

# Genealogías discursivas sobre la pandemia de covid-19. Reflexiones sobre un mundo postpandemia

MANUEL ESPINEL VALLEJO\*

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar una reflexión crítica sobre la idea de un mundo postpandemia, a partir de la deconstrucción de genealogías discursivas sobre la pandemia de la covid-19. Se utilizó como punto de partida la idea de Michel Foucault de historia del presente, en términos de la deconstrucción de los relatos que dan cuenta tanto lo novedoso, en este caso de la pandemia de la covid-19, como de las inercias discursivas del pasado que perviven en el presente. Se deconstruyeron cinco genealogías discursivas sobre pandemia. En primer lugar, se abordó el problema de la propia definición de pandemia, a partir de la crisis de la gripe A, gripe porcina o H1N1. En segundo lugar, se reflexionó sobre el impacto que tuvo la gestión de la crisis del H1N1 en las representaciones y prácticas discursivas de la pandemia de covid-19. En tercer lugar, se discutieron los marcos interpretativos y epistemológicos del gobierno de las crisis pandémicas en las sociedades del Norte Global. Por su interés discursivo se analizaron, por una parte, la construcción discursiva del gobierno de las epidemias, considerando las ideas de confinamiento y vacunación y, por otra parte, el gobierno de las infraestructuras vitales, como origen de la utilización metáfora de la guerra para el gobierno de riesgos y amenazas. En cuarto lugar, se reflexionará sobre el discurso de la (in)seguridad y sus dificultades pragmáticas en el gobierno de este tipo de crisis. Se utilizará la idea de la disonancia pragmática para dar cuenta de los problemas del discurso de la seguridad. En quinto lugar, se criticó el discurso de la salud global y sus implicaciones en esta crisis, tomando como referencia tres relatos o narrativas: el relato sobre la seguridad en salud global, el relato sobre el mercado de productos sensibles, como los equipos de protección personal (mascarillas) y el relato sobre la producción de vacunas. A partir de la deconstrucción de estas genealogías discursivas plantearemos, a manera de conclusión, la idea de la crónica de un fracaso global, en relación con el gobierno de la crisis de la covid-19, agravada por la irrupción de una nueva crisis, la guerra de Ucrania. Proponemos finalmente una reconstrucción del discurso virus-céntrico, a partir de la idea de una espacialidad territorial y simbólicamente constituida organizada, configurada y materializada por múltiples tecnologías de significación, vinculadas bajo la figura de una red de actores propuesta por Bruno Latour.

## PALABRAS CLAVE

Mundo postpandemia; covid-19; genealogías discursivas; salud global; gobierno de las epidemias; discurso de la seguridad.



## TITLE

Discursive genealogies on the covid-19 pandemic. Reflections on post-pandemic world

## EXTENDED ABSTRACT

The objective of this paper is to carry out a critical reflection on the idea of a post-pandemic world, based on the deconstruction of discursive genealogies on the Covid-19 pandemic. First of all, attention is drawn to the fact that the countries of the Global North, apparently better prepared to face this crisis, have experienced a severe impact, particularly in the so-called first wave. This fact becomes even more relevant if we consider that the different indices that predicted a better capacity of these countries to face this type of crisis were initially distorted by the cases of Italy and Spain and, later, by other Global North countries such as the United States. To carry out these discursive genealogies, Michel Foucault's idea of the history of the present was used as a starting

## DOI:

<https://doi.org/10.15366/relacionesinternacionales2023.52.002>

## Formato de citación recomendado:

ESPINEL VALLEJO, Manuel (2023). "Genealogías discursivas sobre la pandemia de covid-19. Reflexiones sobre un mundo postpandemia", *Relaciones Internacionales*, n° 52, pp. 29-46.

\* Manuel ESPINEL VALLEJO,  
Universidad Complutense de Madrid. Contacto: mespinel@cps.ucm.es

Recibido:  
04/09/2022  
Aceptado:  
29/01/2023

point, in terms of the deconstruction of the stories that account for both the novelty, in this case of the Covid-19 pandemic, and the discursive inertias of the past that survive in the discourses on the representations and the government of this type of phenomena. Five discursive genealogies on the pandemic were deconstructed. In the first place, the problem of the definition of a pandemic was addressed, based on the crisis of influenza A, swine flu or H1N1 and the criticism made by the Council of Europe in 2010 of the declaration of a pandemic by the World Health Organization (WHO). Secondly, we reflected on the impact that the management of the H1N1 crisis had on the representations and discursive practices of the Covid-19 pandemic. The dissonance between the low impact of this crisis and the high spending by the countries of the Global North marked the initial management of the Covid-19 crisis, particularly in terms of reducing the perception of insecurity and the overvaluation of capacities. It became evident how the story of the impact of the crisis in Italy and Spain deeply marked the representations that were initially held about this crisis. Third, the interpretive and epistemological frameworks of the governance of pandemic crises in societies of the Global North were discussed. Due to its discursive interest, we analyzed, on the one hand, the discursive construction of the government of epidemics, considering the ideas of confinement and vaccination and, on the other hand, the government of vital infrastructures, such as the origin of the use of the metaphor of war to the governance of risks and threats in these societies. Fourth, we reflected on the discourse of (in)security and its pragmatic difficulties in governing this type of crisis. The idea of pragmatic dissonance is used to account for the problems of the security discourse. In fifth place, the global health discourse and its implications in this crisis were criticized. The survival of colonial and neocolonial narratives in global health, the weakening of the WHO due to the incorporation of interests of private actors such as multilateral agencies, banks linked to development discourses, multinational corporations and philanthropic companies were highlighted. The relevance of the biotechnological and biomedical discourse was also evident, based on the idea of the magic bullet. The critique of the global health discourse had three stories or narratives as its central reference: the story about global health security, the story about the market for sensitive products, such as personal protective equipment (masks), and the story about the production of vaccines. The problematization of the discursive genealogies related to the Covid-19 crisis made it possible to highlight the great difficulties we currently have in building a discourse that gives intelligibility to this type of crisis, especially from a global perspective. This difficulty allowed us to propose, by way of conclusion, the idea of the chronicle of a global failure (everything that could go wrong finally did go wrong), in relation to the government of the Covid-19 crisis, from the idea of the infelicity of the speech act proposed by Austin. This chronicle has been aggravated by the emergence of a new crisis, the war in Ukraine. We also propose the irruption of a disaster capitalism whose discursive performativity in relation to the pandemic was felicity, which is to say they achieved what they wanted: to significantly increase their profits. Finally, we propose as an alternative a reconstruction of the virus-centric discourse, which has permeated the discourse of experts, proposing the idea of a discourse based on territorial spatiality and symbolically constituted, organized, configured and materialized by multiple technologies of meaning, linked under the figure of a network of actors proposed by Bruno Latour. The virus is one more actor in this human and non-human network. What the virus does is expose the power relationships (knowledge/power) that account for the way this network is configured. More than the virus, it is these power relations that account for the vulnerabilities we experience due to the Covid-19 crisis. Everything seems to indicate that the new discursive practices in relation to this type of crisis should point in this direction.

## KEYWORDS

Post-pandemic world; covid-19; discursive genealogies; global health; government of epidemics; security discourse.



## **I**ntroducción

Uno de los aspectos que ha llamado poderosamente la atención en la crisis de la covid-19, en relación con la denominada seguridad en salud global es que países del Norte Global, aparentemente mejor preparados para afrontar esta crisis, como el caso de la Unión Europea y Estados Unidos, hayan experimentado un impacto severo, particularmente en la denominada primera ola. De hecho, el Índice de Seguridad en Salud Global de 2019 (NTI, JHCHS, 2019) había clasificado a los Estados Unidos y Gran Bretaña como los mejor preparados para afrontar este tipo de crisis; por otra parte, el índice de Preparación para Epidemias había ubicado a Estados Unidos, Gran Bretaña, Italia, España, Francia y Alemania en el grupo de países también mejor preparados en relación con crisis epidémicas (Oppenheim et al., 2019). Las cifras de contagio y de mortalidad desvirtuaron completamente estos índices.

Tradicionalmente las prácticas discursivas en relación con la seguridad en salud global ponían el foco en los países del sur global considerados no solo responsables del inicio y propagación de enfermedades infecciosas, sino carentes de capacidades para controlarlas (Jones y Hameiri, 2021). La paradoja que surgió con la crisis de la covid-19 es que en los países del Norte Global la crisis no solo desvirtuó las predicciones de los expertos en cuanto a la preparación para afrontar este tipo de situaciones, sino que, en los casos de Italia y España, la crisis contribuyó significativamente a actualizar las representaciones apocalípticas de lo que se entiende por pandemia. La presencia de furgones militares cargados de féretros circulando por ciudades de Italia y España parecía indicar que las cosas iban francamente mal.

¿Por qué las predicciones habían fallado? Tratar de refugiarse detrás de discursos que dan cuenta de la excepcionalidad de la crisis no tiene mucho sentido. A raíz de la crisis de la gripe aviar o crisis del SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) del 2002, causada también por un coronavirus (SARS-CoV-1), la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó la Regulación de la Salud Internacional (RSI). Esta regulación definía las obligaciones de los estados nación en caso de un brote peligroso de una enfermedad transmisible. Esta revisión de la OMS permitía construir un sistema mundial de vigilancia y dotar de instrumentos a esta agencia de las Naciones Unidas para gestionar una variedad de posibles enfermedades infecciosas emergentes (Lakoff, 2015, 2021). Por lo menos, en términos formales, estaban sentadas las bases en el discurso de la seguridad en salud global para enfrentar esta crisis.

Para Lakoff (2021) el problema central se encontraba en la forma como los expertos definieron, en función de unas ciertas capacidades de los estados, fundamentalmente del Norte Global, tanto la idea de seguridad global en salud como los escenarios futuros de las crisis epidémicas. Consideraron que era posible extrapolar estas capacidades locales a nivel global. Lo que efectivamente ocurrió a nivel global poco tenía que ver con esas definiciones.

Por tanto, lo que ha puesto en evidencia la emergencia del virus ha sido la profunda dificultad que tenemos en este momento de producir un discurso medianamente consistente que dé inteligibilidad no solo a esta emergencia sino a las realidades que simultáneamente emergieron con la presencia del virus. Con el fin de ir superando esta dificultad consideramos que es importante tratar de realizar deconstrucción genealógica de los diferentes discursos que han dado cuenta de la crisis de la covid-19, a través de la idea de Michel Foucault de una historia

del presente. La idea es entonces problematizar lo contemporáneo a partir de una genealogía del presente, que no da por sentado lo actual, como es el caso del virus. En este caso se trata de comprender y deconstruir tanto lo novedoso del presente como las inercias discursivas del pasado que perviven en el presente (Castel, 2001, 2013).

El trabajo se dividirá en cinco secciones considerando cinco genealogías discursivas. En la primera sección se abordará el problema de la propia definición de pandemia, a partir de la crisis de la gripe A, gripe porcina o H1N1. En la segunda sección se reflexionará sobre el impacto que tuvo la gestión de la crisis del H1N1 en las representaciones y prácticas discursivas de la pandemia de covid-19. En la tercera sección se discutirán los marcos interpretativos y epistemológicos del gobierno de las crisis pandémicas en las sociedades del Norte Global. En la cuarta sección se reflexionará sobre el discurso de la (in)seguridad y sus dificultades pragmáticas en el gobierno de este tipo de crisis. En la quinta sección, finalmente, se discutirá el discurso de la salud global y sus implicaciones en esta crisis. A partir de estas genealogías discursivas plantearemos a manera de conclusión la idea de la crónica de un fracaso global, agravada por la irrupción de una nueva crisis, la guerra de Ucrania. Proponemos finalmente una reconstrucción crítica del discurso virus-céntrico, a partir de la idea de una espacialidad territorial y simbólicamente constituida organizada, configurada y materializada por múltiples tecnologías de significación, vinculadas bajo la figura de una red de actores propuesta por Bruno Latour.

## I. El discurso de la pandemia

En marzo del 2010 la Comisión de Asuntos Sociales, Sanitarios y Familiares del Consejo de Europa, elaboró un informe titulado *El manejo de la pandemia H1N1: más transparencia es necesaria* (Consejo de Europa, 2010). En este informe la Comisión expresaba su preocupación por la forma como se había gestionado la crisis del H1N1 (gripe A o gripe porcina), en términos de transparencia. Para el europarlamentario laborista Paul Flynn, que preparó el informe:

“Algunos de los resultados de la pandemia, como se ilustra en este informe, han sido dramáticos: distorsión de las prioridades de los servicios de salud pública en toda Europa, desperdicio de enormes sumas de dinero público, provocación de miedo injustificado entre los europeos, creación de riesgos para la salud a través de las vacunas y los medicamentos que podrían no haber sido suficientemente probados antes de ser autorizados en los procedimientos de vía rápida son todos ejemplos de estos resultados. Estos resultados deben ser críticamente examinados por las autoridades de salud pública en todos los niveles con miras a recuperar la confianza del público en sus decisiones” (Cohen y Carter, 2010, p. 1).

La Comisión consideró que no hubo debate público y que muchos hechos se habían presentado a la opinión pública con muy poca claridad. La Comisión puso especial acento en dos aspectos relacionados con la falta de transparencia. Por una parte, en relación con las razones



por la cuales la OMS declaró la crisis del H1N1 como una pandemia en junio de 2009; por otra parte, en relación con el conflicto de intereses de los expertos de la OMS que promovieron esta declaración. Al respecto del primer aspecto, el Comité expresó su preocupación sobre esta declaración por el supuesto cambio de la definición de influenza pandémica utilizado por la OMS, que incluía una disminución del umbral para su declaración: la pandemia podía declararse sin la necesidad de demostrar que fuese más grave, en términos de la gravedad de la enfermedad y de número de muertes provocadas. De hecho, el número de víctimas de H1N1 estuvo muy por debajo de las predicciones más conservadoras de la OMS (2011). Sobre el segundo aspecto, el Comité consideró que la declaración de pandemia se hizo bajo la presión de las compañías farmacéuticas que estaban interesadas en aumentar la demanda de sus vacunas. De hecho, científicos clave que asesoraron a la OMS sobre la pandemia habían realizado trabajos remunerados para empresas farmacéuticas que se podrían beneficiar de las recomendaciones propuestas por estos científicos.

Para Peter Doshi (2011) el problema fundamental fue que la definición de la OMS de pandemia provocada por el virus H1N1 solo tenía en cuenta “fases de alerta pandémica”<sup>1</sup>, y no una definición formal de “gripe pandémica”. Según Doshi, esta declaración de una pandemia de gripe o influenza solo da cuenta de una transmisión territorial del virus y carece de una definición de gripe o influenza pandémica, en términos de su severidad o impacto sobre la población. Este vacío significativo termina siendo llenado por imágenes apocalípticas de fenómenos infecciosos globales; por tanto, resulta apenas comprensible que la declaración de una pandemia genere bastante ansiedad y alarma social (Caduff, 2014).

Para el Comité el conflicto de intereses tenía que ver con la presencia de actores privados en la gobernanza de la OMS desde 1993. Desde esta fecha más actores globales, con sus respectivos intereses, privados en su gran mayoría, participan de esta arquitectura de la salud global (Waitzkin y Jasso-Aguilar, 2015; Basile, 2018). Esto ha determinado que la OMS, por una parte, haya perdido protagonismo, autoridad y legitimidad y, por otra parte, que también haya perdido el poder en la definición de los elementos y prioridades que dan cuenta de la salud global y, por tanto, sus intereses terminen contaminados por los intereses de estos nuevos actores.

Resulta bastante claro que una parte importante del contencioso planteado por la Comisión tuvo que ver con la definición de pandemia y sus consecuencias. En otras palabras, una pandemia por sí misma no porta un sentido en cuanto tal, no posee una cara significativa que debe ser descubierta. Todo lo contrario, como señala Foucault (2005, 2017) y Hall (2013), la definición es algo que se impone desde el afuera de la realidad, desde un lugar concreto que se asume como legitimado para imponer esa definición. Representamos el mundo en nuestra mente a través del lenguaje, más exactamente a través del discurso. Nada quedaría fuera del orden del discurso, del sentido o de la significación que atribuimos al mundo. El orden del discurso es una práctica que le imponemos al mundo. Por tanto, debemos tener presente que esta imposición discursiva procede de un lugar concreto de enunciación, un espacio epistémico discursivo (de

<sup>1</sup> La OMS desarrolló la idea de seis fases pandémicas del virus de la influenza en 1999, revisada en 2005 después de la gripe aviar. En la fase uno no hay virus circulante; en la fase dos el virus circula entre animales domésticos o salvajes y se sabe que ha causado infección en humanos; en la fase tres hay una transmisión muy limitada de persona a persona, generalmente por contacto muy estrecho; en la fase cuatro se considera que la transmisión persona a persona puede causar un brote comunitario; en la fase cinco se considera que en al menos dos países de una región de la OMS hay transmisión persona a persona; finalmente la fase seis se caracteriza por brotes a nivel comunitario en al menos otro país en una región diferente de la OMS. En esta fase se declarará que una pandemia mundial está en marcha (WHO, 2009).

saber/poder) desde el cual se introduce sentido a la realidad. Este lugar comporta las condiciones de poder, en términos de la capacidad de imponer un cierto discurso sobre la realidad. Toda sociedad desarrolla procedimientos con mayor o menor capacidad o eficacia para el control del discurso: su producción, selección, distribución, limitación y exclusión. Estos procedimientos están relacionados con marcos institucionales que tienen el poder de atribuir a estos discursos sus condiciones de verdad.

El problema con el que iniciamos esta discusión se sustancia entonces en el hecho de determinar el lugar de enunciación de los términos que definían el sentido de pandemia. Se sospechaba que tales términos respondían más a intereses de la industria farmacéutica que a intereses de salud pública global, que la OMS debería salvaguardar. De hecho, la OMS estaba legitimada para imponer tales términos de definición a la realidad de la crisis del H1N1. El punto central aquí es que, a partir de esta definición de pandemia, se imponen a la realidad toda una serie de prácticas discursivas que también comienzan a formar parte de esta definición. Y las consecuencias que se desprenden tampoco son ajenas a esta definición. De esto hablaremos en la siguiente sección.

## 2. Representaciones de la pandemia

Las representaciones iniciales de la crisis de la covid-19 en la Unión Europea estuvieron marcadas por las consecuencias que tuvo el debate sobre la definición de la pandemia de gripe A (H1N1). En su momento, algunos medios de comunicación dieron buena cuenta de estas consecuencias. En efecto, en abril de 2010 el diario británico *The Guardian* puso en evidencia que el gobierno británico había ordenado noventa millones de dosis de vacuna contra la gripe A, cuya distribución per cápita era la más elevada de Europa. La marcada reducción de los casos obligó al gobierno británico a cancelar buena parte de este pedido masivo de vacunas (Boseley, 2010). En España, en diciembre de 2010, el diario *El País* también denunció que las comunidades autónomas se habían visto obligadas a destruir seis millones de vacunas contra la gripe A que no se utilizaron por la marcada reducción de casos y por la resistencia de las personas a vacunarse. Estas vacunas costaron algo más de cuarenta millones de euros. El problema económico hubiese sido mayor si se hubiesen comprado los treinta y siete millones de vacunas programadas. Al final, solo se compraron unos trece millones de vacunas (De Benito, 2010). Finalmente, en enero de 2012 el diario francés *Le Monde* también denunció que el gobierno francés había gastado entre mil quinientos y dos mil millones de euros para vacunar a menos del 10% de la población. Sin embargo, el número de muertes atribuibles a la gripe A fue significativamente bajo. Para este diario francés la campaña contra la epidemia de gripe A había oscilado entre el exceso y el fiasco (Nunès, 2010).

De allí que, al comienzo de la crisis de la covid-19, particularmente durante el mes de enero de 2020, un exceso de celo parecía orientar los términos de definición de esta crisis. Al parecer, para los gobiernos de la Unión Europea la consigna era intentar no repetir los errores cometidos en la crisis del H1N1. Las siguientes palabras del Primer ministro Británico Boris Johnson por aquellas fechas parecen ilustrar esta situación:

“Solo repito el consejo del Oficial Jefe Médico. Creo que lo



mejor que podemos transmitir, que lo más valioso que todos podemos hacer para prevenir la propagación del coronavirus es lavarnos las manos con agua caliente y jabón durante veinte segundos o más. Este es el mejor consejo que podemos dar” (Protoc, 2020).

El discurso de los expertos apuntaba también en la misma dirección. A finales de enero de 2020, el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades reconoció que existía un alto nivel de incertidumbre en relación tanto con las características epidemiológicas del virus como con la evaluación de su riesgo (ECDC, 2020). En el caso de Francia, y a raíz de los primeros casos detectados en este país, los presidentes del Servicio de Asistencia Médica Urgente (SAMU), François Braun, y de la Asociación de Médicos de Urgencias (AMUF), Patrick Pelloux, quisieron tranquilizar a la población asegurando que “no servía de nada tener miedo” y que los “esquemas de organización en caso de riesgo epidémico están bien establecidos”. A su vez Aurélien Rousseau, director general de la Agencia Regional de Salud de Ile-de-France, aseguró que “El sistema está listo para hacer frente a esta situación” (Le Monde, 2020). En España, el discurso de algunos expertos en epidemiología y salud pública mantenía esta línea argumental (Guell, 2020): “Lo estamos siguiendo todo con gran interés, pero también con tranquilidad. Es muy poco probable que el nuevo virus llegue a ser un problema relevante en España”, comentaba el Jefe de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid; “la población tiene que tener un nivel de percepción de riesgo muy bajo”, afirmaba el Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias de Ministerio de Sanidad; “[lo recomendable es] adoptar aquí las medidas necesarias para estar preparados por si llega algún caso... Y estar tranquilos, porque nuestro sistema de salud pública y nuestros hospitales están sobradamente preparados para hacer frente a un episodio como éste”, señalaba el Jefe de Enfermedades infecciosas del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Un mes después en Italia la pandemia se desbordó (Giuffrida, 2020) y a comienzos de marzo la pandemia también se desbordaba en España (Valdés, 2020). Tanto en Italia como en España la crisis de la covid-19 había colapsado sus sistemas de salud, aparentemente robustos, generando imágenes de hospitales y unidades de cuidados intensivos saturados y de personal sanitario sin equipos de protección personal, o con equipos improvisados. Además, se publicaron noticias e imágenes de personas mayores infectadas por el virus y confinadas en residencias de mayores. Posteriormente muchas habían fallecido por el virus sin poder despedirse de sus familiares. Muchos fallecidos fueron apilados en ataúdes, transportados por camiones militares a tanatorios improvisados y enterrados o cremados, sin funerales ni velatorios:

“La conciencia en Bérgamo como en el resto del país [Italia], se habría materializado unas horas después, en la noche del 18 de marzo de 2020, frente a los camiones del ejército que desfilaban en un silencio irreal desde el cementerio hasta la carretera para transportar a los crematorios de otras regiones los ataúdes de los bergamascos muertos por el virus, para los que no había lugar en el cementerio de la ciudad” (Matarese, 2020).

“Hasta hace un mes había clases de patinaje y partidos de hockey, pero desde el 23 de marzo solo hay féretros sobre los mil ochocientos metros cuadrados que ocupa la pista del Palacio de Hielo [Madrid], un gigantesco centro comercial y de ocio reconvertido en morgue por la crisis del coronavirus. Los muertos llegan por las noches en las furgonetas de la Unidad Militar de Emergencias (UME) y van saliendo a cuentagotas a lo largo del día, en función de la capacidad de las empresas funerarias, que nunca habían tenido tantos encargos” (Olmo, 2020).

Estas prácticas discursivas, que ilustran los casos de Italia y España al comienzo de la pandemia, comenzaron a formar parte de la definición de la pandemia de la covid-19 (Espinel Vallejo). Al margen de que la OMS caracterizase la covid-19 como pandemia en marzo de 2020 (WHO, 2020), el marco discursivo que caracterizó esta crisis en sus comienzos tuvo que ver precisamente con las imágenes y los relatos que se generaron en estos casos: países del Norte Global, con sistemas de salud aparentemente robustos, habían sido desbordados por la pandemia, en términos del número de casos y de muertes (Montesó-Curto et al., 2020; The Economist, 2020). Estas imágenes y sus relatos nos remitían a visiones de catástrofes biológicas, personificadas por la devastadora pandemia de la covid-19 en estos países. Como nos recuerda Coduff (2014) estas visiones dramáticas ponían en evidencia el fracaso de los programas de salud pública para controlar al virus, las ansiedades que generaba un mundo sin fronteras, y las obsesiones por mundos lejanos y exóticos como fue el caso de Wuhan, lugar donde comenzó la crisis. Los camiones militares que transportaban cadáveres y las calles vacías por el confinamiento pusieron la guinda al pastel apocalíptico.

### 3. El discurso sobre el gobierno de la pandemia

Para Collier y Lakoff (2015) los marcos interpretativos y epistémicos de la crisis de la covid-19 han tenido como referencia la forma como los gobiernos de las sociedades liberales de occidente, particularmente de Europa Occidental, han tratado de garantizar la seguridad del estado frente a amenazas interiores y exteriores. El crecimiento de las ciudades europeas durante los siglos XVIII y XIX planteó amenazas relacionadas con la escasez de alimentos, las epidemias y las propias consecuencias de la industrialización, como el desempleo, la pobreza y los accidentes de trabajo (Ewald, 1999; Foucault, 2008). El miedo social a estas amenazas hizo que la idea de seguridad se convirtiera entonces en una tecnología para gobernar estos riesgos y amenazas (Ewald, 1991). Por su importancia discursiva, en esta sección nos centraremos específicamente en el gobierno de las epidemias y de las infraestructuras vitales que surgieron como consecuencia de la expansión del industrialismo.

En relación con las epidemias, desde fines de la Edad Media existía en los países de Europa Occidental una especie de *reglamento de urgencia* que debía ser aplicado en caso de peste o de algún fenómeno semejante. Este *reglamento* consistía en técnicas de aislamiento (cuarentenas), de vigilancia y de desinfección. A partir del siglo XVIII la viruela, la variolización y la vacunación



asumieron el papel de la peste, en términos del discurso del control y la seguridad (Foucault, 1999, 2008). Por otra parte, tomando como referencia las epidemias de cólera en Londres en el siglo XIX, para los liberales británicos estas técnicas restrictivas impedían la libre circulación de personas y bienes y, por tanto, representaban una vulneración de la libertad (Osborne, 1996). No nos debemos extrañar entonces que las primeras prácticas discursivas que se establecieron para el control de la pandemia en las sociedades del Norte Global, particularmente europeas, estaban vinculadas significativamente con el control de la población (restricciones, confinamientos, limitaciones de la movilidad, utilización de mascarillas, utilización de geles desinfectantes, etcétera) y con las tensiones que generaron estas medidas sobre la economía y el funcionamiento de los mercados en el espacio europeo.

En este contexto, el confinamiento y la vacunación se convirtieron en las medidas más importantes para *la lucha contra el virus*. En marzo de 2020, cerca de la mitad de la población europea, es decir, más de doscientos cincuenta millones de personas, estaban confinadas. Más que el propio virus, el confinamiento se constituyó en uno de los significantes más representativo en las sociedades europeas del Norte Global en relación de la crisis de la covid-19. Parecían épocas pasadas, inimaginables; eran las restricciones más severas impuestas a estas sociedades desde de la Segunda Guerra Mundial (Henley, 2021). En su momento, se compararon las medidas de confinamiento liberales implementadas en las sociedades de Europa occidental con las medidas *autoritarias* de países asiáticos como Corea del Sur, Singapur, China o Taiwán. En el caso de China se argumentaron las bondades de *su estado policial digital* como un modelo de éxito contra la pandemia, en contraposición con las libertades individuales pregonadas por los liberales europeos, que no habían permitido contener la pandemia (Wintour, 2020).

Dos años después, este debate quedó orillado a raíz exitosa de las políticas de vacunación en la Unión Europea, especialmente si se las contrastaba con el rebrote de casos en Shanghái. Este rebrote obligó a que se confinaran más de veinticinco millones de personas en abril de 2022, cuando más de noventa y dos millones de ciudadanos chinos de sesenta y cinco años o más no habían recibido aún las tres dosis de vacunas; más de veinte millones de personas de ochenta años no estaban vacunados o tenían solo una dosis y, finalmente, las vacunas chinas administradas habían resultado menos efectivas (Ni, 2022a, 2022b).

En relación con las vacunas, Collier y Lakoff nos recuerdan que, a finales del siglo XX las prácticas discursivas vinculadas al gobierno de las amenazas de los países del Norte Global, basadas en la Guerra Fría, se orientaron a enfrentar otro tipo de problema: desastres naturales, terrorismo nacional, enfermedades pandémicas o guerras cibernéticas. Las profundas transformaciones medio ambientales, la migración de personas y animales, la generalización de antibióticos, los accidentes en laboratorios especializados o el bioterrorismo generaban escenarios inéditos hasta el momento en relación con las enfermedades infecciosas: la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas, el rebrote de infecciones que se consideraban controladas, la resistencia a los tratamientos habituales de infecciones conocidas. La producción de vacunas y la vacunación de la población contra virus nuevos o conocidos, como el caso del virus de la viruela, que podía ser utilizado como arma biológica o podía expandirse entre población no vacunada, como resultado de accidentes en laboratorios especializados, se convirtió en una de las principales tecnologías de gobierno para control de este tipo de amenazas en los estados del Norte Global (Caduff, 2014). Por esto no es

de extrañar que la mayoría de los fondos empleados en la investigación y desarrollo de las vacunas contra la covid-19 provengan en su gran mayoría (95%) de recursos públicos provenientes de los respectivos estados (Hoecklin, 2021).

Para Collier y Lakoff la expansión del industrialismo promovió el desarrollo de infraestructuras vitales interconectadas (carreteras, vías férreas, sistemas de acueducto y alcantarillado, sistemas eléctricos, puertos, etcétera) que dieron soporte material al industrialismo, a los modos de vida y convivencia de la población. El problema que emergió fue que estas infraestructuras se volvieron vulnerables a eventos repentinos y catastróficos (terremotos, epidemias, volcanes, tsunamis, etcétera) incluyendo los conflictos armados internos o externos. Durante la Primera y la Segunda Guerras Mundiales, tanto en Europa como en Estados Unidos la protección de estas infraestructuras vitales se convirtió en un aspecto central de la seguridad, particularmente para planificadores y estrategias militares. De esta forma el discurso militar y de la guerra comenzó a formar parte del gobierno de las amenazas y de los riesgos, especialmente de las infraestructuras vitales. Esta forma de representar y hacer inteligible los riesgos y amenazas se intensificó posteriormente con la Guerra Fría y, después de la caída del Muro de Berlín, con la guerra contra el terrorismo. Este contexto explica en buena medida que la metáfora de la guerra, relacionado con la idea de un *enemigo exterior*, comenzara a formar parte de las prácticas discursivas de los gobiernos para dar inteligibilidad tanto a las amenazas del virus como a estas medidas empleadas para controlarlo.

La metáfora de la guerra, en el contexto de la pandemia, permitió establecer un marco mental de excepcionalidad, a partir del cual las sociedades liberales podían tomar medidas excepcionales para librar una *guerra contra el virus*. Las democracias liberales de Europa Occidental tienen poca capacidad para desarrollar políticas intervencionistas en caso de emergencias o situaciones imprevistas; por tanto, la metáfora de la guerra permitía construir un escenario de excepcionalidad para que los gobiernos liberales pudiesen acceder temporalmente a poderes extraordinarios para poder enfrentar y controlar estas situaciones (Schmitt, 2005). El siguiente discurso pronunciado por el presidente francés Emmanuel Macron el 26 de marzo de 2020, hablando precisamente en un hospital de campaña en la ciudad de Mulhouse, condensa todo lo anteriormente señalado:

“Cuando comenzamos una guerra, tomamos parte en ella enteramente. Nos movilizamos como una unidad. Veo en nuestro país elementos de división, de duda... todos aquellos que el día de hoy le gustaría fracturar al país cuando debemos tener una única obsesión: estar unidos para luchar contra el virus. Apelo a esta unidad y a este compromiso. El compromiso que yo le hago esta noche a los trabajadores de la salud y a toda la nación es que, al final de esta crisis, un plan de inversión masiva y una mejora a todas las carreras profesionales será implementado en todo nuestro sistema hospitalario. Esto es lo que le debemos a ellos, esto es lo que le debemos a la nación” (The Guardian, 2020).



#### 4. El discurso de la (in)seguridad

Como señalamos anteriormente, el discurso de los expertos, en términos de predicciones relacionadas con la crisis de la covid-19, había resultado cuanto menos desafortunado. Como señala Austin (1990) refiriéndose a las consecuencias pragmáticas de este tipo de expresiones lingüísticas realizativas *todo lo que podía salir mal había salido mal*. Al respecto, el titular del diario digital *Huffingtonpost* en su edición italiana del 18 de marzo de 2020, en relación con la circulación de camiones militares cargados de féretros en la ciudad de Bérgamo, es bastante ilustrativo: “Crónica de un día inconcluso. La apelación de Gori, el shock de Garattini: cuando Italia se dio cuenta de que no todo iría bien” (Matarese, 2020).

La intencionalidad de los expertos y de los políticos de no generar alarma social en relación con la crisis de la covid-19, con el fin de no repetir la experiencia de la crisis del H1N1, fue dramáticamente desvirtuada por los acontecimientos, especialmente en los casos de Italia y España: hospitales desbordados y sanitarios sin equipos de protección; escasos ventiladores y equipos de protección como mascarillas; familiares que no se podían despedir de sus seres queridos ingresados por covid-19 y que fallecían; ciudades vacías o recorridas por personajes fantasmagóricos con *atuendos especiales*; ataúdes transportados por camiones militares; saturación de tanatorios y funerarias; entierros sin velorios, etcétera.

¿Cómo explicar esta especie de disonancia pragmática entre el discurso de los expertos y los discursos generados por la experiencia de la crisis de la covid-19? En términos generales, mucho de lo que se ha dicho en relación con las epidemias ha estado organizado discursivamente por lo que podemos denominar el discurso experto. Este tipo de discurso se ha impuesto bajo el rótulo de la objetividad y la verdad científica, especialmente desde la segunda mitad del siglo XIX y desde el denominado Norte Global. Esta situación refleja, por una parte, la necesidad que tiene el discurso científico de consolidar su autoridad epistémica y afirmar su legitimidad y, por otra parte, también refleja la necesidad de los gobiernos de legitimar su autoridad y sus acciones de gobierno, parapetándolas detrás del discurso científico (Caduff, 2014). El discurso de la Ciencia, en cuanto autoridad epistémica, ha sido utilizado como parte fundamental de las denominadas tecnologías de gobierno, tal y como lo señalamos en el apartado anterior, bajo la figura de la seguridad (Ewald, 1991, 1999). Además, la idea de prevención emergió junto con la idea de seguridad: podemos evitar la materialización de riesgos en el futuro actuando preventivamente en el presente. El discurso de la prevención presupone un control técnico de la realidad, a través de una posible comprensión estadística de los riesgos. El problema desde entonces no era eliminar los riesgos ni garantizar la seguridad plena sino reducir la probabilidad de que se materialicen los riesgos, a través de las acciones técnicas del gobierno (Ewald, 1999; Beck, 1998). El discurso de la seguridad y de los riesgos es un discurso probabilístico. Muchas de estas acciones se basaban en eventos previos, medibles en términos probabilísticos a través de tablas actuariales. Cada evento se desagregaba en factores medibles (factores de riesgo), supuestamente controlables, sobre los que se podía intervenir.

El problema surge cuando no tenemos antecedentes claros, tenemos pocos conocimientos como para realizar un cálculo de probabilidad o cuando las opiniones de los expertos son diversas, contradictoria o conflictiva (Ericson y Doyle, 2004). En relación con los riesgos o amenazas el

dilema que surge es el siguiente. Si se niega un vínculo causal cuando las evidencias no son concluyentes, puede significar ocultar esas evidencias o negar su existencia. Si se acepta el probable vínculo se puede generar una alarma social, sobre todo entre aquellos que se sienten afectados. En estas condiciones el discurso de la seguridad puede resultar incomprensible para la gente común y corriente. De allí que un cierto sentimiento de desconfianza e incertidumbre termine invadiendo buena parte de la opinión pública.

En términos puramente discursivos, la disonancia pragmática surge entonces precisamente cuando los contenidos proposicionales de las prácticas discursivas sobre la seguridad terminan desvirtuados, es decir, cuando tratan de garantizar aquello que no se puede garantizar. Los discursos pronunciados por los expertos a comienzos de la crisis, y que pretendían transmitir tranquilidad y no alarmar a la población, quedaron completamente desvirtuados unas pocas semanas después. Esto se debe a que, como señalamos anteriormente, el discurso de la seguridad es el discurso de la probabilidad para dar cuenta del mundo y de lo que en él ocurre. Como señalan Beck y Caduff, la probabilidad estadística, más que certezas o certidumbres, incluye permanente y necesariamente escenarios de incertidumbre, desconocimiento e ininteligibilidad. Las condiciones de posibilidad de un discurso de la seguridad se basan precisamente en la inseguridad, es decir, en la falta de garantías de seguridad plena. Por tanto, cualquier discurso de la seguridad, en términos pragmáticos, es un discurso inherentemente infeliz o no satisfactorio. Esto quiere decir que, en términos de consecuencias, sus contenidos proposicionales no necesariamente se cumplen.

La construcción entonces de escenarios de plausibilidad, en términos de seguridad, es para Caduff un teatro de sombras, donde la ficción y la realidad se mezclan continuamente. La consecuencia de esto es que un escenario plausible puede generar las condiciones para un escenario no plausible o inesperado. El hecho de generar un escenario de tranquilidad, de confianza en el sistema de salud y de seguridad en relación con el nuevo virus, con el fin de no repetir los errores de la crisis del H1N1, generó a su vez las condiciones para el *desbordamiento* de la pandemia, en los casos inicialmente de Italia y posteriormente de España. Seguir la vida *normal* en ese momento, como se desprendía de los contenidos proposiciones de los discursos de los expertos, significaba en términos pragmáticos en ese momento, generar las condiciones para uno de los peores sino el peor escenario posible, en relación con la covid-19: *todo lo que podía salir mal efectivamente había salido mal*.

## 5. El discurso de la salud global y la pandemia

El discurso sobre las enfermedades infecciosas se construyó en Europa durante el siglo XIX, a partir de la colonización de África y Asia. De allí que las primeras legislaciones sobre el control de las enfermedades infecciosas y las organizaciones encargadas de su control se hayan generado durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad de siglo XX, en plena expansión de los procesos coloniales. En efecto, entre 1851 y 1951 se organizó la Conferencia Sanitaria internacional (1851), y se crearon la Oficina Sanitaria Panamericana (1902), la Oficina Internacional de Higiene Pública (1907), la Organización de Salud de la Liga de Naciones (1923) y la Organización Mundial de la Salud (1948) (Fidler, 2001).



Las legislaciones y las organizaciones encargadas del control de las enfermedades infecciosas se han venido actualizando a lo largo del siglo XX y de lo que va del siglo XXI, manteniendo sus significantes coloniales, aunque travestidos por el discurso del desarrollo y de la cooperación, a través de las denominada salud internacional y salud global (Basile, 2018). La emergencia de las denominadas enfermedades zoonóticas, siendo la covid-19 un ejemplo al respecto mantiene los discursos coloniales porque se las sigue asociando a selvas tropicales o lugares exóticos, donde sus habitantes mantienen costumbres y prácticas tradicionales vinculadas a la falta de higiene y a la convivencia estrecha con animales (Keck y Lynteris, 2018).

A partir de la segunda mitad del siglo XX aparece la denominada salud global como un entramado de instituciones transnacionales que fueron reemplazando las relaciones entre países, muchas de ellas construidas en condiciones coloniales y neocoloniales, que dieron cuenta en su momento de la salud internacional. La OMS, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, los Bancos de Desarrollo, la Fundaciones privadas bajo la figura del filantropocapitalismo, el Fondo Global, las grandes corporaciones farmacéuticas y del aseguramiento privado, entre otras, dan cuenta de este entramado. Por tanto, las decisiones sobre la salud global son el resultado de la forma como se materializan los intereses cruzados, antagónicos o convergentes de estas organizaciones. Además, en la medida en que el discurso biomédico genera importantes consensos en este entramado, fundamentalmente por razones económicas, tanto las investigaciones como las políticas de estas instituciones de salud global reflejan la hegemonía biomédica, en términos de intereses biotecnológicos y farmacéuticos (Waitzkin y Jasso-Aguilar, 2015; Basile, 2018; Birn y Richter, 2018; Adams et al., 2019).

El cruce entre prácticas discursivas coloniales y neocoloniales, intereses económicos corporativos, hegemonía del discurso biomédico (biotecnológico y farmacológico) y debilitamiento institucional de la OMS da buena cuenta de la incapacidad de este tipo de salud global para dar respuesta a la crisis de la covid-19. Al menos tres situaciones ejemplifican esta incapacidad: las severas limitaciones de seguridad en salud global, la escasez global de equipos de protección personal (EPP) y la inequidad de la vacunación a nivel global.

En primer lugar, la debilidad de la seguridad en salud global tiene que ver con la forma como se ha constituido la salud global. La Regulación en Salud Internacional (creada por la OMS en 1951 como Regulación Sanitaria Internacional), aunque fue pensada inicialmente para manejar este tipo de crisis sanitarias, solo se planteó en serio la seguridad en salud global en 2005, a raíz de la crisis del SARS producida por un episodio zoonótico que incluía un coronavirus (SARS-Cov-1). A partir de este momento: 1) la OMS asume el papel de coordinar las acciones tendientes al control de las enfermedades; 2) se ve la salud global más en relación con emergencias de salud pública globales que con problemas infecciosos; 3) se reclama a los países la necesidad de desarrollar capacidades para la detección y manejo de amenazas para la salud (Lakoff, 2021). La debilidad de la OMS, dentro de un entramado de intereses corporativos privados, y el debilitamiento de las políticas de salud pública y de las capacidades para la detección y manejo de amenazas para la salud en la mayoría de los países, como resultado de la persistencia de prácticas discursivas coloniales y neocoloniales, neoliberales, corporativas, biotecnológicas y farmacológicas han determinado que esta Regulación en Salud Internacional resulte ineficaz (Jones, Hameiri, 2021).

En segundo lugar, para comprender la escasez de EPP hay que tener presente que el mercado de los EPP movió en 2018 cerca de 2,5 billones dólares (algo más de dos mil millones de euros). Los mayores productores son China, Indonesia, Malasia y Tailandia. Aunque Alemania produce EPP, buena parte de los países de la Unión Europea dependen de los mercados asiáticos. Estados Unidos importa el 90% de los EPP fundamentalmente de China. En términos de producción y distribución de EPP China ocupa un lugar central, de tal manera que una disrupción de su producción y distribución tiene importantes efectos globales. Muchas de las empresas que fabrica EPP son pequeñas y medianas empresas que se dedicaron a suplir las demandas del mercado chino al comienzo de la crisis. Esto afectó notablemente el abastecimiento de EPP a nivel global (Park et al., 2020).

En este contexto, varios factores explican la escasez de EPP: el aumento de la demanda de estos productos (cien veces más alta que lo normal), el aumento desproporcionado de sus costes (hasta veinte veces el precio normal en el mercado), la acumulación y la especulación en determinados países y mercados, la desregulación de los mercados, la organización de cadenas de distribución global dependientes del mejor postor, y la deslocalización de la producción (Boseley, 2020; Park et al., 2020). En otras palabras, el acceso global a equipos vitales dependió de mercados desregulados, deslocalizados y especulativos propios de neoliberalismo. Los siguientes casos ilustran bastante bien cómo funcionaron estos mercados en los momentos más críticos (Wilsher et al., 2020). Uno de los casos tuvo que ver con un avión en el aeropuerto de Shanghái que estaba listo para despegar para Francia. Antes del despegue aparecieron compradores estadounidenses que les arrebataron el envío a sus homólogos franceses al ofrecer el triple de lo que éstos ofrecieron. El otro caso tuvo que ver con las denuncias del ministro de Sanidad de Brasil en relación con las compras de EPP en China para abastecer el Sistema de Salud de Brasil; estas compras fracasaron cuando el gobierno estadounidense envió veintitrés de sus aviones de carga más grandes a China para recoger el material que había adquirido Brasil.

La preeminencia de la racionalidad biotecnológica y farmacológica en el discurso de la salud global ha revitalizado la metáfora de la *bala mágica* o *medicamento mágico* como estrategia para enfrentar este tipo de crisis sanitaria (Adams et al., 2019). Las vacunas y los antirretrovirales terminaron convirtiéndose en la estrategia central de la lucha contra la covid-19, en términos de la reducción de hospitalizaciones y muertes (Bhattacharjee et al., 2021). Resulta evidente que la preeminencia de este tipo de discurso beneficia en lo fundamental a las grandes corporaciones biotecnológicas y farmacológicas. En efecto, los beneficios de las principales empresas farmacéuticas productoras de vacunas (Pfizer/BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson, AstraZeneca) pudieron superar fácilmente los cincuenta billones de dólares en el año 2021 (Kollewe, 2021). En términos de vacunación estos beneficios se traducen en que más del 75% de la población del Norte Global ha recibido el protocolo completo de vacunación (con la excepción de Estados Unidos que el 67% de la población lo ha recibido) y solo el 20% de la población con ingresos más bajos del sur global ha recibido solo una dosis de la vacuna a julio de 2022 (Our World in Data, 2022). Finalmente, a pesar de los acuerdos en la Organización Mundial del Comercio para tratar de garantizar la producción y distribución de vacunas sin las limitaciones que imponen las patentes o derechos de propiedad (OMC, 2022), su alcance seguirá siendo muy limitado (Basile y Feo, 2022).



## Conclusión

El discurso de un mundo postpandemia puede considerarse, desde el punto de vista de su performatividad lingüística, como un discurso infeliz. En otras palabras, los marcos epistémicos e interpretativos desde los cuales construimos los discursos que pretendían dar inteligibilidad a la crisis de la covid-19 no lograron lo que pretendían: garantizar la seguridad de la población. Las experiencias previas relacionadas con la crisis del H1N1 agravaron esta situación. Las predicciones de los expertos se vieron desvirtuadas, particularmente en los países del Norte Global. Los propios índices que ubicaban a estos países en las mejores condiciones para enfrentar este tipo de amenazas fueron también desvirtuados por las cifras de contagio y mortalidad (Konstantinou et al., 2022). Todo lo que podía salir mal finalmente salió mal. Inclusive el análisis crítico de este fracaso ha quedado aparcado por una nueva crisis: en conflicto bélico en Ucrania y sus consecuencia energéticas, financieras y alimentarias (Naciones Unidas, 2022).

La problematización de las genealogías discursivas relacionadas con la crisis de la covid-19 permitieron poner en evidencia las grandes dificultades que tenemos actualmente para construir un discurso que dé inteligibilidad a este tipo de crisis sobre todo desde una perspectiva global. Ni siquiera el propio discurso sobre la idea de pandemia pudo capturar la complejidad de la crisis. Más aún, las consecuencias del debate sobre la propia idea de pandemia en relación con la crisis del H1N1 pudieron ser responsables no solo de las representaciones sino de la propia gestión de la crisis. Viejos discursos relacionados con el confinamiento (cuarentena), la higiene pública y las vacunas siguen perviviendo en el gobierno de este tipo de crisis. A pesar de los avances en la microbiología, los virus siguen siendo representados como enemigos externos, malos y feos, por utilizar la expresión de Carl Schmitt, sobre los que hay que librar una guerra sin cuartel. El discurso sobre la seguridad, pragmáticamente hablando, sigue siendo un discurso desafortunado. A pesar de haber invocado en muchas ocasiones la tranquilidad y la seguridad en las competencias de los estados para enfrentar estas crisis, por lo menos en los casos de España e Italia tal tranquilidad y seguridad abonaron el terreno para la denominada primera ola. Independientemente de la voz de los expertos, las imágenes transmitidas de la crisis en Italia y España actualizaron las representaciones apocalípticas y distópicas de este tipo de crisis, junto con los miedos e incertidumbres asociados. La arquitectura de la salud global también se vio desbordada, mostrando la debilidad de la OMS en medio de un entramado de agencias y corporaciones cuyos intereses apuntan más a lo económico que a la salud global. A pesar del éxito de las vacunas, particularmente en el Norte Global, un capitalismo de desastre, por utilizar término acuñado por Noemi Klein (2007), representado por los grandes beneficios de las empresas farmacéuticas y por los mercados desregulados y deslocalizados de productos sensible como los equipos de protección personal, emergió casi con tanta fuerza como la propia crisis. Para este capitalismo del desastre la performatividad lingüística de la pandemia fue feliz, es decir, lograron lo que pretendía: aumentar significativamente sus beneficios.

¿Qué hacer en un *mundo postpandémico* en medio de esta crónica de fracaso global? Evidentemente la respuesta no es fácil. Sin embargo, la deconstrucción crítica de estas genealogías parece apuntar hacia la necesidad de reconstruir discursos menos *virus-céntrico* y más orientado a una espacialidad territorial y simbólicamente constituida (Van Loon, 2005) organizada, configurada y materializada por múltiples tecnologías de significación vinculadas bajo la figura de una red de

actores (Latour, 2005).

Por una parte, el discurso *virus-céntrico* ha tenido como referencia genealógica inicial el episodio global de influenza en 1918, conocido como “gripe española”, y que fue caracterizado en su momento como devastador, excepcional y severo (Doshi, 2011) y, además, requiere de tecnologías de la significación (Van Loon, 2002; Foucault, 2005) que dé cuenta discursivamente de su visibilidad (en cuanto existencia), de su identificación (en cuanto diagnóstico), de su fluidez (en cuanto contagio) y de su virulencia (en cuanto enfermedad). Estas tecnologías de significación dan preeminencia al discurso biotecnológico y biomédico con las consecuencias arriba señaladas.

Por otra parte, el discurso sobre una espacialidad territorial y simbólicamente constituida bajo la forma de una red de actores humanos y no humanos, pone en evidencia que el virus es solo un eslabón más de esta red: OMS, OPS, Unión Europea, industria farmacéutica (Moderna, Pfizer), Centros de Control de Enfermedades Infecciosas (CDC, ECDC), institutos de investigación (KOCH, Pasteur, National Institute of Health), Ministerios de Sanidad, centros de salud pública y epidemiología nacionales y locales, personal sanitario, mascarillas, equipos de protección, ventiladores, geles desinfectantes, agencias financieras, mercados internacionales, agencias de importación y exportación, mercados de animales, murciélagos, pangolines, medios de comunicación, vacunas, políticos negacionistas, movimiento antivacunas, etcétera.

Adicionalmente, debemos comprender que la red no es algo estático si no se comporta como un *sistema de flujos que circulan por la red*. Toda esta compleja red de relaciones, articulaciones y los flujos que circulan por esta red emerge por la presencia del virus. Lo que hace el virus es poner en evidencias la relaciones de poder (saber/poder) que dan cuenta de la forma como se configuran estas relaciones, articulaciones y flujos. Más que el virus son estas relaciones de poder las que dan cuenta de las vulnerabilidades que experimentamos por la crisis de la covid-19. Todo parece indicar que las nuevas prácticas discursivas en relación con este tipo de crisis deberían apuntar en este sentido. ●

## Referencias

- Adams, V., Behague, D., Caduff, C., Löwy, I. y Ortega, F. (2019). Re-imagining global health through social medicine. *Global public health*, 1-18.
- Austin, J. (1990). *Cómo Hacer cosas con palabras*. Paidós.
- Basile, G. (2008). *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico*. CLACSO.
- Basile, G. y Feo, O. (2022). *Las 3 “D” de las Vacunas de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación*. CLACSO.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Bhattacharjee, A., Saha, M., Halder, A., Debnath, A. y Mukherjee, O. (2021). Therapeutics and vaccines: strengthening our fight against the global pandemic COVID-19. *Current Microbiology*, 78 (2), 435-448.
- Birn, A. y Richter, J. (2018). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*, 11 (3), 135-152.
- Boseley, S. (06.04.2010). Government cancels swine flu vaccine order. Department of health has struck a deal with drug giant GlaxoSmithKline to cancel part of its massive order for swine flu vaccine, it emerged today. *The Guardian*.
- Boseley, S. (07.02.2020). WHO warns of global shortage of face masks and protective suits. *The Guardian*
- Caduff, C. (2014). On the verge of death: visions of biological vulnerability. *Annual Review of Anthropology*, 43, 105-121.
- Castel, R. (2001). Presente y genealogía del presente. Una aproximación no evolucionista al cambio social. *Archipiélago*, 47, 67-75.
- Castel, R. (2013). Michel Foucault y la historia del presente. *Conciencia social: anuario de didáctica de la geografía, la*



- historia y las ciencias sociales, (17), 93-100.
- Cohen, D. y Carter, P. (2010). WHO and the pandemic flu “conspiracies”. *British Medical Journal*, 340. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2912>
- Collier, S. y Lakoff, A. (2008). The problem of securing health. En Collier, S. y Lakoff, A. (Eds.). *Biosecurity Interventions Global Health and Security in Question* (pp. 7-32). Columbia University Press.
- Collier, S.J. y Lakoff, A. (2015). Vital systems security: Reflexive biopolitics and the government of emergency. *Theory, Culture & Society*, 32 (2), 19-51.
- Consejo de Europa (2010). *The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed*. Social, Health and Family Affairs Committee. Recuperado de: [https://assembly.coe.int/CommitteeDocs/2010/20100329\\_MemorandumPandemie\\_E.pdf](https://assembly.coe.int/CommitteeDocs/2010/20100329_MemorandumPandemie_E.pdf) (27.07.2022).
- De Benito, E. (11.12.2010) España ha destruido seis millones de vacunas contra la gripe A. Los fármacos eliminados ahora costaron más de 40 millones de euros. *El País*.
- Doshi, P. (2011). The elusive definition of pandemic influenza. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 532-538.
- ECDC (22.01.2020). Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, Wuhan, China. RAPID RISK ASSESSMENT. First update. Recuperado de: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk-assessment-pneumonia-Wuhan-China-22-Jan-2020.pdf> (27.07.2022)
- Ericson, R. y Doyle, A. (2004). *Uncertain business. Risk, insurance and the limits of knowledge*. University of Toronto Press.
- Ewald, F. (1991). Insurance and risk. En Burchell, G., Gordon, C. y Miler, P. *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 197-210). The University of Chicago Press.
- Ewald, F. (1999). The return of the crafty genius: An outline of philosophy of precaution. *Connecticut Insurance Law Journal*, 6 (1), 47-80.
- Fidler, D.P. (2001). The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 842-849.
- Foucault, M. (2005). *El orden del discurso*, Tusquets.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, Territorio y Población*. Akal
- Foucault, M. (2017). *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa
- Foucault, M. (1999) *Estrategias de poder*. Paidós
- Giuffrida, A. (17.03.2020). “This is like a war”: view from Italy’s coronavirus frontline. *The Guardian*.
- Guell, O. (25.01.2020). Los hospitales españoles se anticipan a la llegada del coronavirus. *El País*.
- Hall, S., Evans, J. y Nixon, S. (Eds.) (2013). *Representation*. Sage, Open University.
- Henley, J. (21.03.2021). A once-in-a-generation event”: lessons from a year of lockdown in Europe. *The Guardian*.
- Hoekliin, M. (2021). €93 Billion Spent By Public Sector On COVID Vaccines and Therapeutics in 11 Months, Research Finds” Health Policy Watch. Recuperado de: <https://healthpolicy-watch.news/81038-2/> (27.07.2022).
- Jones, L. y Hameiri, S. (2021). COVID-19 and the failure of the neoliberal regulatory state, *Review of International Political Economy*.
- Keck, F., y Lynteris, C. (2018). Zoonosis: prospects and challenges for medical anthropology. *Medicine Anthropology Theory*, 5 (3), 1-14.
- Kellewe, J. (19.06.2021) Covid jabs for billions of humans will earn their makers billions of dollars. We look at the drug firms – led by Pfizer and Moderna – that are set to profit most in an unprecedented global vaccination drive. *The Guardian*.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock. El Auge Del Capitalismo Del Desastre*. Paidós.
- Konstantinou, G., Cameletti, M., Gómez-Rubio, V., León Gómez, I., Pirani, M., Baio, G., Larrauri, A., Riou, J., Egger, M., Vineis, P. y Blangiardo, M. (2022). Regional excess mortality during the 2020 COVID-19 pandemic in five European countries. *Nature communications*, 13 (1), 1-11.
- Lakoff, A. (2015). Global health security and the pathogenic imaginary. Jasanoff, S. y Kim, S. (Eds.). *Dreamscapes of modernity: Sociotechnical imaginaries and the fabrication of power*, (pp. 300-320). Chicago University Press.
- Lakoff, A. (2021). Preparedness indicators: measuring the condition of Global Health security. *Sociologica*, 15 (3), 25-43.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.
- Le Monde (24.01.2020). Coronavirus: un troisième cas d’infection confirmé en France. *Le Monde*.
- Matarese, L. (18.03.2020). Bergamo, 18 marzo 2020. Cronaca di un giorno non ancora finito. *Huffingtonpost*.
- Montesó-Curto P., Sánchez-Montesó, L., Maramao, F. y Toussaint, L. (2020). Coping with the COVID-19 Pandemic in Italy and Spain: Lessons in Response Urgency. *Journal of Global Health*, 10 (2).
- Naciones Unidas (2022). Global Impact of war in Ukraine on food, energy and finance systems. Recuperado de: <https://news.un.org/pages/wp-content/uploads/2022/04/UN-GCRG-Brief-1.pdf> (27.08.2022).
- Ni, V. (05.04.2022a). Shanghai puts whole city on lockdown as Covid cases surge. *The Guardian*
- Ni, V. (17.04.2022b). Shanghai’s lockdown protests reveal tensions over zero-Covid. *The Guardian*.
- NTI, JHCHS. (2019). *Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability*. Recuperado de: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf> (30.07.2022).
- Nunès, E. (04.01.2010). Une grippe à 2 milliards d’euros. *Le Monde*.
- Olmo, J. (02.04.2020). 400 ataúdes en islotes de plástico sobre el hielo: “Las máquinas de frío están a tope”. *El Confidencial*
- Oppenheim, B., Gallivan, M., Madhav, N.K., Brown, N., Serhiyenko, V., Wolfe, N.D., Ayscue, P. (2019). Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ*

- global health*, 4 (1), e001157.
- Organización Mundial del Comercio (2022). *Ministerial Decision on The Trips Agreement. Adopted on 17 June 2022*. Recuperado de: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/WT/MIN22/30.pdf&Open=True> (31.07.2022).
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44123/9789241547680\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44123/9789241547680_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (21.07.2022).
- Organización Mundial de la Salud (05.05.2011). *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. Recuperado de: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf) (21.07.2022)
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Listings of WHO's response to COVID-19*. Recuperado de: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (26.07.2022).
- Osborne, Th. (1996). *Security and vitality: drains, liberalism and power in the nineteenth century*. En Barry, A., Osborne, Th. y Rose, N. (Eds). *Foucault and political reason: Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government* (pp. 99-122). The University of Chicago Press.
- Our World in Data (2022). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations#citation> (31.07.2022).
- Park, C.Y., Kim, K., Roth, S., Beck, S., Kang, J.W., Tayag, M.C., Griffin, M. (2020). *Global shortage of personal protective equipment amid COVID-19: supply chains, bottlenecks, and policy implications*. Asian Development Bank.
- Proctor, K. (28.02.2020). *Boris Johnson will not hold coronavirus crisis meeting until Monday*. *The Guardian*.
- The Economist (26.03.2020). *Spain has suffered more COVID-19 deaths than any country save Italy*. *The Guardian* (26.03.2020). Emmanuel Macron drafts French military into coronavirus war.
- Valdés, I. (13.03.2020) *Caos en los hospitales madrileños: agotamiento y falta de recursos*. *El País*.
- Van Loon, J. (2002). *A Contagious Living Fluid*. *Theory, culture & society*, 19(5-6), 107-124.
- Van Loon, J. (2005). *Epidemic space*. *Critical Public Health*, 15(1), 39-52.
- Waitzkin, H. y Jasso-Aguilar, R. (2015). *Empire, health, and health care: perspectives at the end of empire as we have known it*. *Annual Review of Sociology*, 41, 271-290.
- Wilsher, K., Holmes, O., Mckernan, B. y Tondo, L. (03.04.2020) *US hijacking mask shipments in rush for coronavirus protection*. *The Guardian*.
- Wintour, P. (11.04.2020). *Coronavirus: who will be winners and losers in new world order?* *The Guardian*.

# RELACIONES INTERNACIONALES

Revista académica cuatrimestral de publicación electrónica  
Grupo de Estudios de Relaciones Internacionales (GERI)  
Universidad Autónoma de Madrid, España  
<https://revistas.uam.es/relacionesinternacionales>  
ISSN 1699 - 3950

 [facebook.com/RelacionesInternacionales](https://facebook.com/RelacionesInternacionales)

 [twitter.com/RRInternacional](https://twitter.com/RRInternacional)



FECYT-388/2022  
Fecha de certificación: 01/03/2022  
Válido hasta: 02 de julio de 2023