



www.colegiodeemeritos.es
Correo: info@colegiodeemeritos.es

DOCUMENTOS
DEL COLEGIO LIBRE DE EMÉRITOS
N.º 1

LAS EPIDEMIAS COMO CATÁSTROFES
Algunas reflexiones prospectivas sobre la pandemia de coronavirus

Enrique Baca Baldomero
Catedrático de Psiquiatría
Profesor del Colegio Libre de Eméritos
Académico de la European Academy of Sciences and Arts

Nota: Este documento forma parte del proyecto de investigación y difusión del conocimiento propio del Colegio Libre de Eméritos que se titula: “La pandemia de coronavirus 19: un modelo comprensivo de interpretación holística”. Si usted desea obtener gratuitamente la versión completa del proyecto e información sobre el resto de las actividades que se realizan dentro del convenio de colaboración entre Colegio Libre de Eméritos, Fundación Deliberar y Editorial Triacastela (CLEDET) puede hacerlo a través del enlace: <https://colegiodeemeritos.es>
Para más información: info@colegiodeemeritos.es

© Enrique Baca Baldomero, 2020.

© Colegio Libre de Eméritos (info@colegiodeemeritos.es). Este trabajo puede ser reproducido, de forma íntegra o en adaptación revisada por su autor, tras comunicarlo al Colegio Libre de Eméritos.

RESUMEN

El presente trabajo tiene tres objetivos fundamentales:

1. Señalar la complejidad de las consecuencias que tendrá la pandemia del COVID-19 y sus repercusiones sobre el sistema sanitario, sobre la economía, la política y el tejido social de los países afectados. Se pone especialmente el acento en las conexiones entre todos estos aspectos y la necesidad de su consideración conjunta y del análisis cuidadoso de sus interacciones a la hora de abordar cualquier tipo de solución.
2. Constatar que la única forma de poder contemplar adecuadamente dichas consecuencias e interacciones es la consideración de la pandemia como *catástrofe* y la aplicación a la misma de los conocimientos que sobre situaciones catastróficas están disponibles.
3. Subrayar el “problema del día después” que se centrará, dependiendo de cómo se defina la pandemia, en decidir si los afectados por la misma son *enfermos*, *damnificados* o *víctimas*; se expone la relación y la diferencia entre estos tres conceptos, que con frecuencia se confunden, y se señalan las repercusiones legales, económicas y sociales que plantea cada una de las tres posibilidades.

NOTA PRELIMINAR

Este trabajo, redactado entre el día 10 de marzo y el día 21 de abril de 2020, consta de dos partes: una revisión de los hechos y los datos conocidos hasta esa última fecha sobre la pandemia por el coronavirus COVID-19 y una reflexión teórica personal sobre el concepto de catástrofe y su aplicación al presente caso. La segunda, lógicamente, se apoya en la primera. Pero sus características y su fecha de caducidad son totalmente distintas: es la parte teórica la que se presenta como tesis personal del autor y se ofrece a la deliberación. La revisión de los hechos y datos (más o menos conocidos) deberá ser actualizada permanentemente (por el autor o directamente por el lector) según el rápido ritmo al que evoluciona la epidemia y los conocimientos sobre ella. Por esa razón, aunque el núcleo del trabajo se apoye necesariamente en la revisión, esta aparece aquí publicada como anexo (fechado) tras el texto principal.

INTRODUCCIÓN

Decía Julio Caro Baroja en el prólogo de la primera edición de su libro *Los moriscos del reino de Granada* (1957) que hay dos clases de historiadores: los que pretenden juzgar y los que pretenden describir. A los primeros —añado yo— parece que les interesa sobre todo lanzar juicios de valor sobre las andanzas que investigan, a los segundos les estimula más el conocerlas.

Cuando estos términos se aplican a una cuestión como la pandemia del coronavirus, que no es historia sino presente, la tentación judicativa es tan fuerte como seductora. Y mucho más cuando están implicadas y mezcladas cosas que ya han pasado y cosas que, evitable o inevitablemente, van a pasar.

Los médicos estamos habituados a ser historiadores, a pesar de que algún purista seguramente me reproche ignorar las diferencias entre *story* y *history*. Primariamente somos historiadores de la biología del sujeto que se nos acerca a pedir nuestra ayuda. Pero algunos médicos —los psiquiatras especialmente, pero otros muchos también— dirigen su atención no solo al cuerpo del paciente sino también a su historia personal y a los avatares de su vida entera. En cualquier caso, el pasado del individuo es el cimiento sobre el que se construye (y reconstruye) la realidad del momento actual. Y una vez conocida y documentada esa realidad actual, descrita y analizada a la luz de lo pasado, es sobre la que, ordenadamente, se actúa y se pronostica.

Por eso hay que reconocer que somos unos historiadores peculiares porque si uno de nuestros ojos está puesto en el pasado, el otro escudriña el presente —que es, como acabamos de decir donde se actúa— y aun disponemos de un tercero que mira hacia el futuro intentando ver lo que va a pasar. El maestro Laín Entralgo ya dejó todo esto bien sentado, en sus antecedentes y en sus fundamentos, en ese libro, grueso y completo, al que llamó precisamente *La historia clínica*.

Otro aspecto relevante: los médicos nunca hacemos juicios de valor ni sobre el pasado ni sobre el presente. No es nuestra misión ver el lado “moral” de las cosas que han sucedido ni de las que suceden y mucho menos aprobar o condenar lo hecho. Esta afirmación puede causar escándalo si se malentende el término “moral”. Tampoco es el momento de entrar a desmenuzar la complejidad de dicha prostituida palabra. Quizá haya otra ocasión. Para el lector bienintencionado quedará claro (espero) si digo que aquí moral significa valoración que tiene su origen y su fundamento en las creencias y/o las ideologías de cualquier tipo.

Porque no cabe duda de que el médico tiene una ética y además una ética exigente que, como toda ética, posee el elemento moral prescriptivo. No hace falta tampoco insistir demasiado en ello. Y además toda la actividad médica tiene, en sí, un fortísimo carácter prescriptivo.

Cualquiera dirá, con razón, que nos pasamos la vida indicando y prohibiendo, aconsejando y prescribiendo, recomendando e incluso ordenando que se haga esto o lo otro. Y es verdad. Pero espero que todo el mundo entienda la sutil pero definitiva línea que separa el mundo de los valores optativos del mundo de los valores operativos. El médico quiere sanar, cuidar y ayudar (el médico y, por extensión, todo el personal sanitario). Y para eso se basa exclusivamente en las armas que le dan el conocimiento y la ciencia. Y esta decisión firme está por encima de las apreciaciones valorativas “morales” y mucho más por encima de valoraciones ideológicas (de cualquier tipo) o políticas.

Y esta convicción es la que fundamenta la posición desde la que abordamos este fenómeno actual de la pandemia de coronavirus.

LA PANDEMIA COMO CATÁSTROFE

La pandemia en su similitud con otras situaciones de excepcionalidad social

En algunas ocasiones se ha querido ver en las consecuencias de la pandemia actual una situación similar a la que produce el estado de guerra en las naciones contendientes. Es cierto que, en el terreno exclusivamente asistencial, la expansión exponencial del número de afectados hizo pensar en que habría que establecer un *triaje* selectivo que diese prioridad a los enfermos con más posibilidades de recuperación y colocase en un segundo plano de la provisión de cuidados especiales a los que tenían menos. La medida se inspiraba en la necesidad de optimizar los recursos y en el temor fundado al colapso de los dispositivos asistenciales. Esta medida es parecida a la que, en tiempos de guerra, usan los hospitales de campaña cercanos a la línea de fuego: los heridos son clasificados en base a la gravedad de sus lesiones y se prioriza a los que tienen posibilidades de recuperación frente los muy graves o irrecuperables. En esto, efectivamente, la pandemia provocó, aunque solo en algún momento y en algún país, medidas de “sanidad de guerra”.

Pero aquí acaban las coincidencias y semejanzas. En los otros dos terrenos (económico y político) la pandemia no se asemeja a una situación bélica. Sin entrar en demasiados detalles, solo diremos que la economía de guerra es hiperproductiva, aunque tienda a ser monográfica y centrada especialmente en armamento y provisiones para el ejército con prioridad sobre la población civil; en cambio la pandemia paraliza la economía. Además, la guerra aumenta el empleo y provoca el uso de prácticamente todos los recursos humanos que no estén en el frente. Por otra parte, la situación política de la guerra depende directamente de los avatares de la misma y está polarizada en la tarea de vencer al enemigo. Si la guerra se gana el vencedor se estabiliza

y si se pierde es la sociedad en su conjunto, incluida la política, la que entra en un nuevo derrotero imprevisible; en la pandemia las consecuencias son menos claras y más oscilantes. Por último, en su impacto sobre la sociedad civil la guerra es un factor de cohesión (estimulado, sin duda) por lo menos al comienzo; y al final, si se gana. Si se pierde, la sociedad en su conjunto queda destruida, al menos en su forma anterior, y generalmente se reconvierte y se innova a fondo en sus planteamientos y valores sociales.

Por eso proponemos que el modelo útil para entender las consecuencias de la pandemia es la catástrofe.

El concepto y definición de catástrofe

Como suele suceder con la definición de hechos socialmente complejos, el concepto mismo de catástrofe es problemático. Quarantelli, en 1998, publicó todo un libro intentado precisar qué era lo que podía ser entendido como una catástrofe y acabó planteando la práctica imposibilidad de hallar una definición que pueda servir para englobar los distintos (a veces contradictorios) aspectos del hecho catastrófico.

Pero a pesar de esta inicial indefinición, sí se pueden acotar algunos rasgos partiendo de una base muy general. Esta la constituye la definición de *peligro* entendido como un acontecimiento o una situación natural que implica un riesgo para los seres humanos (López-Ibor, 2005). Pero parece claro que no todo peligro (o riesgo) es catastrófico.

Hay en español dos términos que coinciden en parte: catástrofe y desastre. Estos términos existen también en inglés y esto hace que la literatura en este idioma (que es mayoritaria) use generalmente *disaster* como sinónimo de catástrofe y relegue el uso del término *catastrophe*. No obstante, algún autor (Carr, 1932) ya intentó establecer una diferencia. Para este autor, la *catastrophe* era el nudo hecho (el terremoto, la inundación, se produjese con o sin daños, en un lugar desierto o habitado, se percibiese por el ser humano o no), mientras que el *disaster* era la consecuencia de la *catastrophe*, es decir, la acción negativa que la *catastrophe* tenía sobre la gente o los bienes de la gente.

En español “desastre” tiene un significado más genérico e indeterminado (“desgracia grande, suceso infeliz y lamentable”) por lo que usaremos en adelante el término “catástrofe” que nos parece más adecuado para lo que estamos tratando y asimismo traduciremos *disaster* como catástrofe.

La palabra *catástrofe* en griego significa abatir o destruir y el diccionario de la RAE la define como “suceso infausto que altera gravemente el orden natural de las cosas”. Definición esta que sorprende agradablemente por su precisión y por lo fino de la misma, que evita entrar en las polémicas sobre su origen, materialización, consecuencias, intensidad o intencionalidad.

Veamos sus componentes: a) habla de un *suceso infausto* es decir de algo clara y definidamente negativo y perjudicial para aquellos que lo sufren. Este es un punto clave porque implica, ya de entrada, que alguien sufre sus consecuencias (en caso contrario parece difícil considerar infausto lo que no lo es para nadie y supera de entrada la dicotomía que Carr estableció); b) habla de *alterar gravemente*, es decir, no se trata de una contrariedad cotidiana ni siquiera de algo inesperado pero controlable o neutralizable; c) habla de *alterar el orden natural de las cosas*, es decir, de provocar una lesión (grave) de las estructuras preexistentes que define la normalidad habitual de la comunidad o el grupo afectado, ya sean estas estructuras materiales o sociales.

No está mal que comencemos por estos tres rasgos definitorios: negatividad, impacto grave, alteración de las estructuras (materiales o sociales).

López-Ibor, en el excelente resumen que hace en el libro antes citado (López-Ibor, 2005) de la ponencia que presentó en el Congreso Mundial de Psiquiatría de Osaka (agosto de 2002), analiza rápidamente los siguientes rasgos, que ayudan a perfilar la definición anterior: a) la magnitud del daño producido; b) la excepcionalidad del agente que lo produce; c) la naturaleza de dicho agente; d) la amenaza que causa al sistema social; e) la acción potenciadora de vulnerabilidades sociales preexistentes.

Al mismo tiempo plantea algunas otras cuestiones que son variables moduladoras de la situación catastrófica: f) la potencial acción de la catástrofe como agente de cambio social; g) la faceta política de las catástrofes y las catástrofes como ocasión política; h) la aparición (y la necesidad) de chivos expiatorios, y i) la diferencia entre damnificados y víctimas, que antes mencionábamos.

Se trata, sin duda, de una visión muy completa del problema, aunque todos los puntos mencionados solo estén formulados, pero no desarrollados en la ponencia y en el escrito. Intentaremos aquí ir un poco más allá analizando los más relevantes.

a) La magnitud del daño producido

La definición de catástrofe supone siempre un daño sobre la vida de las personas, su integridad física, su integridad psicológica y también sobre sus bienes materiales y posesiones. Estos daños han de tener una extensión y gravedad clara y definida. No son catástrofes, por tanto, las que afectan a una o a pocas personas en un marco geográfico concreto, por muy devastadora que sea dicha afectación. Para estas circunstancias de accidentes o sucesos graves, pero circunscritos, se ha usado la expresión «hechos catastróficos». Pero un hecho catastrófico no es una catástrofe. Generalmente se ha usado el número de personas afectadas como medida de la condición de

catástrofe. No hay acuerdo en cuantos afectados se necesitan. Los autores oscilan entre 25 y 1.000 (muertos o heridos), lo cual es un rango demasiado amplio. Otro criterio es la cuantía económica de las pérdidas materiales, que varían según los países y que siempre se establecen alrededor de un millón de la moneda nacional.

En cualquier caso, hay que dejar claro que la condición de una situación adversa sobrevenida para ser definida como catástrofe implica en primer lugar que la magnitud del daño producido sea amplia grave y con una repercusión económica importante.

b) La excepcionalidad del agente productor de la catástrofe

Toda catástrofe tiene algo de hecho disruptivo de la cotidianeidad. Incluso en aquellos sitios donde la catástrofe está potencialmente presente (zonas volcánicas, y sísmicas, terrenos propensos a las inundaciones, etc.) la catástrofe siempre es inesperada. Aunque la población conozca el riesgo, no está centrada habitualmente en el mismo y mantiene por lo general su vida normal. Esto es un hecho: en las zonas sísmicas, por ejemplo, la población hace habitualmente vida normal; en las zonas propensas a las inundaciones cíclicas, la gente construye casas en los cauces inundables. Hay como una especie de aceptación aparente de la indefensión y del riesgo. En definitiva, una negación del mismo. Esto se puede explicar fácilmente por la necesidad de evitar una situación de tensión que resultaría insoportable e imposible de afrontar si se alarga en el tiempo. La capacidad del ser humano para ignorar el riesgo es sustancialmente un mecanismo de defensa de la integridad del yo.

Por tanto, toda catástrofe es, psicológica y socialmente, un hecho súbito e inesperado. Y este hecho único e inesperado tiene un segundo y lógico apellido: es excepcional, no es algo que suceda todos los días, no es algo cotidiano.

c) La naturaleza del agente productor de la catástrofe

Este es un terreno de debate. Tradicionalmente se estimaba que las catástrofes tenían dos orígenes claros: o eran provocadas por causas naturales o estaban originadas por actos humanos bien activos (comisión directa e intencionada) o bien pasivos (falta de vigilancia o de diligencia en determinadas circunstancias). Esta distinción tiene matices, aunque se conserva en sus elementos básicos. Como ejemplos de catástrofes naturales se han puesto los terremotos, las inundaciones y las erupciones volcánicas. El listado de catástrofes causadas por el ser humano es más largo y tiende a crecer con el paso del tiempo (es un tema abierto). En él se incluyen las guerras y las

atrocidades y crímenes que se comenten en su curso, las catástrofes producidas por los accidentes en el uso de la energía nuclear con fines pacíficos y los grandes accidentes de la industria química, pero también los actos terroristas masivos, tanto puntuales como mantenidos en el tiempo. Por último, cada vez hay más literatura científica que apuesta por considerar a las epidemias como catástrofes y analiza los pormenores de su abordaje y resolución desde la óptica de estas últimas.

Esta tendencia aparece claramente con los trabajos que tratan sobre la epidemia de ébola (Calain, 2016) y parece claro que es la forma como debe ser contextualizada y analizada la actual pandemia de COVID-19.

La primera inclusión de una forma explícita de la actual pandemia de COVID-19 en la categoría de las catástrofes la ha hecho un grupo italiano en abril de 2020 (Coccolini y cols, 2020). Su trabajo ha estado centrado en analizar los niveles de intervención y hacer una crítica muy bien fundamentada de los fallos habidos en la respuesta dada a esta catástrofe. No los recogeremos aquí. Son una lista de ocho tipos de deficiencias que reflejan bien la situación en el mundo a mediados de dicho mes. Los autores subtitulan su trabajo como “el síndrome de Casandra”, aquella sacerdotisa de Apolo a la que el dios, al no ceder a sus pretensiones, condenó a no ser creída jamás a pesar de anunciar cosas verdaderas. Es un subtítulo adecuado y realista.

d) La amenaza al sistema social

La ONU a través de su Comité Coordinador para las Catástrofes (ONU, 1992) estableció que una catástrofe, desde el punto de vista sociológico, “es un acontecimiento localizado en el tiempo y en el espacio que produce condiciones bajo las cuales la continuidad de las estructuras y de los procesos sociales se vuelve problemática”.

Esta afirmación constituye un hecho inherente a la situación catastrófica y ha sido remarcado, de diversas maneras y con intensidad también diversa, por muchos autores. En todas las catástrofes se produce, por tanto, una lesión importante del tejido y de la estabilidad social, ya estemos ante catástrofes naturales, catástrofes causadas por la impericia o la negligencia humanas o catástrofes causadas intencionalmente por designios o decisiones de personas. En este último caso, en el que hay que incluir las guerras y los atentados (terroristas), se potencian, si cabe, estos efectos, en la medida en que son un objetivo buscado y no una consecuencia de la situación catastrófica. No es el momento de profundizar en esta circunstancia, pero si en la guerra el objetivo es doblegar al enemigo (y para ello una de las operaciones anejas es quebrantar lo más posible su sistema social), en el atentado terrorista el principal y casi único objetivo es destruir lo más profunda e intensamente posible el tejido (y los valores) de la sociedad contra la cual se atenta. Por eso en los atentados terroristas el objetivo buscado no es el daño en sí (necesariamente

limitado) sino su repercusión y su acción disolvente sobre la estabilidad y los valores de la sociedad que lo sufre. “Socializar el dolor”, decía un slogan de ETA.

Hay también otro aspecto importante en las repercusiones sobre la estructura social de una catástrofe. La OMS (1991), en uno de sus documentos —que es verdaderamente apreciable y que escapa a la tendencia de esa organización a las generalidades más o menos útiles—, decía que “una catástrofe es una severa disrupción psicológica y psicosocial que excede ampliamente la capacidad para afrontarla por parte de la comunidad afectada”.

Aquí el impacto subjetivo sobre los individuos (psicológico) y sobre el grupo afectado (psicosocial) es puesto en primer término y al lado (o por encima) de los efectos nocivos sobre los cuerpos y sobre los bienes. No es necesario precisar que son las amenazas y los daños que afectan a la vida y a los bienes de la gente los efectos inmediatos de una catástrofe, y que es precisamente sobre dichos daños sobre los que aparecerán las lesiones psicológicas y las acciones destructivas sobre lo social; pero la advertencia de la OMS tiene una interpretación que hemos de tener presente en nuestro razonamiento: la indemnidad de muchas personas, que no resultan afectadas en una catástrofe ni física ni ganancialmente, puede verse sin embargo seriamente lesionada. Veremos que esta circunstancia se dio con una frecuencia alta en los estudios realizados sobre las víctimas del terrorismo en España (Baca y cols, 2003).

Al mismo tiempo, la OMS señala otra de las características básicas de la catástrofe: la incapacidad de las estructuras preexistentes para afrontarla. Ya en 1989 Crocq detalló las afectaciones que necesariamente tendrá cualquier tipo de catástrofe sobre la estructura y el funcionamiento social. Estas afectaciones podrían lentificar, detener, anular e incluso destruir definitivamente aspectos como los sistemas de información, la circulación de personas y bienes, la producción y consumo de energía, la distribución de agua y alimentos, los cuidados sanitarios, el orden público, la seguridad e incluso las posibilidades de enterramiento de los muertos y las ceremonias funerales.

Las observaciones de Crocq (1989, 1997, 2002) se han materializado ya en muy diversas ocasiones dependiendo de la intensidad de la catástrofe y la fortaleza de la estructura social sobre la que se produjo, pero son un buen ejemplo de que hay muchas cosas conocidas y previstas que, a veces, parecen ignorarse. Todo lo que señalaba Crocq ocurrió, por ejemplo, en el terremoto de Haití.

e) La acción potenciadora de vulnerabilidades sociales preexistentes

Es razonable pensar que el impacto de la catástrofe no es igual en un país que en otro. Incluso el impacto puede ser distinto en ámbitos sociales diferentes del mismo país. Tanto el nivel económico como el nivel cultural, el equipamiento a disposición del individuo o del pequeño

grupo (*v. gr.*, la familia) y la clase social, son elementos discriminantes a la hora de sufrir y reaccionar al impacto de una situación catastrófica. En cualquier caso, la catástrofe pondrá a prueba las capacidades de resistencia y adaptación de las personas y de los grupos y dichas capacidades es evidente que están muy en relación con la situación y el comportamiento previo de dichas personas y grupos. Se puede decir que la catástrofe tiene una especial capacidad de poner en evidencia todos los defectos potenciales de la estructura y función del lugar y de las personas a las que ataca. En este sentido (y entiéndase bien esta frase) la catástrofe realiza por sí misma un retrato claro e inmisericorde de las grietas de cualquier sociedad (también de las estructuras políticas, como veremos).

Se han estudiado las diversas variables, sociodemográficas fundamentalmente, que pueden predecir una mayor vulnerabilidad ante las catástrofes. Son estudios muy estimables, pero cuyos datos presentan dificultades en su generalizabilidad. La variable “situación preexistente” y la evolución de la misma bajo el impacto es la que merecería mayor atención.

f) La potencial acción de la catástrofe como agente de cambio social. La faceta política de las catástrofes

Ya hemos visto como las catástrofes ejercen un fortísimo efecto sobre la estructura social y también por supuesto sobre la vida cotidiana de la gente que las sufre. Pero este efecto social representa al mismo tiempo una modificación de las estructuras sociopolíticas que puede darse bien como efecto “vegetativo” de la situación catastrófica o puede ser manejada en un uso, más o menos espurio, de los juegos de poder. No es necesario recalcar que la situación de catástrofe supone, como venimos diciendo, un estado inesperado y fuertemente impactante de debilidad, desconcierto y confusión social cuando no de miedo, indefensión y colapso. En estas circunstancias no es difícil imaginar como se pueden alterar, espontánea o intencionalmente, las reglas del juego sociopolítico preexistente

Algunos autores han insistido sobre este tema estableciendo relaciones entre la intensidad de desastre y la estabilidad política (Druy y Olson, 1998).

La afectación de lo que se ha llamado “capital social” es también un efecto interesante de estudiar en las catástrofes. Varios autores han publicado recientemente trabajos sobre este tema (Albretch, 2018; Zahnow y cols, 2019). El capital social es una variable basada en el grado de confianza social, es decir, en el grado en que la población confía y está tranquila acerca de la solidez y el funcionamiento de las estructuras sociales en las que vive. Los resultados apuntan consistentemente a que la gravedad del desastre —y sobre todo el número de muertes— es un factor de pérdida de capital social y que —como observamos nosotros en los estudios de las

víctimas de terrorismo en España— el soporte familiar y del grupo social más próximo es un elemento decisivo a la hora de conjurar esta pérdida.

Pero las consecuencias sociopolíticas también pueden manifestarse como tales. Powderly (2019) ha publicado un interesante trabajo centrado en las repercusiones sociopolíticas del hambre que asoló Irlanda en 1840. Una epidemia de un hongo arrasó la cosecha de patatas, alimento básico de la población, y la subsiguiente hambruna indujo una masiva emigración irlandesa hacia Estados Unidos donde tuvo una repercusión decisiva en la evolución social, económica y política del relativamente nuevo país.

Una primera categorización de las catástrofes

En la clasificación de las catástrofes hay que hacer una primera distinción (no exhaustiva sino indicativa) atendiendo a su forma de aparición y tiempo de acción sobre una población determinada. De esta forma tendríamos:

a) *Catástrofes de comienzo súbito y acción corta pero muy destructiva*

El ejemplo más claro son los terremotos y las inundaciones. Tras la catástrofe, los afectados solo han de enfrentarse con las consecuencias del hecho cuya intensidad condiciona la devastación producida. Esta devastación supone, sin duda, consecuencias negativas a nivel personal (con un grado alto de variabilidad de su intensidad entre los individuos), a nivel social (con afectaciones distintas según otras variables como son el nivel socioeconómico y cultural de los afectados) y, por supuesto, a nivel político, tanto por la manera como se afronte la situación como en la forma de organizar la ayuda e iniciar la reconstrucción. Al ser catástrofes que actúan sobre una geografía concreta y más o menos extensa, la posibilidad de ayuda exterior es factible y generalmente se produce, aunque con efectividad variable según la intencionalidad, la organización de la ayuda, pero también según el tejido social intacto de la zona afectada y las circunstancias políticas de la misma. Sobre la influencia de esta última en la reacción ante la catástrofe hay un interesante trabajo recientemente publicado (marzo) y de lectura recomendable (Brukle, 2020).

Ejemplos de estas catástrofes que representaban bien las diferencias entre daños producidos, respuesta social y tareas de ayuda y reconstrucción que puede haber entre catástrofes con la misma causa son el terremoto de Kobe (17 de junio de 1995), el de Mánara (17 de agosto de 1999), el de Atenas (7 de septiembre de 1999), y el de Haití (12 de enero de 2010).

b) *Catástrofes de comienzo súbito y evolución lenta*

Están representadas por los accidentes en centrales nucleares. Las consecuencias iniciales se solapan con los efectos que persisten produciendo nuevos afectados y destruyendo también (o, al menos, contaminándolo gravemente) el ambiente circundante de manera irreversible y muy duradera. En estos casos el recuento de víctimas iniciales se complica con la identificación de las víctimas subsiguientes. Pero es importante señalar que no hay, en puridad, víctimas nuevas a no ser que se cuenten las producidas por entrar en el área afectada tras el accidente. Los casos “nuevos” en realidad son afectados primarios, no detectados hasta tiempo después debido a la propia evolución de su afectación. Si la afectación material y las consecuencias sobre el medio ambiente de las áreas afectadas es tremenda y persistente, igualmente lo es la acción destructiva sobre la estructura social. En estos casos, el impacto también tiene consciencias políticas no solo en la forma de afrontar la situación crítica sino, y muy especialmente, en el manejo de la información y en la supeditación de la respuesta a estrategias político/ideológicas. Ejemplo de estas catástrofes que representan muy bien las distintas estrategias de abordaje y los condicionantes antes mencionados, son los antes citados accidentes en centrales nucleares (Three Mile Island el 28 de marzo de 1979; Chernobil el 26 de abril de 1986; Fukushima el 11 de marzo de 2011). La forma en que se abordaron y evolucionaron los tres casos ejemplifica bien las distintas formas de gestionar este tipo de accidentes catastróficos.

c) *Catástrofes de comienzo lento e insidioso, alta capacidad de difusión y persistencia indefinida, en las que las consecuencias inmediatas se solapan con los nuevos efectos negativos, que pueden crecer sin control.*

Son las epidemias. Y las epidemias presentan todas las características que hemos ido viendo en las catástrofes, añadiendo a lo que se ha dicho de estas últimas algunos rasgos y consecuencias específicas. Y cuando la epidemia alcanza las proporciones de pandemia y se extiende sin límite alguno por todo el mundo, su calificación como catástrofe y su análisis como tal es un imperativo de la lógica de los hechos.

En consecuencia, y sintetizando nuestra posición, estimamos que la actual pandemia de COVID-19 ha de ser considerada una *catástrofe global* y que así debe conceptualizarse y tratarse. Lo que permite aplicar a su comprensión y abordaje todo lo que sobre catástrofes se ha aprendido. Teniendo en cuenta, eso sí, que se presenta con características hasta ahora desconocidas, que no deja indemne aparte alguna del globo y que, al margen de su gravedad relativa y de las cifras de

mortalidad diferencial, que aún no conocemos, va a causar un impacto de magnitudes nuevas e imprevisibles. Se ha comparado con una guerra extendida, pero en las guerras que se han producido en el pasado, especialmente en el siglo XX (guerras llamadas “mundiales”) siempre han existido zonas libres de conflicto (países neutrales). En la pandemia COVID-19 no hay neutralidad posible y nadie está a salvo. Todo ello configura un escenario inédito que ha de hacernos pensar no solo en lo que se ha hecho, lo que se está haciendo y lo que se debería hacer, como plantea el grupo de Cocolini, sino en lo que hay que pensar para el día en que la situación de estabilidad vuelva a un mundo que hay que temer que ya no será este que conocemos.

UNA CUESTIÓN FUNDAMENTAL: ¿ENFERMOS, DAMNIFICADOS O VÍCTIMAS?

Es bien sabido que el lenguaje no solo configura, sino que confirma la realidad. Adán expresa su dominio sobre los animales del paraíso nombrándolos, poniéndoles nombre. Y sin necesidad de ir hasta tan ilustre antepasado, en la realidad social actual, la forma como nos nombramos (nos nombran) al definir el papel social que desempeñamos, supone, *de facto*, una reificación de dicho papel, una confirmación que muchas veces llega a ser hasta el fundamento de la definición de derechos y obligaciones frente a sí mismo y a los demás. Para reforzar este hecho existe el respaldo legal que lo pone en negro sobre blanco.

La categorización que se deberá hacer con los afectados por la pandemia es una de las cuestiones que van a constituir un problema a resolver en el momento en que dicha pandemia, la catástrofe, se cronifique, se palíe o desaparezca en su forma aguda (cabe pensar que hasta que exista un medio de prevención eficaz —una vacuna— y sea posible la extensión mundial de su uso, el COVID-19, como otros virus, ha llegado para quedarse).

Tendremos pues que afrontar la necesidad de definir qué son los afectados: enfermos, damnificados o víctimas. Y en esta definición van implícitas más cosas de las que una mirada superficial puede sospechar. Veamos:

Esta pandemia ha supuesto fácticamente una primera y burda clasificación de la población —aún en debate— que puede ser central a la hora de establecer las medidas subsiguientes en el orden sanitario, pero también en los derechos de protección, laborales y del status social.

La población mundial se ha clasificado (y esta clasificación se materializará de formas distintas según el país al que pertenezcamos), en los siguientes apartados: a) sanos no contagiados (y, por tanto, susceptibles de ulterior contagio); b) sanos portadores del virus, bien sin ningún tipo de síntomas, bien paucisintomáticos (y por tanto potenciales transmisores); c) infectados curados

actualmente sanos (y por tanto considerables como inmunizados, con todas las dudas que todavía persisten sobre la naturaleza y duración de dicha inmunización), y d) contagiados que están desarrollado la enfermedad en sus distintos grados (y, por tanto, potenciales transmisores, así como subsidiarios de cuidados médicos).

A estas categorías habrá que añadir necesariamente una especie de “efecto halo” que componen los muertos por la pandemia y las familias de afectados y muertos.

Aquí es donde la *distinción entre enfermos, damnificados y víctimas* adquiere una relevancia decisiva.

¿Qué es un enfermo?

El estatus social de enfermo y su rol en la cultura europea (y por supuesto en España) supone siempre una *situación en la que sus obligaciones sociales y laborales quedan suprimidas hasta su total recuperación. Asimismo, el sujeto afectado ha de “desear” curarse y ha de colaborar para ello con la atención médica que le es facilitada*. Si se produce la recuperación total, el sujeto vuelve a su estatus y rol previos a la enfermedad y ahí acaba el episodio. La enfermedad por tanto no supone más que el derecho a ser cuidado según la *lex artis* y (en España) a ser económica y laboralmente protegido durante su curso y evolución. Este derecho no es un “contrato de resultados” sino un “contrato de cuidados”, por lo que si se produce la muerte del sujeto por razones inevitables en el proceso patológico —y se ha cumplido escrupulosamente la *lex artis*— no hay motivo de reclamación por parte de familiares. Por el contrario, si se considera que ha habido negligencia o error punible, el camino de la reclamación por vía judicial (civil o penal) para aquellos familiares que se consideren perjudicados, está abierto.

En la enfermedad, el paciente (el enfermo) es el centro de la atención y le están reservados todos los derechos sobre aspectos clave como la confidencialidad de los datos personales y de su dolencia y la toma de decisiones sobre cualquier tipo de medida propuesta. Este derecho solo se quiebra en dos casos: por incapacidad (temporal o definitiva) del paciente o por minoría de edad. La incapacidad no la puede determinar nadie más que un juez, con el asesoramiento debido.

¿Qué es un damnificado?

El damnificado es *el que ha recibido grave daño de carácter colectivo*. Son dos, por tanto, las notas de esta definición: gravedad de lo sufrido y afectación no solo de un individuo sino de un grupo más o menos grande. Generalmente, los afectados por catástrofes son considerados *prima facie* como damnificados.

La legislación española que aborda el problema de las catástrofes y su tratamiento (es decir de las medidas dispositivas que ha de tomar la administración ante el hecho de que una parte de la población esté siendo o haya sido afectada por una situación catastrófica) están plasmadas en la ley 17/2015 de 9 de julio, del Sistema nacional de Protección Civil (*BOE*, núm. 164, de 10/07/2015 y entrada en vigor el 10/01/2016).

En resumen, esta ley reconoce la protección y atención de todos en casos de catástrofes (art. 5). Este artículo también señala el derecho de los afectados a ser identificados lo más rápidamente posible y de las familias a ser informadas del daño sufrido por sus allegados.

La Ley señala asimismo el derecho de la población a la información “adecuada” sobre los riesgos posibles (art. 6) y define las limitaciones que se pueden imponer, las restricciones de derechos que se pueden hacer y especifica que “las medidas restrictivas de derechos que sean adoptadas o las que impongan prestaciones personales o materiales tendrán una vigencia limitada al tiempo estrictamente necesario para hacer frente a las emergencias y deberán ser adecuadas a la entidad de la misma” (art. 7.5).

¿Y cómo son tratados los damnificados por las situaciones catastróficas en el campo siempre problemático del resarcimiento de daños y pérdidas materiales y humanas? La ley reconoce compensaciones en el marco de los aseguramientos públicos y privados e incluso habla en su artículo 22 de que “cuando se hayan producido daños personales se concederán ayudas económicas por fallecimiento y por incapacidad absoluta y permanente”.

Se dibuja así el campo en el que la consideración social del damnificado se mueve: hay deber social de atenderle en su desgracia y en sus pérdidas, hay deber de colaborar con las administraciones en el afrontamiento y resolución de las consecuencias catastróficas, hay posibilidad de limitación de los derechos en esas situaciones y hay, más o menos bien definida, la consideración de que las pérdidas de vidas humanas han de ser tenidas en cuenta a la hora de compensar indemnizatoriamente a los familiares de las mismas.

Comienzan ya a verse unas primeras diferencias entre el status que supone la calificación de enfermo y la calificación de damnificado. En el primero, el deber para con el sujeto cesa cuando se cura o cuando muere y no hay mención a la posible compensación material o moral de su familia y allegados, más allá naturalmente de la que es fruto de la educación, la cercanía o de los usos sociales ante la muerte.

El damnificado, por el contrario, está en el ámbito de la generación de derechos. Estos derechos son fundamentalmente indemnizatorios y se extienden, en cierto nivel, hasta su familia y allegados.

Hay en el mensaje implícito de los vericuetos legales y administrativos diseñados para afrontar las situaciones de catástrofe un sentido implícito, pero potente, que debemos tener presente. Así como el “deber social” con el enfermo acaba con su recuperación o muerte, el deber

social con el damnificado no está limitado en el tiempo sino por la compensación de las pérdidas y puede extenderse más allá incluso de la muerte misma, en la medida en que familiares y allegados son receptores, subsidiarios pero presentes, en dicha compensación. La señal que esto implica es poderosa, aunque no se explicita. El damnificado se convierte en una persona deudora de una sociedad (y de unas estructuras de gobernanza) que no han podido o no han sabido protegerlo. Recordemos que indemnizar es “resarcir de un daño o perjuicio”. Y la indemnización es uno de los derechos definitorios de la condición de damnificado.

¿Qué es una víctima?

Una víctima, en su descripción más básica, es una *persona que ha sufrido una agresión grave (la mayoría de las veces potencialmente mortal) de forma inopinada y sin que su conducta la haya puesto en ocasión de riesgo o peligro (al menos de manera muy significativa) de sufrirla*. La victimización es, por su parte, el largo y a veces complejo proceso a través del cual la víctima toma una conciencia especial de su situación y tiende, desgraciadamente, a convertirse en una circunstancia que acaba definiendo y condicionando prácticamente la conducta, los valores y la vida cotidiana de la víctima. Víctima y victimización son, por tanto, circunstancias que, partir de un hecho objetivamente traumático y vivido como inesperado, injusto y peligroso, se crea una situación en la que la víctima “se instala” y se autodefine.

En la segunda mitad de la década de los 90 en el siglo pasado y en la primera del presente hubo una tendencia a extender el concepto de víctima a situaciones traumáticas no solo menos graves, sino que incluso pudieran ser meramente subjetivas. Esto sucedió a raíz de la popularización del denominado Trastorno por Estrés Postraumático (TPET) que fomentaron algunos autores y profesionales, banalizadores impenitentes de esta grave patología (Baca, 2002). Quede claro y firmemente establecido que la característica de gravedad objetiva del trauma es una condición inexcusable para hablar de verdadera victimización y eventualmente, de aparición del TPET (Gilaberte y Baca, 2000).

En cualquier caso, la literatura sobre la víctima, la victimización y sus consecuencias es muy amplia, y en España ha estado dirigida fundamentalmente al estudio de las víctimas del terrorismo, que ejemplificaba muy bien la totalidad de las consecuencias que los atentados suponían para las personas afectadas y para sus familias, así como las repercusiones que la victimización implicaba desde el punto de vista no solo de la salud mental sino de la estabilidad laboral, relaciones familiares y sociales y cambio de los valores personales y familiares. También fue la ocasión de valorar mediante los datos reales los impactos que el proceso de victimización tenía sobre la conducta futura de los supervivientes y, lo que se reveló como más importante,

sobre las familias de los que, o bien habían fallecido, o habían sobrevivido con lesiones (Baca y cols, 1997; 2000; 2003; 2004; 2005).

En la historia de las víctimas nunca se había considerado la enfermedad como causa de victimización. En el caso de los afectados por las catástrofes, han sido vistos a veces como víctimas y a veces como damnificados. López-Ibor, en su trabajo citado (2005), insistía en que considerar a los afectados por una catástrofe como víctimas era un error y lo argumentaba diciendo que mientras la víctima era “una persona que queda atrapada en la situación”, el damnificado connota “movilidad psicológica”. No le faltaba razón. Es un hecho que la victimización, como antes se ha apuntado, puede producir y produce en un importante número de ocasiones una instalación del sujeto victimizado en ese status especial que frena las posibilidades de reincorporación al mundo de los demás.

Pero estamos ante un hecho insólito: la pandemia del COVID-19 ha adquirido todos los rasgos de una catástrofe global y ya no puede ser contemplada exclusivamente bajo los parámetros habituales de la enfermedad. Los afectados son más que enfermos y sus familias y el propio tejido social están ya dentro de las características que definen a los de damnificados (estén o no infectados y sea cual sea su evolución). Falta dar el último paso que es el de *considerarnos a todos nosotros como víctimas de un agresor inimputable*. Pero las víctimas, por su propia condición, no solo buscan un responsable (y lo buscan incansablemente) sino que tienden a constituirse en un grupo organizado reivindicativo frente a quien les hizo daño o no les protegió diligentemente del daño recibido. Y no es fácil, una vez situada en esa tesitura la persona, revertir el proceso (Baca, 2006).

Tengamos por tanto bien claro que la denominación de lo que nos sucede y el nombre que nos demos (y nos den) a los que lo padecemos, no es una cuestión menor sino algo que definirá muy sustancialmente el futuro que nos espera.

Y será una irresponsabilidad que ese nombre se decida y se dé en los discursos o en las tertulias por gentes que ya comienzan a hablar de víctimas sin conocer las consecuencias que se derivan de sus frivolidades.

ANEXO

(a 21 de abril de 2020)

LOS HECHOS Y LOS DATOS

El comienzo

Según todas las informaciones oficiales, el 29 de diciembre de 2019 ingresan en un hospital de Wuhan, provincia de Hubei, en China, cuatro personas aquejadas de neumonía. Todos ellos trabajaban en un mercado de alimentos que comercializaba mariscos y animales vivos. El hospital alerta al CCDC chino. El 30 de diciembre se presentan más casos, también trabajadores del mismo mercado y se inicia una investigación con personal del CCDC chino.

El 31 de diciembre se comunican los casos a la OMS. En este momento son 27, siete de ellos en estado crítico. El mercado, origen de los primeros enfermos, ha sido ya cerrado.

Se descarta que el patógeno causante de la infección sea el SARS, el MERS, la gripe común, la gripe aviar u otros virus. El día 7 de enero científicos chinos aíslan el virus y realizan la secuenciación genómica de éste. Se pone esta secuenciación del genoma a disposición de la OMS el día 12 de enero y comienza la producción, por parte de laboratorios de varios países, de la tecnología PCR para la identificación viral.

Cronología de la expansión del virus

La expansión del virus fuera de China se inicia en Japón, donde aparece el primer caso el 16 de enero de 2020. Siguen la presencia de casos en Corea (20 de enero), Estados Unidos (21 de enero), Francia (24 de enero), Alemania (27 de enero) e Italia (30 de enero). Según las informaciones dadas hasta el momento (y que no es extraño que deban ser matizadas) el primer caso conocido en España es un alemán en Canarias, 31 de enero de 2020. En esa fecha ya se han reportado casos en 23 países.

El 1 de enero la OMS da el aviso de “emergencia de salud global”.

En España muere la primera persona afectada (identificada *a posteriori* mediante autopsia) el 13 de febrero en Valencia.

En Portugal se da el primer caso el día 2 de marzo de 2020 y el 11 del mismo mes la OMS declara oficialmente *pandemia mundial* cuando se superan los 100 países afectados.

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declara el estado de alarma en todo el territorio nacional.

El 17 de marzo el COVID-19 (nombre oficial provisional que la OMS da a la enfermedad, no al virus) está presente en todos los países europeos y el 23 de marzo en todos los países de América, tanto del norte como del sur.

Recomendaciones que hizo la Comisión Mixta China-OMS (16 a 24 de febrero de 2020)

Es importante conocer qué recomendaciones hizo la comisión mixta OMS-Gobierno chino tras la constatación de lo sucedido en Wuhan, tras los datos de la expansión de la enfermedad y tras dar la OMS la alerta por “emergencia de salud global”.

Sintetizando el documento citado (fácil de consultar en la red y que también contiene instrucciones específicas para China, para los países aún no infectados, para la población general y para la comunidad internacional) se encuentran las siguientes disposiciones para aquellos países que habían importado casos y/o se habían producido casos por contagio entre la población:

1. Activación inmediata del más alto nivel de los protocolos de gestión de la respuesta nacional que asegure la total implicación (*approach*) del gobierno y de la sociedad que sea necesaria para contener el COVID-19 con medidas de salud pública no farmacológicas.
2. Priorizar la identificación activa y exhaustiva de casos con realización inmediata de pruebas y aislamiento, con un concienzudo rastreo de los contactos y una rigurosa cuarentena de los contactos cercanos.
3. Educación total de la población general sobre la gravedad del COVID-19 y sobre su papel en la prevención de su diseminación.
4. Vigilancia inmediata y extendida para detectar las cadenas de transmisión del COVID-19, haciendo pruebas a todos los pacientes con neumonías atípicas, realizando *screening* en algunos pacientes con enfermedades del tracto respiratorio superior y/o con exposición reciente al COVID-19 y añadiendo pruebas específicas del COVID-19 a los sistemas de vigilancia existentes (por ejemplo, sistemas para los síndromes griposos y SARI).
5. Dirigir planificaciones y simulaciones con escenarios multisectoriales para el desarrollo de medidas más restrictivas necesarias para interrumpir la cadena de transmisión de la

enfermedad (Por ejemplo, suspensión de los encuentros multitudinarios (*large-scale gatherings*) y cierre de los colegios y puestos de trabajo.

La situación actual a fecha 21 de abril de 2020

No es posible determinar, ni siquiera aproximadamente, las cifras reales de morbilidad (tanto de incidencia como de prevalencia) y de mortalidad del COVID-19. Para estimar la incidencia (número de nuevos casos) y la prevalencia (cifra total de infectados en un tiempo concreto) se dispone únicamente de morbilidades administrativas que, como es bien sabido, recogen el número y frecuencia de los pacientes que acuden al sistema sanitario de cada país. Estas morbilidades administrativas están, lógicamente, condicionadas tanto por la disponibilidad de los recursos sanitarios como por su accesibilidad y también por el sistema de registro y definición de caso que dichos servicios hagan. La accesibilidad del sistema sanitario está a su vez condicionada por tres tipos distintos de barreras que el peticionario de atención ha de superar: a) la barrera geográfica (distancia desde el domicilio del paciente al centro o dispositivo que incluye también las posibilidades de transporte disponibles para el sujeto); b) accesibilidad económica (relativa al coste que se le exige para su atención y a la disponibilidad económica del sujeto), y c) accesibilidad burocrática (exigencias administrativas y facilidad para poder cumplirlas).

Por otra parte, las cifras brutas de mortalidad exigen una definición concreta de qué es un caso (tema central en la epidemiología) y la constatación, clínica o incluso anatomopatológica, de que la muerte se ha producido por el virus. Estas cifras brutas se ven alteradas tanto si hay casos de muerte por COVID-19 que no se diagnostican y se achacan a otras causas, como si hay casos de muerte por otras causas que se achacan al virus.

No cabe duda de que el factor más importante en la investigación epidemiológica es la disponibilidad de medios de diagnóstico válidos, sensibles y específicos. No hace falta subrayar la tremenda variabilidad que estas circunstancias tienen de un país a otro e incluso de una región a otra dentro del mismo país. En líneas generales puede decirse que son estrictamente dependientes de la definición de caso que cada administración sanitaria nacional ha hecho y que supone muchas veces aproximaciones distintas a la misma realidad. No tenemos hasta este momento, que se conozcan, estudios epidemiológicos realizados en población general, por lo que es lógico pensar que las cifras de afectados superan ampliamente las cifras “oficiales”. En el caso concreto de las cifras de mortalidad relativa a la población afectada no son fiables, ya que no conocemos la extensión real de dicha población afectada.

En España las cifras, que el día 21 de abril proporcionan las autoridades sanitarias oficiales, son de 204.178 contagiados, 20.282 fallecidos y 82.514 recuperados. En el total mundial serían de 2.480.749 contagiados, 170.507 fallecidos y 653.798 recuperados.

No es necesario recalcar que estas estimaciones pueden ser muy conservadoras y que deben ser vistas con la mirada puesta en las observaciones que más arriba hemos hecho. Por esta razón las menciono aquí exclusivamente como una especie de “retrato orientativo” útil para ver *cómo se considera el problema* más que como una representación fiable de la realidad epidemiológica de COVID-19.

Centrémonos en España: algunas consideraciones sociodemográficas

Tengamos ahora en cuenta algunos datos demográficos (mejor dicho, sociodemográficos) a la hora de evaluar el impacto de la pandemia en nuestro país, en la que la edad se ha convertido en un importante elemento definidor de riesgo y de protección. Prácticamente todos los investigadores y los observadores clínicos que trabajan a pie de cama han coincidido en que los mayores de 65 años tienen, una vez contagiados, un perfil de riesgo mayor de infección grave y de consecuencias mortales, mientras que los niños y los adultos menores de cuarenta años parecen presentar, en caso de infección, perfiles más leves, o incluso son portadores asintomáticos una vez infectados. Se ha aludido (y es razonable) a la mayor comorbilidad que presentan las poblaciones mayores con patologías muy diversas (hipertensión, EPOC, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.). Sin duda es una variable muy a tener en cuenta. En cualquier caso, es un hecho que el grupo etario superior a los 65 años presenta definitivamente un perfil de riesgo más grave y una vulnerabilidad mayor.

Por esta razón puede ser ilustrativo que mencionemos cual es la pirámide poblacional en España con una mención a la población mayor de 65 años y a su situación sociodemográfica.

Según los datos de Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2017 había en España un total de 8.764.204 personas mayores (65 y más años) que representaban el 18,8% del total de la población (46.572.132). Del colectivo formado por personas mayores de 65 años, el 6%, un tercio aproximadamente sobre el total, tenían 80 años y más (2.792.613 habitantes en 2015).

Por otra parte, datos de 23 de marzo de 2020 indican que hay en España 5.378 residencias de ancianos que ofrecen un total de 366.633 plazas, aunque esta cifra hay que matizarla por dificultades en la realización de un censo totalmente fiable.

La esperanza de vida de los españoles se encuentra (datos del año 2015) alrededor de los 84 años para los varones y de 85-9 para las mujeres.

El estado civil y la forma de convivencia son datos relevantes a la hora de evaluar la situación social de estos mayores. Según los datos de la encuesta de población activa de 2015 (INE) el 59,7% de las personas de más de 65 años están casadas, el 29,8% viudas, el 6,7% solteras

y el 3,8% separadas o divorciadas. Por su parte la Encuesta Continua de Hogares (INE) del mismo año nos dice que el 40,6% de las personas de 65 años y más viven en hogares unipersonales (el 11% de los hombres y el 29,6% de las mujeres). En España hay 4,5 millones de hogares unipersonales, el 41,7% de los cuales corresponden a personas de 65 años o más que, por tanto, viven solas. El 70,7% son mujeres. Contrasta esto con el hecho de que la mayoría de las personas menores de 65 años que viven solas son hombres (el 59%). Por último, otro dato a tener en cuenta: la edad media de los inmigrantes en España durante 2018 fue de 32,13 años, la edad media de los españoles es 43,9.

Un análisis superficial de estos datos hace ver que, al inicio de la pandemia del COVID-19, la población en riesgo más grave hay que situarla alrededor de casi nueve millones de personas, de las cuales son sujetos de alto riesgo casi tres millones y medio. La población ingresada en residencias, a la que se les supone en general un grado mayor de discapacidad y comorbilidad, superaría las 400.000 personas. Pero no hay que olvidar que la población menor de 65 puede presentar patologías que constituyen también un factor de riesgo añadido si se produce una infección por COVID-19. En consciencia, hemos de tener en cuenta que la edad no es el único indicador de mayor vulnerabilidad. En relación con las medidas de aislamiento y su repercusión en la población anciana pueden ser orientativos los siguientes datos: de los mayores de 65 años que viven en sus casas, un porcentaje que alcanza al 40% viven solos y representan el 41,7 % del conjunto de los españoles que viven solos. Es decir, casi la mitad de los españoles que viven solos son mayores de 65 años. De entre estos el 70% son mujeres.

Las repercusiones de la pandemia

Una situación sanitaria como la que ha supuesto supone y supondrá el COVID-19, desborda ampliamente, por su propia naturaleza, el tema estrictamente clínico y asistencial e invade otros campos que, en las grandes catástrofes, aparecen siempre interrelacionados. Y hablamos aquí por primera vez de *catástrofe* como marco conceptual y operativo en el que hay que situar la pandemia. Tendremos ocasión de analizarlo con detalle a continuación.

En un esquema comprensivo de las consecuencias de la pandemia aparecen los siguientes campos o apartados en los que la repercusión es *inmediata*:

En primer lugar, las consecuencias sobre el sistema sanitario. Por su propia naturaleza y definición, el sistema sanitario aparece como el primer implicado en la situación epidémica, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, asistencia y medidas de prevención. Esta implicación supone por tanto acciones y consecuencias en tres grandes campos de la actividad sanitaria: la clínica, la asistencia y los sistemas de información de salud.

Las consecuencias clínicas giran alrededor del diagnóstico y tratamiento de los afectados. Son por tanto subsidiarias de la investigación sobre el agente causal y los medios de combatirlo. No hace falta argumentar la importancia de estos medios, que se convierte en urgente y fundamental en los casos en los que la enfermedad es nueva y los datos son fragmentarios, provisionales o incluso contradictorios al comienzo. Aquí la formación e información de personal sanitario, su base documental (científicamente sólida) y la transmisión rápida y eficiente de las experiencias clínicas que producen *expertise*, son esenciales.

Las consecuencias asistenciales hacen referencia al impacto en la organización y provisión de los cuidados y en su estructura. Es bien conocido que la actividad asistencial exige recursos humanos y recursos materiales que su vez suponen inversiones y gastos económicos. La organización de la asistencia, que ya es fundamental en los tiempos “normales”, adquiere un matiz casi agónico en momentos de emergencia. No son tiempos que permitan una planificación sosegada y basada en datos que exijan su previa recopilación. Aquí hay que actuar sobre la base de las exigencias de la situación: la respuesta rápida y contundente; la fortaleza (o debilidad) de la infraestructura disponible y la evitación de una alarma social excesiva o innecesaria. Para estos momentos son fundamentales los planes de emergencia confeccionados previamente para situaciones similares. Y sobre esto hay que hacer dos precisiones: a) no es posible improvisar más allá de ciertos límites, lo cual implica que se está cautivo, en cierta medida, de las previsiones generales y de las “reservas de actuación” que tenga el sistema; b) el hecho de que la amenaza o la emergencia sea nueva no exime de la necesidad de la planificación y existencia de estas “reservas de actuación”. Si el sistema sanitario “vive al día” es evidente que cualquier situación crítica (y más si es masiva) lo pondrá a prueba y lo conducirá al riesgo de colapso.

Por último, todo sistema sanitario no solo debe tener activada y operativa una estructura de alertas y vigilancia epidemiológica que permita la identificación inmediata de un problema emergente, sino también (como antes mencionamos) los correspondientes planes de contingencia basados en la experiencia de situaciones previas ya sufridas. Recordemos que alertas epidemiológicas internacionales ya ha habido varias en los tiempos recientes, unas más graves y otras menos. España posee un sistema estructurado de vigilancia epidemiológica que funciona a nivel autonómico y que confluye en el CCAES (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias) del Ministerio de Sanidad. El hecho que hay que analizar es si se activan adecuadamente y si su funcionamiento es efectivo y eficiente.

En el caso del COVID-19, y sin entrar a valorar las acciones concretas emprendidas en su combate, hay que destacar una serie de rasgos que lo hacen específico y que explican como ha reaccionado el sistema sanitario ante un desafío que es nuevo en sus aspectos concretos, pero que no es insólito en su repercusión clínica, asistencial o preventiva.

Sintetizando, se puede decir que el COVID-19 es: a) una enfermedad infecciosa vírica de transmisión rápida y exponencial; b) cuyo vector es el ser humano, bien de forma directa o bien mediante contaminación de superficies; c) que tiene transmisores sanos o paucisintomáticos; d) que afecta de forma diferencial a distintos sectores poblacionales (fundamentalmente según su tramo etario); e) que no tiene aún tratamiento específico ni posibilidad de inmunización preventiva mediante vacuna.

Ante esto es evidente que las acciones clínicas han de dirigirse a la minimización de los efectos del virus en los sujetos y al tratamiento de las consecuencias más peligrosas o mortales. Para ello lo que se necesita —aparte, claro está, del aporte del material (equipamientos, aparatos y fármacos específicos)— es que el sistema no colapse y mantenga al mismo tiempo su capacidad de atender a los otros problemas de salud que, como es evidente, se seguirán produciendo. Esto supone un muy difícil equilibrio en la planificación y organización de los recursos esenciales, que ha de moverse entre evitar la tentación de “hacer monográficos” los dispositivos y, al tiempo, habilitar medios extraordinarios.

Por su parte las acciones preventivas y de control de la difusión de la pandemia exigen dos acciones polares. La primera es la identificación y aislamiento del vector de transmisión, es decir, de las personas contagiadas, tengan o no síntomas. La segunda es la protección de las poblaciones vulnerables, en este caso ancianos y personas con comorbilidades concretas.

La adopción de medidas de confinamiento general no son específicas y, en tanto tales, representan una acción de emergencia que es difícil pensar que se pueda mantener durante un tiempo prolongado. Mirada con ojo crítico es una especie de acción a la desesperada, comprensible ante una situación desbordada y justificable en el hecho del fallo, tanto de la identificación y aislamiento de los vectores infecciosos como del “blindaje” de los sectores vulnerables. Puede decirse, en síntesis, que el confinamiento general de la población es un indicativo del fracaso, la inoperancia o la insuficiencia de las verdaderas medidas preventivas, sin que esto signifique que haya existido la posibilidad real de implementar dichas medidas. Dicho de otra manera: el aislamiento general se produce en tanto fracaso preventivo, pero que se produzca no dice nada de la posibilidad real de haber implementado la prevención adecuada. En el confinamiento general se sustituye la pesca selectiva por el copo indiscriminado de la red de arrastre.

Es preciso dejar claro que un monto importante de las consecuencias económicas y de la repercusión social de la pandemia tendrá, como también veremos, su origen en las medidas de confinamiento y en la forma en que se desarrollen.

La segunda gran repercusión de la pandemia es sobre el sistema económico, tanto en cuanto afectación macroeconómica a nivel internacional y nacional como a las consecuencias sobre las economías de familias e individuos. Sobre esto ya se habla y escribe desde diversas posiciones tanto teóricas como técnicas y no parece necesario hacer aquí mención a los muy

diferentes análisis que se publican desde todas a las perspectivas posibles. Solo decir que en lo macroeconómico todo parece indicar, según dicen los expertos, que la pandemia tendrá tres consecuencias previsibles: a) disminución del PIB de los países afectados con su correlativa disminución del PIB *per capita*; b) aumento del paro, y c) aumento de la deuda nacional.

En el orden microeconómico el aumento del paro y la muy previsible disminución del nivel de vida de sectores no desdeñables de la población serán un factor muy importante a la hora de analizar la repercusión social de la pandemia.

Para contextualizar ligeramente estos aspectos en España baste citar algunos rasgos de nuestra economía, incidiendo en aquellos ítems en los que las medidas de confinamiento general de la población pueden tener un impacto mayor. Hay que dejar claro que estos datos se citan de modo indicativo y solo como motivo de reflexión y que no representan otra cosa.

El sector turístico supone en la economía española (según datos de la WTTC de 2019) un 14% del PIB. Por su parte el INE (España en Cifras, 2018) considera que el turismo, en tanto “industria” nacional, es seguido por la construcción (14% del PIB), salud (12%) y comercio (12%). La agricultura y ganadería suponen el 5% y el sector primario en su conjunto (datos de diciembre de 2019) ha reducido su impacto en el citado PIB del 14,7% al 11,8% en la última década. La principal industria en España es la automoción, que representa un 5% del PIB.

Por último, conviene citar que el 75,6% de la población activa en España trabaja en el sector servicios (tres de cada cuatro empleados).

La tercera repercusión de la pandemia actuará (está actuando) sobre el ámbito político; y no solo en la política institucional, en la medida en que se encarga de la gestión de una crisis, y que es distinta en cada país, sino de la política de partidos y de las ideologías que subyacen.

Aquí se abren también dos campos distintos y de valor real y moral muy diferente. Por una parte, está el empleo de la pandemia en la lucha partidaria por el poder. No es algo que se puede negar en ninguna de las partes en conflicto, pero sí es algo cuya elementalidad intelectual hace innecesario que dediquemos tiempo a describirlo. Sirva su mención solo como ejemplo de la erosión que una catástrofe genera en el tejido social y en el funcionamiento racional de las gentes.

Pero hay un segundo aspecto: las reflexiones que se producen (y a veces se prodigan) en distintos ámbitos del pensamiento filosófico (de filosofía política o no) sobre la repercusión histórica de la catástrofe. No es nuestro objetivo ahora sintetizar las aportaciones (la mayoría valiosas) que se están haciendo y que, sin duda, merecen y merecerán un estudio en profundidad. Un ejemplo que puede servirnos para iniciar este estudio lo representa el artículo de John Gray publicado en *New Statement* y que ha sido reproducido en *El País* del día 12 de abril de 2020.

REFERENCIAS

- Albrecht, F. (2018) Natural hazard events and social capital: The social impact of natural disasters. *Disasters*, 42:336-360.
- Baca, E; Cabanas, ML. (1997) Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. *Archivos de Neurobiología*, 60:283-286.
- Baca, E; Cabanas; ML (2000) Violencia y Psicopatología. *Archivos de Psiquiatría*, 63:193-196.
- Baca, E. (2002) Trastorno por estrés postraumático. En: Roca, M (ed) *Trastornos neuróticos*, Barcelona, STM.
- Baca, E; Cabanas ML; Baca-García, E. (2003) El proyecto Fénix. Un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En: Baca, E; Cabanas, ML (eds) *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*, Madrid, Triacastela.
- Baca, E; Cabanas, ML; Pérez-Rodríguez, M; Baca-García, E. (2004) Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y en sus familiares. *Medicina Clínica*, 122:641-647.
- Baca, E; Baca-García, E; Pérez-Rodríguez, MM; Cabanas, ML. (2005) Short and Long-Term Effects of Terrorist Attack in Spain. En: Danieli, Y; Brom, D; Sillis, J (eds) *The Trauma of Terrorism. An International Handbook*, New York, Haworth Press.
- Baca, E. (2006) Los procesos de desvictimización y sus condiciones y obstáculos. En: Baca, E; Echeburua, E; Tamarit JM (eds) *Manual de Victimología*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Burkle, FM. (2020) Declining public health protections within autocratic regimes: Impact on global public health security, infectious diseases outbreak, epidemics and pandemics. *Prehospital and Disaster Medicine*, 1:1-10.
- Calain, PH. (2016) The Ebola clinical trials: A precedent for research ethics in disaster. *Journal of Medical Ethics*, 44: 3-8.
- Carr, L. (1932) Disaster and the sequence-pattern concept of social change. *American Journal of Sociology*, 38:207-218.
- Coccolini F, Sartelli M, Kluger Y, Pikoulis E, Karamagioli E, Moore EE, Biffl WL, Peitzman A, Hecker A, Chirica M, Damaskos D, Ordonez C, Vega F, Fraga GP, Chiarugi M, Di Saverio S¹, Kirkpatrick AW, Abu-Zidan m, Mefire AC, Leppaniemi A, Khokha V, Sakakushev B, Catena R, Coimbra R, Ansaloni L, Corbella D, Catena F. (2020) COVID-19 the showdown for mass casualty preparedness and management: the Cassandra Syndrome. *World J Emerg Surg*, Apr 9;15:26.
- Crocq, L. (1989) Dimensions psychosociales de les catastrophes. *Soins Psychiatriques*, 188: 5-6.
- Crocq, L. (1997) L'Assistance médico-psychologique. Le système d'urgences. *Soins Psychiatriques*, 205: 4-6.
- Crocq, L. (2002) Special teams for medical/psychological intervention in disaster victims. *World Psychiatry*. 3:154-155.
- Gilaberte, I; Baca, E. (2000) Trastorno por estrés postraumático: Estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*, 63: 259-273.
- INE. *Encuestas de población*. Publicaciones online del Instituto Nacional de Estadística.

- López-Ibor, JJ. (2005) What is a disaster? En: López-Ibor, JJ; Christodoulou, G; Maj, M; Sartorius, N; Okasha, A. *Disaster and Mental Health*, Chichester, West Sussex, Wiley and Sons.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017) *Informe 2016. Las personas mayores en España*, Serie de Documentación y Estadísticas. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad.
- Powderly, WG. (2019) How infection shaped history. Lessons from the Irish famine. *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 130:127-135.
- Quarantelli, EL. (ed) (1998) *What is a Disaster?* London, Routledge.
- United Nations Department of Humanitarian Affairs (1992) *Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related with Disaster Management*, Geneva, United Nations.
- WHO (1991) *Psychosocial consequences of disasters. Prevention and management*, Geneva, World Health Organization.
- WHO (2020) *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 16-24 February 2020. Geneva, WHO Pub.
- Zahnow, R; Wickes, R; Taylor, M; Corcoran, J. (2019) Community social capital and individual functioning in the post-disaster context. *Disasters*, 43:261-288.