacunación, pese a las insuficiencias señaladas, también ha ido asociada con el desplazamiento, con el paso a segundo plano, cuando no al olvido más directo, de las informaciones sobre las relaciones entre medio ambiente y pandemia, y las relativas a las insuficiencias del sistema sanitario, más allá de un recuerdo a que el mismo requería la contratación de miles de profesionales si se quería que las vacunaciones se realizasen desde la atención primaria como había anunciado el gobierno: “España necesita 15.000 enfermeras para asumir el plan de vacunación sin saturar aún más la Atención Primaria” (*Público*, 26/11/20). En este sentido, la “buena nueva” de las vacunas puede hacer olvidar la necesidad de los cambios estructurales que habría que introducir en las políticas extractivistas más globales y en los sistemas de salud para hacer posible una lucha preventiva real contra nuevas pandemias, contra nuevos “cisnes negros”. Frente a la propuesta, por ejemplo, de Fernando Valladares de trabajar en una vacuna preventiva más social y de fondo como es el impulso de la biodiversidad (*El Confidencial*, 28/04/20), la solución tecnológica propuesta centra sus esfuerzos, en el mejor de los casos, en conseguir una cierta inmunidad de grupo prioritariamente en los países del norte para ir generalizando más lentamente al conjunto de la población mundial.

En síntesis, tendríamos tres líneas principales de trabajo estratégico ante esta y otras posibles pandemias: el trabajo más estructural, preventivo y de fondo de reducir las condiciones medioambientales y económico-sociales que favorecen la emergencia de nuevos virus y su propagación mundial; como segunda línea, el trabajo de reforzar la detección precoz de los casos mediante la mejora de los dispositivos de vigilancia epidemiológica, y el refuerzo de la salud pública y la atención primaria; y, por último, las soluciones más paliativas de reducir los efectos de la pandemia vía tratamientos y vacunación. Pues bien, la orientación dominante en los medios de comunicación y de una gran parte de las políticas de los países occidentales ha sido claramente la tercera con un olvido práctico de las dos primeras.

Frente a esta aproximación dominante a la lucha contra la pandemia en los países occidentales, en estos últimos años se vienen desarrollando toda una serie de movimientos que abordan de forma más holística y compleja, más transversal, la lucha contra las pandemias y el cambio climático. En efecto, estos movimientos y corrientes de pensamiento han

acuñado dos expresiones que sintetizan a su vez dos concepciones sobre la salud que tratan de poner de manifiesto la importancia de pensar y de trabajar de forma más holística, combinando las concepciones y estrategias más clásicas de salud pública con las derivadas de los aprendizajes de la lucha contra las nuevas pandemias generadas por las políticas extractivistas, por la intensificación de la agroindustria intensiva y por la insuficiencia de la lucha contra el cambio climático. Por un lado, el concepto y el movimiento de *One Health*/Una Salud puesto en marcha en los inicios de este siglo XXI conjuntamente por la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO), y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), para subrayar que la salud humana y la animal son interdependientes y que en ambos casos están vinculadas a los ecosistemas. Modelo de *One Health* que trata de integrar “el análisis epidemiológico sobre una base ecológica, reuniendo a científicos ecológicos, médicos, veterinarios y analistas de salud pública en un enfoque de alcance mundial” (Bellamy Foster y Suwandi, 2020). Por otro lado, la noción más crítica de *Structural One Health* que han desarrollado autores como Rodrick Wallace, Robert Wallace, Luis Fernando Chaves, Constância Ayres y otros que, partiendo de la noción de *One Health*, tratan de ponerla en relación con los actuales desarrollos del capitalismo (Wallace et al., 2015).

Esta convergencia de la salud pública y del ecologismo parece una de las vías más prometedoras de cara a abordar los retos derivados del nuevo régimen de pandemias y del cambio climático al que va a estar expuesta la sociedad mundial. De hecho, según un informe reciente de la Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas (IPBES), si no dejamos de explotar la naturaleza, existen unos 850.000 virus desconocidos en animales con capacidad de causar nuevas pandemias.

Tanto las experiencias de lucha contra el SIDA a las que hemos aludido a lo largo del artículo, como las de la lucha contra el cambio climático abonan esta propuesta de convergencia. En el caso de la lucha contra el SIDA, además del esfuerzo sanitario y de los nuevos tratamientos, ha sido la detección precoz, fuertemente apoyada en el desarrollo de las políticas inclusivas, lo que ha posibilitado el progresivo control de la epidemia. En el caso de la lucha contra el cambio climático se adquirió otra dimensión cuando se pasó de una lucha contra aspectos puntuales a concebirla de una forma estructural, más allá de los picos y de ciertos fenómenos parciales más evidentes.

Una reflexión similar cabe hacer en la lucha contra las pandemias originadas por el desarrollo de posibles zoonosis. En efecto, como hemos venido haciendo hincapié en el texto, el modelo de producción capitalista actual ha generado las condiciones económico-sociales y medioambientales favorables para la existencia de un posible “régimen sindémico” desde la perspectiva de que pueden emerger y suceder nuevas pandemias intrínsecamente unidas a los procesos de desigualdad social y territorial mientras no se modifiquen sustancialmente dichas condiciones favorecedoras de la emergencia de nuevas zoonosis. A tenor de las investigaciones desarrolladas a este respecto, todo parece indicar que en la actualidad más que en una situación de pandemia única que se va a lograr controlar con las vacunas, se ha generado ya una situación de “régimen sindémico” donde se pueden suceder nuevos brotes pandémicos/sindémicos que nos deberían obligar a cambiar nuestro modo de vida y el modelo de relación con la naturaleza. Como la experiencia está demostrando, la pandemia genera mucho dolor y muerte. También como proceso abierto genera muchas incertidumbres, con las consecuencias psicosociales negativas que ello conlleva y que pueden ser utilizadas de forma negativa por los sectores más negacionistas. Pero también puede generar dinámicas sociales y políticas positivas de cuestionamiento de algunos dogmas económicos muy asentados en el mundo occidental, de lucha contra el cambio climático y/o de reforzamiento de ciertos movimientos sociales que se sitúan a contracorriente de lo dominante hasta hace muy poco, como la derrota de Trump, más que el triunfo de Biden, ejemplifican.

En este sentido, otra experiencia de la lucha contra el cambio climático también podría ser muy interesante a desarrollar en la lucha contra las nuevas posibles pandemias. En efecto, de forma similar a cómo la creación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático se ha erigido como la autoridad y la referencia científica más relevante en la lucha contra el mismo, cabría pensar que la constitución de una plataforma similar en el terreno de las epidemias y de las pandemias, de las sindemias, y puede ser un primer paso la propia Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas (IPBES) creada en 2012, que puede jugar un papel de referente muy útil en la prevención de las pandemias.

7. Las posibles traducciones políticas de la pandemia de la COVID-19

Más allá de que sea muy pronto para realizar una valoración sobre las posibles traducciones políticas y sociales en su sentido más general de las experiencias de la pandemia ante un futuro post-pandémico, en el ámbito de los dilemas que ha generado y sigue generando la pandemia como “fenómeno social total”, varios estratos de sedimentación de dichas experiencias parecen irse decantando a partir de la articulación de las propias vivencias sociales de la pandemia y de los marcos cognitivos contruidos para su interpretación. Estas líneas de sedimentación tendrían relación con las siguientes dimensiones:

- La vivencia de la interdependencia y de la relación estrecha entre muy distintos espacios sociales que, de forma mayoritaria, se vivían como disjuntos (economía, consumo, salud, medio ambiente, política...), y entre lo más local y lo más global, entre unos y otros países.
- La preocupación por el medio ambiente.
- El refuerzo del movimiento social en defensa de la sanidad pública.
- El refuerzo de la demanda social de una mayor y mejor protección social.
- Una cierta recuperación de la consideración social de ciertos trabajos, hasta ahora mal considerados, precarizados y muy mal pagados, vía su caracterización como “trabajos esenciales” que no se podían cerrar por su función decisiva en la vida de la sociedad.

De forma más ambivalente, también debemos considerar:

- La experiencia del confinamiento en ciertos sectores sociales.
- El refuerzo de las dimensiones científicas y tecnológicas.
- El refuerzo de lo digital.

Y de forma más negativa:

- La desigualdad social, la fragmentación y polarización social.
- El debilitamiento de los vínculos sociales, el refuerzo de la “distancia social” con una cierta tendencia hacia la intensificación de los procesos de “individualización”

Recuperando lo apuntado al principio, habría que decir que la traducción política de este conjunto de experiencias sociales vividas durante la pandemia va a depender, en gran medida, de la capacidad de generar debates, conversaciones en los espacios públicos que posibiliten una puesta en común de las mismas en asociación con el impulso y desarrollo de ciertos marcos cognitivos. Este proceso depende, en gran medida, de la actividad de los medios de comunicación, de los actores políticos y de los actores sociales que pueden intervenir en este campo, como hemos visto que ocurrió en la experiencia del VIH-SIDA.

En este sentido y en términos políticos, cabe pensar un cierto abanico de posibilidades de articulación de uno u otro tipo de salidas políticas en función de cómo se elaboren esos sedimentos experienciales y el grado de importancia que tengan cada uno de ellos en el debate público.

En el texto de “Lo esencial es invisible a los ojos. Crónica de una pandemia” (Conde, 2020) señalaba la existencia potencial de dos posibles orientaciones antitéticas más polares en los países occidentales: hacia unas nuevas formas de gobiernos más autoritarias vía el desarrollo de las tecnologías digitales en línea con la denominada “gubernamentalidad algorítmica” (Rouvroy y Berns, 2013) y, en la dirección contraria, la de la firma de un nuevo “contrato social y natural” y cómo entre estas dos posiciones más polares cabría un amplio gradiente de situaciones intermedias en función de cómo evolucione la pandemia y de cómo se produjesen las reacciones sociales y políticas ante la misma.

Por ejemplo, un país como Israel, muy alabado en los medios de comunicación más centrales por el supuesto éxito de su política de vacunación, está basando su política vacunal en dos de las dimensiones más negativas de las mencionadas orientaciones. Por un lado, se ha comprometido con las Big Pharma a suministrar los datos de los procesos de vacunaciones en línea con el refuerzo del control privado y digital de los fenómenos sociales. Por otro lado, excluye de la vacunación a la población palestina de los territorios ocupados a la que Israel, como potencia ocupante, según todas las leyes internacionales, está obligado a vacunar. Es decir, Israel está impulsando simultáneamente un control digital de la población judía y una especie de “apartheid vacunal” de la población palestina mediante la aplicación de una política neodarwinista, muy próxima de la noción de “necropolítica” acuñada por Achille Mbembe (2011), de forma que mientras vacuna a los israelíes, refuerza la probabilidad de morir de la población palestina.

De una forma muy sintética y reductora podríamos señalar que las estrategias discursivo-políticas generadoras y posibilitadoras de las posibles orientaciones hacia uno u otro tipo de salida se van a desarrollar fundamentalmente a

partir del trabajo en dos ejes o dimensiones:

- El eje social de las desigualdades sociales, territoriales, de género, raza, color...
- El eje de las relaciones con la naturaleza en el que la cuestión de la orientación de las prácticas científicas juega un papel decisivo.

Boaventura de Sousa Santos (2020) señalaba recientemente la existencia de *tres posibles escenarios de desarrollo post pandémico* que se articulan bastante bien con la línea de reflexión desarrollada hasta ahora y que podemos recoger a modo de punto final de la reflexión.

El *escenario más negativo* sería el impulsado inicialmente por Boris Johnson, Donald Trump o Bolsonaro, es decir, por los líderes más identificados con la lógica neoliberal más salvaje que prima la economía del libre mercado sobre la salud y el mercado sobre el Estado, aunque ello cueste centenares de miles de vida, como llegó a admitir inicialmente el propio Boris Johnson. Escenario que se inscribe en una lógica neodarwinista que ha sufrido varias derrotas en el Reino Unido, obligando a B. Johnson a modificar su estrategia, y en EEUU con la derrota de Trump.

Este escenario supone una intensificación y un agravamiento del tipo de capitalismo que ha configurado y que continúa produciendo las condiciones estructurales generadoras de las pandemias y, por tanto, refuerza el desarrollo de un contexto muy favorable para la emergencia de nuevas epidemias o pandemias y para el empeoramiento del cambio climático.

Frente a este escenario más negativo, Boaventura de Sousa Santos apunta el *escenario más positivo*, pero menos probable, que pasaría por impulsar la transformación social, un cambio de modelo civilizatorio inscrito en la línea de lo que se afirmaba anteriormente de un nuevo contrato social y natural. Nuevo modelo civilizatorio que, en función de las experiencias de la pandemia, pasaría por el impulso positivo de las experiencias sociales ligadas a los sedimentos del primer y tercer bloque (medio ambiente y políticas públicas, de forma que se reviertan las tendencias hacia la desigualdad y la fragmentación social), tratando de transformar los ámbitos del segundo bloque en una línea de considerar, por ejemplo, un modelo de vida y consumo menos compulsivamente consumista, un abordaje y una regulación del acceso a la información, al Big Data como bienes comunes cuestionando la dominación de la llamada economía de las plataformas al respecto.

Este escenario se plantea como una propuesta y una política que trataría de modificar las condiciones más estructurales que están generando las pandemias actuales/futuras y los problemas asociados con el cambio climático. Desde este punto de vista sería una política más preventiva que intervendría y modificaría las condiciones estructurales del tipo de relación extractivista con la naturaleza, apostaría por una posible detección precoz reforzando los sistemas de salud pública y de atención primaria, y ambos tipos de políticas primarían sobre la más paliativa orientada exclusivamente a disminuir, a reducir los efectos más negativos de ambos tipos de procesos pandémicos y del cambio climático.

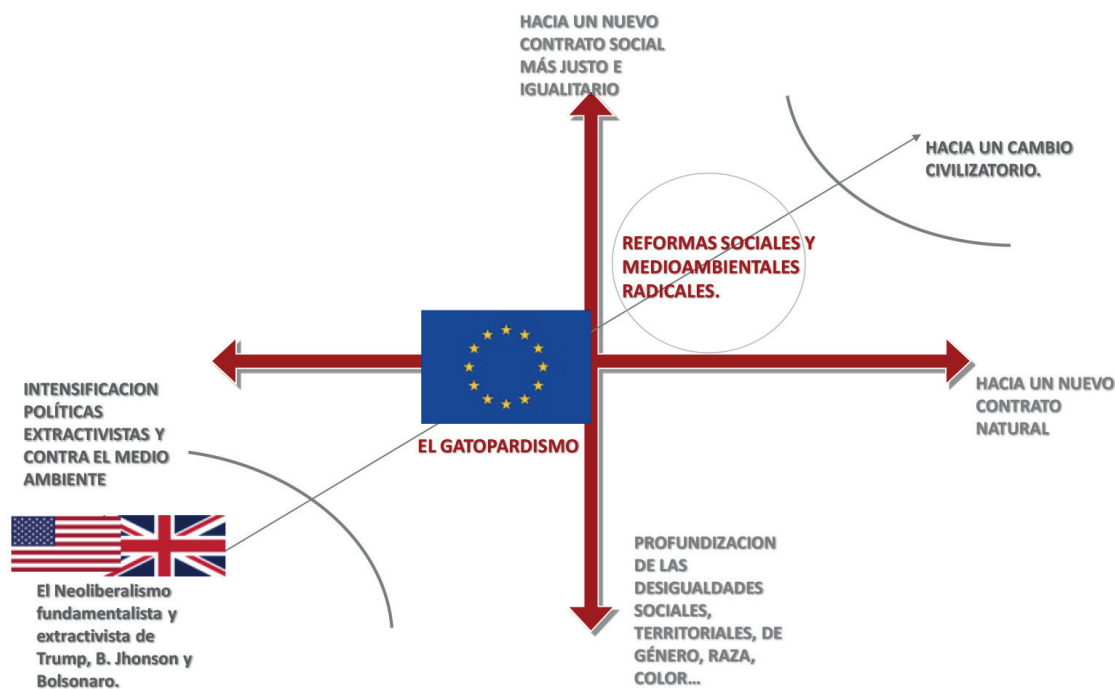
Entre ambos escenarios más polares, Boaventura de Sousa Santos sitúa un *escenario más intermedio* que define como “gatopardismo” que es, probablemente, la salida impulsada por los sectores actualmente más dominantes en la UE y en EEUU, tras la victoria de Biden. Dicho escenario pasaría por apostar por una cierta interdependencia soberana a nivel de la UE, por ejemplo, como se ha manifestado con la problemática de las vacunas y por un impulso de la digitalización y la tecnologización con ciertas reformas medioambientales y en las políticas públicas (muy limitadas a tenor de lo que hasta ahora se está haciendo), como también se está promoviendo desde la propia UE y del propio Banco Central europeo. Con toda seguridad, dentro de este escenario habrá diferencias entre los países que apuesten y tengan más recursos para la transformación verde y digital (Alemania, por ejemplo) y otros, como España, que probablemente con el actual gobierno apueste más, cabe pensar, por el refuerzo de las políticas públicas en el ámbito de la salud y los servicios sociales.

Este escenario se plantea como una propuesta y una política paliativa de los efectos de las pandemias y de los problemas asociados con el cambio climático. En lugar de abordar una política preventiva que interviniese y modificase las condiciones más estructurales apostaría principalmente por una política más paliativa que disminuya, reduzca, los efectos más negativos de ambos tipos de procesos pandémicos y del cambio climático a través, principalmente, de posibles soluciones tecnológicas.

Ahora bien, a tenor del conjunto de experiencias sociales y de conflictos latentes generados por esta pandemia, tras la experiencia de los años de la anterior crisis financiera del 2008, cabe pensar que a estos tres escenarios se le podría añadir otro de posibles reformas sociales y medioambientales algo más intensas y radicales. En efecto, tal como hemos señalado, las experiencias de la pandemia de la COVID-19 permiten apuntar la existencia de unos sedimentos que pueden permitir el desarrollo de unas propuestas políticas más radicales en el sentido de ir más al fondo. De este

modo y como política preventiva ante futuras pandemias, se podría intervenir y modificar algunas de las condiciones estructurales del tipo de relación extractivista con la naturaleza, algunas de las dimensiones de la estructura de las desigualdades sociales que se configuran como el principal vector de contagios y de desarrollo de las pandemias y que, al mismo tiempo, refuerzan los sistemas públicos de salud como última barrera ante su crecimiento, tal como hemos tratado de representar en el mapa adjunto.

POSIBLES ESCENARIOS POST-PANDEMIA EN EL NORTE DEL MUNDO OCCIDENTAL



Espacio de las reformas sociales y medioambientales que sería posible si, junto con las políticas de lucha contra todo tipo de desigualdades que configuran las dimensiones relativas al eje vertical, se desarrollan toda una serie de prácticas científicas que ayuden a la mejor toma de decisiones posibles en la lucha contra las alteraciones asociadas al cambio climático y a transformar las políticas extractivistas asociadas con la posible emergencia de nuevas pandemias en la línea de las reflexiones propuestas por Nancy Fraser y otros autores (Fraser y Jaeggi, 2019; Fraser, 2020). Nuevo tipo de prácticas científicas que, como han demostrado también los movimientos ecologistas, eco-feministas y la epidemiología crítica, van asociadas a una transformación del tipo de práctica y de orientación científica más clásica y convencional en el sentido de que la “Ciencia” debería de dejar de concebirse y de practicarse como un modo de “controlar y dominar la naturaleza” para pasar a desarrollar otro tipo de prácticas científicas más respetuosas con la naturaleza y más horizontales en su relación con los saberes locales (Stengers, 2009) en línea con la propuesta de Boaventura de Sousa Santos de trabajar por un nuevo “paradigma de un conocimiento prudente para una vida decente” (Sousa Santos, 2003: 82).

La propia experiencia de la lucha contra el SIDA permite pensar que esto es posible. El tremendo drama de la pandemia y de las diferentes construcciones mediáticas políticas de la misma han generado todo un conjunto de semillas que están ahí listas para su posible desarrollo al servicio de una vida y una sociedad mejor.

Bibliografía

- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Appadurai, A. (2013). *Condition de l’homme global*. París: Payot.
- Bauman, Z. (2004). *Vidas desperdiciadas. La Modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós.

- Bellamy Foster, J. e I. Suwandi (2020). "COVID-19 y Capitalismo Catastrófico". *sinpermiso.info*, julio. <https://www.sinpermiso.info/textos/covid-19-y-capitalismo-catastrofico>.
- Boltanski, L. (1993). *La Souffrance à distance*. París: Métailié.
- Bonneuil, C. y J.-B. Fressoz (2016). *L'Événement Anthropocène. La Terre, l'histoire et nous*. París: Seuil.
- Butler, J. (2006). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Barcelona: Paidós.
- Conde, F. (1989). *No Piques. El SIDA te engancha por la droga*. Madrid: Plan nacional sobre el SIDA-Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Conde, F. (1997). "Escenarios de futuro del VIH-SIDA: de la enfermedad 'acontecimiento' a la cronicidad difusa. Del estigma moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad social". *Revista Española de Salud Pública*, 71 (1). <https://doi.org/10.1590/S1135-57271997000100001>
- Conde, F. y P. Santoro (2012). "Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo". *Revista Española de Salud Pública*, 86 (2), 139-152. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272012000200003>
- Conde, F. (2019). "Apuntes sobre el análisis e interpretación de los 'emergentes discursivos' en el análisis sociológico de los discursos". *Encrucijadas-Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 17. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79196>.
- Conde, F. (2020). "Lo Esencial es Invisible a los ojos. Crónica de una Pandemia. Primer Semestre de 2020". *CIMOP*. <http://cimop.com/publicaciones/#investigaciones-publicadas>.
- Conde, F. (2020b). "En defensa de la política y de la salud pública". *Público*, 15/10/20. <https://blogs.publico.es/dominipublico/34787/en-defensa-de-la-politica-y-de-la-salud-publica/>.
- Davis, M. (2006). *El Monstruo llama a nuestra puerta. La amenaza global de la gripe aviar*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Davis, M. (2020). *Llega el monstruo. COVID-19, gripe aviar y las plagas del capitalismo*. Madrid: Capitán Swing.
- Dodier, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de SIDA*. París: Éditions de L'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1760>
- Fraser, N. y R. Jaeggi (2019). *Capitalismo. Una conversación desde la Teoría Crítica*. Las Rozas: Morata.
- Fraser, N. (2020). *Los Talleres ocultos del capital. Un mapa para la izquierda*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- García, C., C. Martín y F. Viani (2020). "El comercio internacional de productos médicos durante la pandemia de COVID-19". *Boletín Económico/Banco de España*, 4, 24-27. <https://repositorio.bde.es/handle/123456789/14456>.
- Gil, J. (2020). "A Pandemia e o capitalismo numérico". *Publico*, 12/4/2020.
- Grmek, M.D. (1989). *Historie du SIDA*. París: Payot.
- Jeanneney, J.-N. (2020). *Virus ennemi. Discours de crise, histoire de guerres*. París: Tracts Gallimard.
- Lecourt, D. (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale*. París: Presses Universitaires de France.
- Llorente, B. (2020). "Entrevista a Bonaventura de Sousa Santos: 'La Posibilidad de pensar de otra manera: otro modelo civilizatorio'". *Rebelión*, 7/12/20. <https://rebellion.org/el-capitalismo-no-funciona-sin-sexismo-y-sin-racismo/>.
- Malm, A. (2020). *El Murciélago y el capital. Coronavirus, cambio climático y guerra social*. Madrid: Errata Naturae.
- Mauss, M. (2010). *Ensayo sobre el don*. Buenos Aires: Katz. <https://doi.org/10.2307/j.ctvm7bd0m>

- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Santa Cruz de Tenerife: Melusina.
- Ménil, A. (1997). *Sain(t)s et Saufs. SIDA: une épidémie de l'interprétation*. París: Les Belles Letres.
- Padilla, J. y P. Gullón (2020). *Epidemiocracia. Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo*. Madrid: Capitán Swing.
- Ricoeur, P. (1995). *Tiempo y Narración*. México: Siglo XXI.
- Rinn, M. (2002). *Les Discours Sociaux contre le SIDA. Rhétorique de la communication publique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Rouvroy, A. y T. Berns (2013). "Gouvernementalité algorithmique et perspectives d'émancipation. Le disparate comme condition d'individuation par la relation?". *Réseaux*, 177, 163-196. <https://doi.org/10.3917/res.177.0163>
- Shangay, L. (2016). *Adiós, Chueca. Memorias del gaycapitalismo: la creación de la "marca gay"*. Madrid: Akal.
- Sontag, S. (1990). *El SIDA y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Sousa Santos, B. (2003). *Crítica de la Razón Indolente. Contra el desperdicio de la experiencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20161110024742/Critica.pdf>.
- Stengers, I. (2009). *Au temps des catastrophes. Résister à la barbarie qui vient*. París: La Decouverte.
- Svampa, M. (2019). *Las fronteras del neoextractivismo en América Latina. Conflictos socioambientales, giro ecoterritorial y nuevas dependencias*. Bielefeld: Centro Maria Sibylla Merian de Estudios Latinoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales / Universidad de Guadalajara / Bielefeld University Press. <https://doi.org/10.14361/9783839445266>
- Svampa, M. (2020). "Reflexiones para un mundo post-coronavirus". *Nueva Sociedad*, abril. <https://nuso.org/articulo/reflexiones-para-un-mundo-post-coronavirus/>.
- Wallace, R, L. Bergmann, R. Kock, M. Gilbert, L. Hogerwerf, R. Wallace y M. Holmberg (2015). "The dawn of Structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital". *Social Science & Medicine*, 129, 68-77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.047>
- Wallace, R. (2020). *Grandes granjas, grandes gripes. Agroindustria y enfermedades infecciosas*. Madrid: Capitán Swing.