

Herramientas para interpretar la pandemia COVID-19: desastre, políticas públicas y gestión del riesgo

Por:

Allan Lavell, Elizabeth Mansilla, Andrew Maskrey y Fernando Ramírez

Abril 15, 2020

1. Introducción

COVID-19, la enfermedad asociada con el más reciente coronavirus (SARS-coV-2) y producto de interrelaciones animales-sociedad, ha sido denominada un “desastre” o “catástrofe” a escala nacional, regional y global.

Este documento ofrece herramientas para interpretar la pandemia del COVID-19, no desde la perspectiva de la epidemiología sino desde los estudios sociales sobre el riesgo y los desastres. Asimismo, busca examinar la pertinencia y efectividad de las políticas públicas adoptadas para hacerle frente a la pandemia desde la perspectiva de la gestión del riesgo y tomando en cuenta no solo la pandemia-enfermedad sino las consecuencias devastadoras en la economía y sociedad.

Se trata de examinar el COVID-19 como “desastre” y el riesgo que lo antecede, a la luz del conocimiento y experiencia acumulados en varias décadas de estudios sociales interdisciplinarios. Esto implica un análisis tanto de aspectos causales como de aspectos de gestión del riesgo y de desastre guiado por temas de sostenibilidad e igualdad. El objetivo es discernir en qué grado el conocimiento acumulado y evolutivo en la gestión del riesgo de desastre y sobre la causalidad de riesgo de desastre puede servir para interpretar y, en su caso, gestionar la crisis multifacética desembocada por el COVID-19.

Los apuntes presentados aquí buscan avanzar en una síntesis de elementos importantes para ambos debates y se redactan en un momento en que la pandemia y sus consecuencias siguen en plena evolución. Hay que reconocer, sin embargo, que acercarse al COVID-19 desde esta perspectiva es un desafío e internaliza riesgos propios, por varias razones.

En primer lugar, se está intentando adaptar herramientas y marcos conceptuales formulados para interpretar a los desastres asociados con fenómenos físico-naturales, socio-naturales y tecnológicos a una pandemia asociada con un vector biológico que en términos espaciales, temporales y

semánticos tiene características radicalmente diferentes. Son las herramientas con que contamos, pero no necesariamente son las más apropiadas. Incluso la interpretación del COVID-19 puede conducir con el tiempo a nuevos conceptos y marcos interpretativos.

En segundo lugar, cualquier análisis o interpretación que se realiza en este momento es necesariamente provisional. La pandemia sigue en expansión y cada país y territorio está en un momento diferente del proceso y viviendo una experiencia particular. En tal situación las interpretaciones presentadas en este documento deberían entenderse como preguntas e hipótesis acerca de la evolución de la pandemia, de sus consecuencias y la eficacia de las políticas de gestión de riesgo adoptadas, en vez de afirmaciones contundentes. En particular, es difícil llegar a conclusiones generalizables dado que la evolución de la pandemia en cada país o territorio sigue un rumbo diferente.

En tercer lugar, los datos disponibles sobre la pandemia y sus impactos y la causalidad de los factores de riesgo son por el momento más anecdóticos que sistemáticos. En la mayoría de los países afectados la recolección de datos tiene importantes vacíos e inconsistencias, lo cual por el momento imposibilita una evaluación cuantitativa y comparativa seria. Solo cuando se cuente con datos sistemáticos y comparables será posible evaluar la veracidad de las hipótesis planteadas en este documento. Se espera, en un segundo momento y con mayor detenimiento, realizar un análisis más detallado e informado con mayores datos y evidencia. Por el momento, únicamente ofrecemos ideas que pueden y deben suscitar debate y reflexión, sin pretender haber llegado al final del argumento.

2. Una lectura de la pandemia del COVID-19 como desastre y catástrofe

Si consideramos un desastre definido como una interrupción severa en el funcionamiento rutinario de una sociedad por el impacto de un evento o suceso físico, biológico o antrópico adverso, entonces la pandemia como tal y los efectos del COVID-19 califican para ser considerado un *desastre* y aún más allá, una *catástrofe*.

La “Sociología de los Desastres”, construcción disciplinaria del pensamiento de Quarantelli, Dynes y otros en los años sesenta y setenta aportó definiciones que ayudan a distinguir entre accidente, emergencia, desastre y catástrofe. En particular se consideraba que las catástrofes existen cuando los mismos órganos del Estado y gobierno establecidos para atender emergencias y desastres se vieran rebasados o colapsaran (por ejemplo, los servicios de bomberos, policía, de rescate y sanitarios). Desde esa perspectiva, catalogar la pandemia del COVID-19 como *catástrofe* parece adecuado, por lo menos en contextos donde los impactos en los sistemas de salud pública y su capacidad de respuesta han sido más severos.

Sin embargo, considerar los efectos de la pandemia como *desastre* o *catástrofe* implica que tiene que ser más que la simple materialización de un vector viral. Implica la materialización de condiciones de riesgo (potencial de impacto negativo a futuro) preexistentes y subyacentes en las sociedades afectadas, relacionadas no solo a una amenaza biológica (el coronavirus en sí), sino también al nivel de exposición de las personas, colectividades y sociedades al virus y niveles diferenciados de vulnerabilidad, expresada tanto en términos físicos como también en distintas dimensiones sociales y económicas.

Como tal, podemos postular que no estamos solo frente a una epidemia o una pandemia sino a una catástrofe transnacional socialmente construida. Hay que tener sumo cuidado entonces con los conceptos, el lenguaje y la interpretación. Tal vez nunca ha sido mas relevante el refrán que reza que cuando el sabio apunta el dedo a la luna, el necio mira la punta del dedo y no a la luna. De la misma manera en que las personas no mueren por terremotos sino por las casas y edificios mal construidos que ocupan y que caen cuando sucede un fuerte sismo, no hay que confundir la catástrofe con el mismo coronavirus. El coronavirus y la enfermedad COVID-19 son desastres o catástrofes desde la perspectiva de la salud pública y la ciencia médica pero no desde la perspectiva del riesgo de desastre o los temas de crisis económica y social y su gestión. La catástrofe o desastre para los últimos es la materialización de un riesgo socialmente producido en el tiempo y en el espacio relacionado con los procesos económicos, sociales, territoriales y ambientales que condicionan el contexto en que la amenaza representada por el coronavirus y la enfermedad COVID-19 se desarrolla; o sea, los diversos factores de exposición y de vulnerabilidad que existen.

En el caso de la catástrofe asociada al COVID-19, el riesgo muestra características tanto extensivas como intensivas. El riesgo es extensivo por la manera como el coronavirus y sus impactos sociales y económicos se han propagado en ondas territoriales expansivas desde el brote inicial en Wuhan, China, hasta afectar a la mayoría de los países y territorios del planeta. A diferencia de los desastres más severos, se trata ya de una catástrofe global y transnacional pero no territorialmente homogénea. En las regiones más expuestas a la amenaza, el riesgo muestra características sumamente intensivas, afectando a una parte significativa de la población y poniendo bajo severo estrés o colapsando los sistemas de salud pública.

Por otro lado, el riesgo asociado con el virus se materializa, en términos directos, en elevadas tasas de mortalidad y morbilidad en las personas y, en segundo lugar, en el estrés y colapso que esto puede provocar en los sistemas de salud pública. El impacto es humano y social, por un lado, y en los sistemas de salud por el otro lado y no se producen daños y destrucción en la vivienda, la infraestructura ni la pérdida de cultivos o bienes producidos. En cambio, hay impactos indirectos muy severos por la interrupción o paralización de la actividad económica y los servicios sociales en todos los ámbitos. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en los desastres de base físico-natural, socio-natural y tecnológicos, estos impactos indirectos no son una consecuencia de los impactos directos, o sea de la mortalidad y la morbilidad, sino el resultado de las políticas de gestión del riesgo adoptadas por los países y las decisiones que toman los gobiernos para enfrentar el riesgo sanitario como tal. Examinaremos este tema con detenimiento en el tercer apartado de este documento.

Finalmente, el riesgo puede magnificar y agravar otros riesgos produciendo escenarios concatenados; por ejemplo, escenarios producidos por ciclones o sismos de gran magnitud ocurriendo en regiones donde la salud pública ya esta comprometida o colapsada por el COVID-19. A la vez, la interrupción o paralización de las economías de muchos países puede aumentar la vulnerabilidad de grandes contingentes de población frente a futuros eventos físicos, mientras que la gestión de la catástrofe del COVID-19 desvía recursos y capital desde otras prioridades críticas como el cambio climático, la lucha contra la pobreza, el desplazamiento y la propia gestión del riesgo de desastres. En tal sentido, el COVID-19 está generando nuevas y potenciales secuencias de riesgo concatenado con consecuencias imprevisibles.

La amenaza: el coronavirus y la pandemia del COVID-19

El tipo de análisis realizado hasta el momento sobre el SARS-coV-2 y sus consecuencias, se ha dado más en el terreno de la epidemiología (que no es el análisis de epidemias sino el análisis de la distribución y propagación de enfermedades en grupos humanos y tiene que ver más con la demografía y los cálculos probabilísticos que con la medicina), por una parte, y en términos de impactos directos sobre la salud y la vida.

Considerar y definir en este contexto una amenaza, o más aún al SARS-coV-2 (el virus) como una amenaza, lleva necesariamente a tratar de aclarar algunos conceptos y relaciones.

El agente infeccioso (virus) que es diferente al vector (elemento que lo transporta, el mosquito en el caso del dengue) no siempre, es más casi nunca, genera un desastre. Incluso cuando tiene efectos sobre la morbilidad y la mortalidad de un grupo social particular.

Muchas enfermedades pasan de ser epidémicas a ser endémicas; es decir, tienen una presencia permanente en un territorio o en una comunidad, sin constituir un desastre (al menos para la sociedad en su conjunto o los sistemas de salud, aunque no necesariamente para la población directamente afectada o que cotidianamente están expuestas a este tipo de enfermedades). En este sentido, el virus en sí mismo no es una amenaza. ¿Cuál es a amenaza entonces? ¿Qué puede llevar a “una interrupción severa del funcionamiento rutinario de una sociedad” como se define más arriba?

Los casos recientes de epidemias y pandemias, aunque causaron muertos (el H1N1 entre 18,000 confirmados y 150,000 calculados, el SARS o el MERS, estos dos últimos producidos por coronavirus diferentes al actual y todos relacionados en su origen con animales) no interrumpieron el funcionamiento normal de la sociedad o lo hicieron solo en algunos países, pero no de manera global como es el caso de la presente pandemia.

En este caso, el riesgo es el desarrollo de una epidemia, causada por un virus específico que tiene unas determinadas características, entre las que se destaca la rapidez de propagación; muy diferente a la de otros virus conocidos, la forma en que afecta a los humanos, y los términos de incubación, desarrollo y desaparición (curación o muerte). El virus, con sus características particulares es la amenaza y, como toda amenaza, es potencial. El riesgo es el desarrollo de una epidemia asociada a ese virus específico en unas condiciones determinadas. En el caso de epidemias, el riesgo presenta una característica importante: es móvil, es decir se actualiza permanentemente en términos de intensidad, efectos, territorios y población afectados. De alguna manera no se materializa de una sola vez, como en el caso riesgos asociados a eventos estrictamente físicos, sino que el curso del mismo desastre se va actualizando.

Sin embargo, el desarrollo de la epidemia genera otros riesgos, de los cuales el principal es que la sociedad se vea desbordada en su capacidad de manejarla (es probable que cuando esto no suceda, no hablemos de desastres) y genere una serie de medidas que desembocan en impactos socioeconómicos importantes que tienen que ver no con el virus ni con la epidemia, sino con su manejo.

La pregunta final sobre eso es: ¿el desastre es la pandemia, expresada en muertos y heridos o el desastre es el resultado de las medidas tomadas por los diferentes estados para “hacer frente” a la pandemia?

La amenaza de infección y el riesgo de que la enfermedad se transmite entre individuos está determinado por el contacto directo e indirecto de individuos con el virus y en consecuencia entre individuos contagiados o superficies contaminadas por seres humanos. La única manera de evitar tal contacto es eliminando en absoluto la exposición de individuos a otros o por medio de actos de higiene personal y ambiental incluyendo el uso de máscaras que funcionan. O sea, la amenaza de enfermedad puede controlarse solamente evitando total o parcialmente la exposición al virus, cuando se cuente con una vacuna para controlarla y un programa masivo de vacunación, o no haciendo nada y esperando que la autoinmunización de rebaño juegue su papel, así el número de muertos sea alto. En el primer caso se trata de mecanismos de prevención controlando comportamientos humanos y en el segundo un control estructural sobre la enfermedad.

Para dimensionar esta amenaza, hay aún grandes vacíos en nuestro conocimiento. No se conoce su comportamiento en términos de la posibilidad de olas sucesivas de contagios y su intensidad en términos de morbimortalidad. Tampoco es conocida la probabilidad y la expresión de mutación que podría existir u otras transformaciones que afectan al virus. Como tal, recién se están acumulando datos que podrían permitir una estimación y cálculo del daño y pérdida que se asociaría con las diferentes intensidades de enfermedad en la población mundial.

Con el paso del tiempo y el avance del conocimiento científico muchas de estas incógnitas se disiparán, conforme la ciencia contribuya a dimensionar la amenaza, su comportamiento y su historial. A la vez permitiría examinar las interacciones y concatenaciones entre el coronavirus y otras amenazas y vectores de riesgo.

Pero además del comportamiento humano hay otros factores socialmente construidos que configuran la amenaza de infección. La velocidad de la expansión territorial del virus, primero en China y luego desde China a nivel mundial, no puede explicarse sino a través del posicionamiento de China -y en este caso en particular la ciudad de Wuhan- dentro de la economía global y por los flujos elevados de viajeros tanto por turismo como por negocios, por vía aérea.

Como hipótesis podemos plantear que el salto del virus de Wuhan a otras partes de China (reconociendo que por las medidas adoptadas su difusión dentro de China misma fue muy reducida y evitaron que llegara a Shanghái y Beijing, según algunos reportes) y luego a otros países asiáticos, a Europa, a los Estados Unidos y al Medio Oriente, no hubiera sido posible sin la cada vez mas densa red de corredores de transporte y conexiones aéreas que conecta los territorios, países y continentes y por la ubicación neurálgica de China en el centro de cadenas de suministro y de valor a nivel global. Si el virus hubiera surgido en un territorio periférico a estas cadenas y débilmente conectado a las redes de transporte, la amenaza de su propagación podría haber sido mínima o al menos muy inferior. La fluidez y rapidez territorial con la cual se ha expandido territorialmente la amenaza tiene, entonces, características muy particulares que la diferencian de cualquier epidemia o pandemia que haya ocurrido a lo largo de la historia, con excepción de la pandemia de gripe española (1918-1921) que se extendió también prácticamente por todo el planeta y que podría ser el único parangón de una pandemia de características similares en la época moderna.

La exposición al COVID-19

Como ya se señaló, el riesgo de desastre o catástrofe se produce por una concatenación entre una amenaza y determinadas condiciones de exposición y vulnerabilidad. Decimos concatenación puesto que no se trata de una causalidad lineal entre estos elementos sino de una situación donde el riesgo responde a múltiples causas asincrónicas y que además se relacionan entre sí.

Es explicable, desde una perspectiva epidemiológica, que el análisis hasta el momento se ha centrado casi exclusivamente en la amenaza, en este caso la difusión territorial del virus por contagio. No obstante, si la catástrofe pudiera explicarse solamente gracias a la amenaza, su impacto debería ser homogéneo en los países y poblaciones afectados y los modelos epidemiológicos desarrollados en base a su propagación en China, deberían ser válidos para otras regiones y contextos.

Sin embargo, planteamos que la exposición y la vulnerabilidad han influido tanto en el riesgo y en la evolución de la catástrofe, como la amenaza misma. En términos de exposición, es preciso aclarar, en primer lugar, que la exposición al coronavirus se restringe a las personas que están en contacto con o cercanos a personas o superficies a través de los cuales potencialmente pueden contagiarse. Como tal, una persona está expuesta en la medida en que su comportamiento y el de los demás lo promueve. Esto, por supuesto, en el entendido de que el virus no tiene maneras independientes de propagación por aire u otro medio.

Los mecanismos de difusión del virus son numerosos por lo que se sabe hoy día. Transmisión de persona a persona directamente por vía de tos, estornudos, conversaciones y comunicación verbal en general se combina con transmisión por el toque de superficies varias, incluyendo puertas, barandales, intercambio de objetos incluido el dinero, botellas, platos y múltiples otras posibles fuentes de contaminación donde el tiempo de perdurabilidad del virus en una superficie es variado.

El virus, para poder contagiar individuos, debe poderse transportar entre lugares y ponerse en contacto con los individuos huéspedes. Esto significa que la exposición no tiene un límite territorial prefijado y su territorio de acción es tan extenso o limitado como la acción humana determina por vía de su transporte directo entre individuos por medio de superficies contaminadas. Así, el territorio de la exposición es ilimitada, en teoría, al igual que la magnitud del desastre.

Pero la exposición también depende de la estructura territorial de las sociedades y sus patrones sociales y culturales.

En primer lugar, y relacionado al carácter expansivo de la amenaza, se puede postular que el grado de integración de los países y sus ciudades a la economía global modula los flujos de personas y, como tal, los flujos de contagio. Desde esta perspectiva, parecería que ciudades metropolitanas como Londres, Nueva York o Madrid tuvieron una mayor exposición por ser nodos en la economía global. Y desde la misma lógica, se puede postular que países, ciudades o territorios periféricos más débilmente articulados a la economía global, pueden ser los que están menos expuestos o por lo menos tienen una mucho más lenta exposición. En el presente momento, esta afirmación solo puede presentarse como hipótesis de trabajo hasta que haya mayor evidencia de diferentes países que permiten dimensionar el peso de este factor.

Una segunda hipótesis es que la exposición también depende de la organización del espacio urbano y el territorio. Donde la gente vive en edificios multifamiliares en zonas densamente pobladas y utilizan mayormente el transporte público, la proximidad aumenta y magnifica dramáticamente la exposición al virus, en comparación con otras morfologías espaciales, por ejemplo, en sitios donde la población vive en viviendas unifamiliares, en zonas territorialmente dispersas y viaja casi exclusivamente en auto. Aparentemente hay grandes diferencias en las tasas de contagio entre ciudades densamente pobladas como Nueva York, que tipifican el primer modelo de organización territorial y zonas de California o los estados de montaña de los Estados Unidos -con una organización espacial dispersa- que tipifican el segundo. Nuevamente, esta afirmación solo puede presentarse como hipótesis de trabajo hasta que haya mayor evidencia de diferentes países que permiten dimensionar el peso de este factor.

En tercer lugar, y como se examinará en la tercera sección de este documento, la principal estrategia para reducir la exposición utilizada por los países afectados ha sido el distanciamiento social mediante los confinamientos y cuarentenas, además de la reducción de la contaminación directa e indirecta con la práctica de acciones de higiene personal y colectiva. La efectividad de estas medidas depende de la capacidad o voluntad de la población de acatar o desobedecer normas y controles, como también de la capacidad o deseo de los gobiernos de imponerlos.

En cuarto lugar, se puede postular la hipótesis de que la exposición también está condicionada por los patrones culturales y sociales subyacentes en cada sociedad. Por ejemplo, en Italia y España, países que en este momento están liderando el punteo de mortalidad en Europa, el coronavirus ha entrado en contextos sociales y culturales donde las relaciones interpersonales son caracterizadas por la sociabilidad, la proximidad, el afecto físico y un tejido social intergeneracional. En cambio, otros países como los escandinavos se caracterizan más por el aislamiento y la distancia física en las relaciones interpersonales.

Es posible, entonces, que la exposición varíe dramáticamente de país y país según sus patrones culturales y sociales. Esta hipótesis puede explorarse entre regiones y zonas de un mismo país donde existen expresiones culturales, de afecto y de relación distintas. Por ejemplo, es posible que la aparente predominancia de afectaciones entre personas de origen latino y afroamericano en los Estados Unidos, hoy día, pueda explicarse no solo por las condiciones preestablecidas de salud de los individuos sino también por aspectos de sus expresiones y costumbres culturales y de vida.

La manera y la forma en que se configura la exposición en la confluencia de todos estos factores y otros no enumerados en cada país debería ser motivo de investigación futura. Sin embargo, parece probable que la exposición influye en la evolución del contagio y de la mortalidad y cambia radicalmente entre países y entre regiones dentro de un mismo país. Sin tomar en cuenta las diferencias de exposición, comparar el número de contagiados, los internados en las unidades de cuidados intensivos y la mortalidad entre países y territorios puede ser un ejercicio engañoso. Con una exposición diferenciada, más bien sería extraño si las curvas de evolución de la pandemia mostraran parámetros parecidos en contextos sociales, culturales y territoriales tan variados.

La vulnerabilidad al virus

El riesgo también está configurado por la vulnerabilidad de las personas y grupos sociales. Mientras que, en el caso del virus, una gran parte de la vulnerabilidad puede considerarse intrínseca, es probable que hay también aspectos que son socialmente construidos.

La vulnerabilidad intrínseca frente al virus consiste en aspectos tales como la manera en que la genética influye en el nivel de funcionamiento de los sistemas inmunológicos, la susceptibilidad a enfermedades coronarias, hepáticas, o de cáncer; en la afección crónica de problemas digestivos, hormonales, etc. El tipo de sangre y el género, la edad misma, son otros factores discutidos que podrían afectar la incidencia del virus. Esto puede ampliarse a considerar el impacto de intervenciones quirúrgicas realizadas en el pasado y extirpación de órganos (por ejemplo, del bazo, un pulmón, riñón, etc.) y sobre los cuales no hay remedio posible, o el padecimiento anterior de alguna enfermedad debilitante que tenga efecto en términos del impacto del virus en la persona. Son vulnerabilidades ya intrínsecas, construidas sobre el tiempo como parte del proceso de salud de un individuo.

Por otra parte, también se puede considerar como factores intrínsecos de la vulnerabilidad las condiciones de salud de un individuo que son producto de sus propias decisiones como ser humano a través de los años o que han sido impuestas por costumbre y prácticas familiares. Estos incluyen hábitos alimenticios, consumo regular de sustancias nocivas (como alcohol, tabaco, drogas, etc.) y la práctica o no de deportes, entre otros. Estos factores son claramente distintos a los intrínsecos, por nacimiento o enfermedad anterior y, como tal, deben calificarse como construidos socialmente sobre la vida de una persona.

La vulnerabilidad intrínseca, genética o adquirida por intervenciones quirúrgicas anteriores o afectaciones involuntarias de la salud, pueden afectar a cualquier persona de cualquier edad. Cuando estas condiciones se combinan con la existencia de enfermedades crónicas preexistentes, de las cuales los mayores de edad sufren con más persistencia, el riesgo aumenta notoriamente.

Es por lo que las personas mayores de 65 años han sido identificadas como las más vulnerables de entre los grupos etarios y representan un alto porcentaje de la mortalidad total en mucho de los países afectados. Con importantes variaciones de contexto a contexto, por debajo de los 65 años la vulnerabilidad pareciera bajar progresivamente. A nivel global esto puede ayudar a explicar por qué países con una estructura demográfica envejecida, como Italia, hayan sido más impactados hasta el momento, comparado con países donde la mayoría de la población es joven. En el caso de Lombardía, donde se ha concentrado mucho del impacto inicial en Italia, la mayor parte de la población afectada son personas de edad mayor y muchos con precondiciones de salud adversas. Al difundirse más en países de bajos ingresos del Sur, habrá que ver el impacto en poblaciones jóvenes con condiciones previas de debilidad por desnutrición, salud y otros factores adquiridos.

Frente a la vulnerabilidad intrínseca no hay mucho que se pueda hacer más allá de reducir la exposición. Pero la evolución de la catástrofe también comienza a revelar otros condicionantes de la vulnerabilidad que sí son socialmente construidos, además de estar íntimamente relacionados con la exposición comentada en el acápite anterior. Como tal no serían condiciones de vulnerabilidad en cuanto al contagio del coronavirus, sino factores que influyen en el grado potencial de exposición al cual está sometido un individuo y en su nivel de vulnerabilidad intrínseca al coronavirus.

Ya hay evidencia en las ciudades de algunos países (sobre todo de los Estados Unidos) donde la mortalidad y morbilidad está concentrándose en los grupos social y económicamente más desventajados. Por tanto, parece haber una relación estrecha entre la vulnerabilidad intrínseca y los vectores del riesgo cotidiano que se expresan en factores como el desempleo, la falta de ingresos,

otras enfermedades (incluyendo las psicológicas), adicciones, la inseguridad social y personal, condiciones de vivienda y hábitat precarias y falta de acceso a servicios básicos (agua o drenaje) y de salud y la protección social. Un estudio que indica que la tasa de mortalidad de los sinteco menores de 65 años en los Estados Unidos y Canadá es 5 veces mayor que el resto de la población de la misma edad parece reforzar esta hipótesis.

Es probable que dichos grupos tienen a la vez una mayor vulnerabilidad intrínseca y, además, por sus condiciones de vida y hábitat, están más expuestos por habitar en conjuntos habitacionales o barrios marginales densamente poblados, trabajar en el sector informal -sobre todo en la calle-, depender del transporte público y no tener acceso a agua y saneamiento o a servicios de salud.

En países como la India, segmentos significativos de la población urbana viven literalmente en la calle, con opciones muy limitadas de practicar el distanciamiento social o de lavarse las manos. Hasta el momento se carece de datos con los atributos necesarios para identificar la contribución de estos factores de vulnerabilidad y exposición en el riesgo, y por ahora solo se puede plantear su contribución al riesgo como hipótesis. Pero, mientras tanto, es menester por lo menos cuestionar los discursos políticos que argumentan que la pandemia afecta a todos de manera igual. Aquí es interesante apuntar como en algunos países las autoridades se han negado a responder cuando han sido cuestionadas sobre la incidencia de la enfermedad por clase social y tipo de empleo de los individuos contagiados o muertos. De igual forma que en otros contextos, falta una enorme cantidad y calidad de información para hacer un análisis del riesgo social de la pandemia pertinente y serio.

En cualquier caso, una característica común entre los países más afectados por la pandemia ha sido que las capacidades de los sistemas de salud fueron rápidamente desbordadas, desde China hasta Nueva York e incluyendo regiones con algunos de los mejores sistemas del mundo, como es el caso de Lombardía en Italia. Por otro lado, en algunos países como los Estados Unidos, hay amplios sectores de la sociedad que simplemente no tienen acceso a los sistemas de salud por carecer de seguro y por no tener derecho a paros laborales pagados. A la vez, la protección a los médicos y enfermeros en varios contextos ha sido deficiente; el número de los que han enfermado o muerto es grande, lo cual debilita más aún los sistemas de salud, a la vez que el contagio del público por médicos es latente y real como circunstancia.

Tanto la oferta como el acceso a los servicios de salud, entonces, son otros factores socialmente construidos que configuran el riesgo. En algunos países europeos la salud pública sufrió recortes drásticos como resultado de la crisis fiscal y financiera del 2008-2009, lo cual ha socavado su capacidad de responder a la presente pandemia. Y en muchos países de bajos y medianos ingresos, el detrimento que la infraestructura de salud ha sufrido por décadas, reduce considerablemente su capacidad de respuesta, habiendo ya casos, como en Guayaquil, Ecuador, donde los servicios de salud pública se han visto rebasados aún con niveles de infección relativamente incipientes: una clara señal de alerta de la limitada capacidad de respuesta de los sistemas de salud que existen en muchos países para atender un desastre de esta magnitud.

3. La gestión del riesgo: imperativos políticos y económicos y políticas públicas

El imperativo político y económico de la gestión del riesgo en la catástrofe del COVID-19

En su libro de 1845, “La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra”, Frederick Engels, describió una situación en la cual 57% de los niños de la clase obrera morían antes de los 5 años, comparado con 20% de los niños de las clases más pudientes. Tres años después, en 1848, el Gobierno de Gran Bretaña introdujo una nueva y radical legislación de salud pública (“1848 Public Health Act”) para hacer frente a las epidemias de cólera y tifoidea que en ese entonces producían estragos en las ciudades florecientes del país en el contexto de la Revolución Industrial.

A pesar de que la legislación fue introducida solo tres años después de la publicación del libro, es dudoso que fue una respuesta al riesgo socialmente construido descrito por Engels sino a otras consideraciones políticas y económicas. El cólera y la tifoidea amenazaban la producción y productividad industrial y la vida y salud de las clases sociales que controlaban y se beneficiaban del aparato productivo. Fue esta amenaza y no la desigualdad social lo que creó el imperativo político y económico para fortalecer la salud pública.

Es necesario reflexionar y analizar si el imperativo político y económico para gestionar la pandemia del COVID-19 surge de motivaciones parecidas. Sin minimizar la magnitud de la catástrofe en algunos países, parece que la geografía y sociología de la afectación han motivado las políticas de gestión del riesgo adoptadas. A pesar de que para el 11 de abril se había alcanzado 1.7 millones de casos y 103,500 muertos -y aún falta que la crisis alcance su punto álgido en regiones como África, América Latina y Asia del Sur donde puede dispararse el número de muertos-, es posible que no alcance las cifras de otras enfermedades ya cotidianas por su recurrencia.

Por ejemplo, la malaria en 2017 produjo 219 millones de casos y 435 mil muertes (cifras similares se producen cada año en al menos 87 países), la tuberculosis en 2018 produjo 10 millones de casos y 1.5 millones de muertes. La gripe estacional produce 650 mil muertes cada año y es la 3ª causa de mortalidad a nivel mundial. Como hipótesis podemos plantear que estas enfermedades no han generado la respuesta mundial que sí ha generado el COVID-19, probablemente porque son enfermedades con prevalencia en países de bajos y medianos ingresos.

El COVID-19 ha afectado, en primera instancia, a países de ingresos altos o que funcionan como nodos importantes en la económica mundial y sus cadenas de valor. Y pareciera que las *epidemias de la pobreza* son consideradas problemas de *los otros*, tal como lo fue el COVID-19 mientras la mortalidad estuvo concentrada exclusivamente en China. Ni el hambre, ni los efectos del cambio climático -que posa una amenaza a la seguridad humana mucho mayor que el COVID-19- o el desplazamiento por conflictos, violencia y guerras han provocado una respuesta tan contundente como en el caso de esta pandemia.

La pregunta obligada, entonces, es ¿esta pandemia hubiera tenido la misma prioridad y hubiera generado la misma conmoción mundial si el coronavirus solo hubiera infectado a los pobres en algunos países periféricos a la economía global, como sucedió, por ejemplo, con la epidemia del ébola en África?

Las políticas de gestión del riesgo de la catástrofe del COVID-19

Las políticas públicas frente a la catástrofe, hasta el momento, han estado caracterizadas por tres tipos de medidas.

En primer lugar, se han implementado con diferentes resultados mecanismos propiamente de gestión epidemiológica. Estas incluyen, por ejemplo, las pruebas para detectar casos de contagio o la presencia de anticuerpos contra el contagio, el aislamiento de contagiados o casos de sospecha de contagio y el seguimiento detallada de cada caso para identificar posibles secuelas de contagio. La eficacia de estos mecanismos ha sido facilitada por la rapidez con que las características genéticas del virus fueron identificadas y secuenciadas para su aplicación. Y en algunos países, como Singapur, Taiwán o Corea del Sur, dichos mecanismos han sido la principal estrategia implementada para la gestión del riesgo. Sin embargo, en otros países la ausencia de insumos, como los kits de prueba, o la reacción tardía, han minado la efectividad de estos mecanismos.

En segundo lugar, en la mayoría de los países afectados se han adoptado políticas de confinamiento y distanciamiento social de la población (con grandes matices de diferencia entre país y país) con el objetivo de *aplanar la curva* de la pandemia y evitar el colapso de los servicios de salud por los altos índices de morbilidad. A la vez, se han implementado recomendaciones para evitar el contagio del coronavirus, como lavarse las manos frecuentemente o utilizar máscaras. En muchos países, se han cerrado todos los negocios considerados no esenciales (como anécdota interesante en los Estados Unidos las tiendas que venden armamento son consideradas esenciales en ciertos Estados y la venta de armas ha crecido vertiginosamente durante la crisis), se han cerrado fronteras entre los países y se han reducido a un mínimo los desplazamientos, sean por transporte público o privado.

Con la excepción de China, no se tiene experiencia de países que han logrado reducir a un mínimo el contagio y la mortalidad, ni tampoco se puede eliminar las posibilidades de una segunda ola de infecciones cuando se levantan las cuarentenas (cada vez hay más casos de pacientes dados de alta que han dado positivo en pruebas posteriores a su recuperación). Sin embargo, y como hipótesis, pareciera que algunos países que actuaron rápidamente para imponer el confinamiento antes de que despegara la curva del contagio, han logrado controlar y ralentizar la evolución de la pandemia en comparación con los países que tardaron más en declarar estas medidas; es el caso de Costa Rica, por ejemplo. Y hay otros países, como Suecia, que no impusieron cuarentenas pero que no han reportado altos índices de contagio. Por lo tanto, hasta que la pandemia complete su evolución y haya mejores datos disponibles, es difícil evaluar en forma comparativa la efectividad de las políticas de confinamiento y de qué manera esta efectividad está mediada por los factores de exposición y de vulnerabilidad antes mencionados.

En tercer lugar, muchos países, en la medida de sus posibilidades, han lanzado medidas fiscales y monetarias para mitigar el impacto de la paralización en las economías mediante el aplazamiento del pago de impuestos, subsidios directos o indirectos a las empresas, el pago parcial de los sueldos de los trabajadores en paro por parte de los gobiernos, la inyección de mayor liquidez al sistema financiero, etc. Tanto en Europa como en los Estados Unidos dichas medidas han tenido una magnitud nunca vista, ni siquiera en la crisis financiera del 2008-2009.

Sin embargo, tal como comentamos en el primer acápite de este documento, el impacto de la pandemia en la economía no depende directamente de la morbilidad y la mortalidad. Estos impactos indirectos son resultado de las políticas de confinamiento y del cierre de las fronteras y de

la actividad económica. Dicho de otra manera, las políticas para mitigar los efectos en la economía están diseñadas para mitigar el efecto de las medidas de confinamiento. Sin embargo, mientras que los impactos directos de la pandemia se manifiestan a nivel local y nacional, los impactos indirectos se experimentan también a nivel global dado el alto nivel de integración de las economías regionales y mundial. Esto significa que la política para reabrir economías, fronteras y los corredores de transporte aéreo y terrestre, tendrían que ser coordinadas entre los países. Por ejemplo, no tendría sentido que un país receptor de turismo abriera sus fronteras si los países emisores de turistas se mantiene cerrados.

Dicha situación provoca una tensión inherente en la gestión del riesgo entre el imperativo de aplanar la morbilidad y mortalidad y proteger a la población frente al imperativo de minimizar el daño a las economías.

Esta tensión se vive de manera muy diferente en cada país y dentro de cada país en cada grupo social. Por ejemplo, en países de ingresos altos donde ha sido posible compensar el confinamiento con diversos subsidios a las empresas y sus trabajadores, se minimiza el impacto negativo del confinamiento en los hogares e individuos. En cambio, en contextos donde la subsistencia de la mayoría depende del sector informal, y donde no existen condiciones de vivienda y hábitat para soportar el confinamiento, con toda seguridad el impacto sea mas negativo.

Pero también hay que señalar el carácter un tanto selectivo de algunas medidas de gestión del riesgo, como el propio confinamiento, que no han considerado un “Plan B” para las grandes masas de la población que no tienen las condiciones adecuadas para mantenerse en casa o acatar las normas de distanciamiento social dentro de ella, ya sea porque no tienen vivienda o la vivienda es pequeña y habitada por familias numerosas, como suele ser la realidad de gran parte de la población en los países de ingresos medios y bajos o incluso en los sectores pobres de países de ingresos altos. ¿Qué porcentaje de la población mundial que se encuentra confinada tiene condiciones adecuadas para que ese confinamiento tenga los resultados esperados y no se convierta en un riesgo mayor para las familias? Una pregunta interesante que tal vez pueda ser respondida más adelante, cuando se cuente con mayor y mejor información.

Hasta ahora, también puede verse, que las principales medidas de contención económica se han dado prioritariamente en términos de subvenciones al empresariado: condonación o aplazamiento al pago de impuestos, subsidios a la nómina y algunos servicios, créditos preferenciales, etc. Pero en muchos países ya se han producido despidos masivos en empresas y otras modalidades de contratación, cada vez mas prevalentes, como la subcontratación (*outsourcing*), por ejemplo, están facilitando eludir la responsabilidad con los trabajadores. Como hipótesis, es probable que sea en el campo laboral donde se concentre, en mayor medida, la generación de desigualdad social como estela de la pandemia.

En otro sentido, los estudios sociales sobre riesgo de desastres han comprobado cómo poblaciones pobres, excluidas, informales, con condiciones de vida e ingresos raquíticos no tienen mayor opción que vivir en riesgo tanto cotidiano como, de forma relacionada, de desastre. Conseguir dónde vivir significa aceptar terrenos de baja calidad y alta amenaza de inundación o deslizamiento; viviendas construidas sin condiciones adecuadas y un hábitat sin servicios básicos y a menudo en condiciones de insalubridad, hacinamiento e inseguridad. Dichas poblaciones a menudo aceptan el riesgo de desastre para tener acceso a tierras urbanas de bajo o nulo costo que eventualmente puede proporcionarles acceso a un hábitat, al empleo y a servicios urbanos. Como resultado, las políticas

de gestión del riesgo que se basan en la reubicación para reducir el riesgo de desastre por inundación o deslizamiento a menudo son rechazadas por estas poblaciones dado que aumenta otros riesgos, sobre todo el riesgo de mayor pobreza.

En el caso de los desastres de base física natural, socio-natural o tecnológica, una hipotética política pública dirigida por la sismología probablemente trataría de evitar que la población y actividades económicas se concentren en zonas de alta amenaza sísmica, aunque las ventajas comparativas ofrecidas por estas zonas en términos económicos y sociales puede compensar el nivel de riesgo. De la misma manera, es también posible que políticas públicas para confinar poblaciones de bajos recursos, desde una perspectiva exclusivamente epidemiológica, puede aumentar los riesgos cotidianos enfrentados por esta población.

Como tal, es probable que los riesgos económicos y sociales asociados a un confinamiento prolongado serán mucho mayores para los sectores sociales con mayor vulnerabilidad, incluyendo a los trabajadores informales, los migrantes, los habitantes sin techo, las prostitutas, etc. Pero también se puede plantear como hipótesis que para estos sectores -con una lucha diaria de sobrevivencia, exposición a y sufrimiento repetido con contagios o circunstancias de mala salud, hambre crónica, crimen y otros riesgos- es posible que el COVID-19 termine siendo un riesgo menor; más aún cuando de salir a la calle -pasando por alto las recomendaciones de confinamiento- depende el ingreso y el sustento diario de su familia.

Desde esta perspectiva, se podría plantear que las políticas públicas de gestión del riesgo deberían examinarse no solo desde la gestión de la pandemia sino desde una perspectiva de gestión de riesgo mas amplio. Como suele suceder en otros desastres, es posible que los llamamientos patrióticos para sacrificarse en aras a un objetivo común (vencer a la pandemia) pueden esconder una transferencia de riesgos de los sectores sociales y económicos que más se van a beneficiar del *aplanamiento de la curva* y de la reactivación económica a los que más riesgos van a correr y menos beneficios van a recibir.

Por el momento, pareciera que en la mayoría de los países la población confinada esta dispuesta a aceptar el sacrificio. Habría que investigar si esto se debe a un sentido de deber cívico, a un miedo casi atávico a la muerte, a la propaganda agresiva en los medios de comunicación y las redes sociales y por parte de los dirigentes políticos sobre los peligros que representa la pandemia o a las medidas represivas para hacer cumplir las cuarentenas. En los medios de comunicación -tal como sucede en los desastres asociados a fenómenos físicos, cuando se identifica al terremoto o huracán como el culpable- el coronavirus es el enemigo. El peligro de esta interpretación netamente biológica de la pandemia es que se disimulan o desdibujan aquellos factores subyacentes del riesgo que en algunos contextos han transformado la pandemia en catástrofe. Nuevamente es solo con el transcurrir del tiempo que existirán mayores elementos para revisar y evaluar la efectividad de estas políticas de gestión del riesgo.

4. Como conclusión

El COVID-19 es pandemia y en algunos países es ya una catástrofe, en la medida que han estresado los sistemas de salud pública al punto del colapso. A nivel global, también tiene potencial de catástrofe dado la creciente paralización de la economía global. Esta otra catástrofe potencial no es producto del COVID-19 *per se* sino de las políticas públicas de confinamiento y cierre de fronteras adoptadas para evitar el colapso de los sistemas de salud pública.

En los primeros países que experimentaron esta pandemia, como China y ahora en algunos países europeos, se comienzan a levantar paulatinamente las medidas de confinamiento y a reactivar la economía. Como ya se anotó, esto implica afrontar la disyuntiva entre la gestión de los impactos directos y los impactos indirectos que caracterizan a la catástrofe. Cómo se resolverá esta disyuntiva, es un tema político que tendrá salidas diferentes en cada contexto. Aquí vale recordar que estudios realizados sobre el impacto de medidas de distanciamiento social e higiene durante la influenza española de 1918-21 muestran que ciudades que impusieron estrictos controles desde el inicio terminaron sin gran número de muertos, pero, también, con una economía recuperada más vibrante que las ciudades que no impusieron controles.

A la vez, exige una reflexión respecto al objetivo final de las políticas públicas de gestión del riesgo. ¿Es razonable y realista intentar reducir el riesgo a cero, a un mundo sin contagios por el coronavirus o muertos por el COVID-19 o sería más razonable apuntar a un nivel de riesgo aceptable, en el que el coronavirus se vuelve una amenaza más con la cual debemos convivir en el mundo?

En la medida que los riesgos desvelados por el COVID-19 son socialmente construidos, por factores como la precariedad de los sistemas de salud pública, también es preciso preguntar si el objetivo de las políticas públicas debe ser el de recuperar las mismas condiciones que configuraron el riesgo o más bien de utilizar los recursos desplegados para transformar dichas condiciones de manera que el riesgo futuro se reduce.

Por el momento, no hay mayores luces de que la catástrofe del COVID-19 está provocando cambios en el discurso político o el modelo económico, ni tampoco en las prácticas individuales o colectivas. Puede ser que, como sucede en otros desastres, la ventana de oportunidad política y social que se abre para transformar los factores subyacentes de riesgo, rápidamente se cierra.

La catástrofe del COVID-19 revela justamente lo que desastres anteriores también revelaron. O sea que, sin reducción de la desigualdad, de la pobreza y de la exclusión, poco se logrará en la reducción del riesgo para muchos millones de personas. La diferencia entre esta catástrofe y un desastre *normal* es su carácter global. Esto implica que cualquier transformación de los factores subyacentes del riesgo también tienen que plantearse a nivel del conjunto y no a nivel de países individuales. La otra realidad que está desvelando esta catástrofe, sin embargo, es la debilidad, si no decir ausencia total de mecanismos efectivos de gobernanza del riesgo sistémico a nivel global. Y sin tales mecanismos es imposible siquiera un diálogo acerca del riesgo futuro que se considera aceptable.

Como se mencionó antes, la pandemia aún está en progreso y, al parecer, seguirá por un buen trecho más. Conforme pase el tiempo se irán develando con mayor claridad esos factores subyacentes y la efectividad o no de las medidas de contención y manejo de la emergencia, pero también se irán develando hasta qué punto los nuevos riesgos que esta pandemia y los mecanismos para tratar de contenerla pueden traer aparejados. Aunque se expresan de manera muy diferente en cada contexto, se puede plantear como hipótesis que estos nuevos riesgos incluyen el autoritarismo, la cancelación (aunque sea temporal) de garantías y derechos individuales, la exacerbación sistémica de la desigualdad, y la protección de los intereses económicos y financieros aún por encima de la seguridad de la población.

Estos y otros temas deben ser debatidos con seriedad en el marco de la presente crisis, buscando ir más allá de la simple apariencia del fenómeno, ya que es aquí y no en la presencia de un virus donde se está poniendo en juego el futuro de la humanidad.