

“Urgencia vs. fiabilidad. El desafío de las fuentes en época de pandemia”

XXI Encuentro Internacional de Estadísticas de Género, 10 sept. 2020, Mexico.

Maria-Angeles Durán.

Prof. de Investigación. CSIC.

1.- La evolución de la pandemia y el desafío de hallar fuentes para su análisis.¹

En pocas ocasiones, en mi ya larga carrera como investigadora, he recordado tanto el ensayo de Max Weber sobre “*El político y el científico*” como durante los meses anteriores a esta Conferencia. Pocas veces he sentido con tanta fuerza la presión de la urgencia sobre mi actividad intelectual, la necesidad del paso a la acción y la resistencia a abandonar mi propia identidad de investigadora.

El origen de este estudio fue una invitación de la *Comisión Salud Global* del CSIC, creada al inicio de la pandemia, para contribuir a sus investigaciones interdisciplinarias con una publicación sobre el impacto de la pandemia en el trabajo remunerado y no remunerado. Más tarde se reforzó con la invitación de OnuMujeres para presentar una ponencia en la reunión sobre Estadísticas de Género que se celebra anualmente en Aguas Calientes con el auspicio del INEGI, CEPAL y otras instituciones. He participado muchas veces en esta Conferencia a lo largo de dos décadas y me alegró sobremanera saber que, a pesar de las dificultades, este año se mantendría la convocatoria aunque fuese a costa de hacerla virtual. Finalmente, los aspectos metodológicos de mi pequeño estudio han alcanzado entidad suficiente como para constituir una pieza independiente.

A diferencia de lo habitual en otras investigaciones, en esta ocasión no he podido diseñar ni disponer de una fuente de información inédita. **La característica principal del objeto de estudio ha sido la inestabilidad y rapidez del cambio.** Nunca había llevado adelante un proyecto **de investigación (porque a fin de cuentas de una pequeña investigación se trata) en condiciones tan precarias, aislada en mi domicilio, rodeada de incertidumbre por la**

¹ Agradezco a los investigadores del CSIC, especialmente a los compañeros de la comisión Salud Global, su dedicación y estímulo en estos tiempos difíciles.

amenaza del virus y sin más conexión que la virtual. Pero no hay peor investigación que la que no se hace, y ni siquiera las pandemias cortan por completo la voluntad de entender y compartir lo aprendido. La alternativa de renunciar a investigar hubiera significado rendirse de antemano. Así que, con todas las limitaciones previstas y con muchas horas de dedicación, finalmente han nacido estas páginas.

El SARS Covid-2 es el virus que produce la enfermedad covid-19, la causa de los posibles cambios hacia la era postcovid. Cuando se aplica el término “era” se está señalando que los **cambios inducidos por la pandemia no son meros ajustes circunstanciales, con vuelta atrás, sino tan profundos, extensos y duraderos que generarán una época realmente distinta** a la previa, algo que todavía no ha podido constatarse por la rapidez con que ha ocurrido el proceso.

La epidemia no ha concluido en el Mundo, ni en mi más inmediato entorno madrileño. En algunas localidades en que se inició tempranamente, los rebrotes están obligando al retorno al confinamiento y otras medidas de excepcionalidad, mientras en territorios en los que la pandemia tardó más tiempo en penetrar aún no se ha llegado al pico de contagios, fallecimientos y ajustes en toda la estructura social que pronostican los expertos.

Quiero destacar que tanto la producción como la divulgación de los análisis del covid-19 resultan afectadas por un importante factor de carácter social, **el miedo a contribuir al pánico.** En teoría no forma parte de los procesos de construcción de conocimiento pero se halla presente en cualquier actividad humana: la lucha contra el grave problema de la pandemia requiere actitudes positivas que generen buen ánimo y esperanza entre la población. Ni las instituciones ni los investigadores a título individual desean contribuir al alarmismo colectivo. No se sienten motivados para ahondar en las conclusiones más negativas de sus análisis; en cierto **modo lo políticamente correcto interfiere con lo científicamente aconsejable**, porque no desean que se les aplique el dicho popular de que “*cuando hablan, sube el pan*”.

Las instituciones sanitarias han tenido que hacer un esfuerzo extraordinario durante varios meses para atender a los enfermos, y la producción de datos o comunicación, incluso con los familiares de los enfermos, era un objetivo de segundo nivel para el que no estaban preparados ni coordinados. Eso no obsta para que el responsable de “*dar la cara*” de la información durante la pandemia (el doctor F. Simón) se haya convertido en un personaje extraordinariamente popular, con más afines que detractores.

La pandemia se ha politizado desde sus comienzos, a nivel nacional e internacional. Todas las tensiones políticas previas (territoriales, de partidos políticos, institucionales) han encontrado un cauce de expresión a través de la crisis sanitaria (acusaciones cruzadas entre países, críticas a la OMS, responsabilización a las privatizaciones y recortes en las etapas políticas anteriores, críticas por la gestión de las manifestaciones del 8 de marzo, por el calendario de las intervenciones, la disponibilidad y distribución de los recursos sanitarios, rebrotes, cierre de establecimientos, apertura de los centros escolares). En España, en la relación entre el Gobierno del país y los de las Comunidades Autónomas han aflorado todos los problemas del **delicado equilibrio entre centralización y descentralización**. Por ejemplo, algunos gobiernos autonómicos han proclamado que el gobierno de España les ha limitado su capacidad de defenderse o, en una línea más moderada, reclaman al Ejecutivo funciones que en principio no les corresponden, como la posibilidad de herramientas legales similares al estado de alarma para que las Comunidades puedan decretar confinamientos parciales y también tengan una mayor flexibilidad a la hora de contratar profesionales y recursos sanitarios. La batalla política se ha superpuesto en todos los frentes a la batalla contra la pandemia, **oscureciendo el análisis de sus causas y dificultando su solución**. La pandemia también ha hecho más visible el recelo de los investigadores, sobre todo en las ciencias sociales, a pronunciarse en contra o a dar datos que puedan ser interpretados por el Poder (Gobierno, instituciones, etc..) como críticas, o utilizados como armas por sus rivales políticos.

Por otra parte, **la velocidad de expansión de la pandemia sobrepasa a las maquinarias de producción científica, aunque éstas estén consiguiendo avances con una rapidez nunca lograda anteriormente**. En concreto, la producción de observaciones extensivas del tipo de encuestas y estadísticas es lenta, especialmente en épocas en que las actividades habituales resultan afectadas por el confinamiento o la restricción de movilidad. Las muestras estadísticas tienen que adaptarse a los cambios en la ocupación de los hogares, la desaparición del ciclo semanal o vacacional motivada por el confinamiento, la dificultad de los entrevistadores para desplazarse cuando los sistemas públicos de transporte están alterados, las calles vacías, las oficinas y comercios cerrados, la resistencia de los hogares a aceptar el contacto con desconocidos.

En épocas normales, producir una buena encuesta cuesta meses de preparación y ejecución, igual que las vacunas tardan años. Difundir los datos, varias semanas. Analizarlos para una nota de prensa o un resumen ejecutivo, al menos otra semana (aunque previa al anuncio de resultados) y el análisis profundo

puede extenderse durante varios años. La publicación en una revista científica (evaluación, corrección, publicación) suele retrasarse más de dos años.

La obtención de información en una época socialmente tensa por los efectos sanitarios, económicos y políticos de la pandemia, en nada se parece a la tranquila, metódica tarea de los institutos estadísticos públicos y los centros de investigación en épocas normales. Si todo dato es el reflejo de un hecho, este reflejo evidencia durante la pandemia su carácter profundamente humano, se acompaña de una intensidad de sentimientos más acentuada que en las épocas normales. El miedo a perder el empleo o ser confinado enciende la hostilidad al rastreador, la negativa a hacerse tests, la conversión del vecino en espía y delator. Al transmitir una información, quien la emite está también proyectando sus deseos, sus temores, su tristeza, su queja, su reivindicación, su confianza o desconfianza en quien le interroga y en quien envía al interrogador.

Ante la urgencia de adoptar medidas, la espera hasta **disponer de datos fiables y contrastados se convierte en una rémora**. Aunque no haya modo de obtenerla, los gobiernos y **tomadores de decisiones reclaman información fidedigna e inmediata**. El grado de hiperconectividad es extremadamente alto durante la pandemia y el confinamiento; **a falta de contraste serio y sistemático, la información se degrada en veracidad pero aumenta en velocidad de circulación**. Los datos, aunque no sean hechos, se convierten en munición circulante en la guerra por conseguir influencia o mercado, sirven para airear los trapos sucios; por ejemplo, en la pugna siempre soterrada entre empleadores y empleados. Los sindicatos pequeños, las organizaciones más radicales, consiguen titulares y mucho eco con los datos más sangrantes de hechos individuales aislados, que no son la media, lo normal. El énfasis en los casos extremos rompe las reglas de juego y produce a su vez efecto rebote entre los empleadores.

La producción de datos masivos no puede improvisarse; ni los responsables de las fuentes ni los informantes están preparados para ello, y menos aún con precariedad de medios y parte de la plantilla de personal de baja laboral por la pandemia o el confinamiento. Por ejemplo, la lentitud en el reconocimiento de una serie de ayudas a empleadas de hogar que han perdido temporalmente su empleo, se justificó por los responsables del organismo público por la insuficiencia de personal para llevar a cabo los trámites y porque gran parte de los impresos de solicitud estaban mal cumplimentados y resultaban inservibles. Por lo que se refiere al trabajo asalariado, los sindicatos quisieran tener sus propios datos pero carecen de registros de tan buena cobertura y calidad como los de la Seguridad Social. Ante la urgencia, recurren a hacer sondeos entre sus

afiliados, pero no son representativos. Sucede igual en multitud de asociaciones y empresas. En los titulares, que es lo que crea opinión, no se destaca la limitación metodológica. Los medios más serios lo hacen en el cuerpo del texto, pero el grado de seriedad es muy variable

Las encuestas son fuentes de datos relativamente flexibles, adaptables, frente a los registros; pero éstos son muy lentos e inflexibles, y poca gente decide informar puntualmente o registrarse si no es obligatorio. La privacidad, el riesgo de divulgación y mal uso de datos privados ha acompañado buena parte de las iniciativas de recogida de datos sobre la pandemia. Aunque los Registros se consideraron “*actividades esenciales*” durante el estado de alarma, estaban casi vacíos porque se detuvieron las transacciones mercantiles.

La **opinión pública**, ávida de resultados, consume noticias y titulares, se desconcierta ante los vaivenes de las recomendaciones sanitarias (sobre uso de guantes, mascarillas, pruebas diagnósticas, distancia recomendada, limpieza de superficies, tasa de inmunizados) y ahonda el **escepticismo** ante las polémicas sobre cuál sea la causa de la enfermedad, su origen (fortuito, planificado, incluso extraterrestre) y los modos de transmisión (gotículas, fómites, aerosoles). En estas circunstancias, **los medios de comunicación son mucho más ágiles y resolutivos que los centros de investigación**; desarrollan reportajes a pie de calle y recurren a diversas formas de colaboración con las universidades y otros centros académicos donde consultan a especialistas e investigadores en busca de últimas noticias, creando una **zona fronteriza entre el periodismo científico y la ciencia divulgativa**. Los adelantos de investigaciones en curso son con frecuencia preferibles a la ausencia de información, aunque **la presión de la urgencia reduce las cautelas en la planeación, ejecución y divulgación de los resultados**. Cuanto más difícil es la comprobación de la veracidad o representatividad por los medios tradicionales, más se avivan las guerras mediáticas encubiertas.

Seis meses después del inicio de la epidemia, en España la situación sanitaria, económica y normativa es de tensa espera, inestable y territorialmente heterogénea. **Precisamente por la inestabilidad de la situación, ganan valor los pequeños estudios rápidos, las entrevistas y las observaciones sobre el terreno sin pretensiones de representatividad**. Su riesgo es que **tienen tasas mucho más altas** los que están muy interesados en reivindicar o hacer propaganda (caso muy claro de las empresas con tecnología a distancia, en remoto o teletrabajo o empresas de seguridad antiokupas, pero también de los responsables políticos y las ONGs que necesitan destacar su labor).

El Covid-19 ha puesto de relieve las dificultades para producir información coherente y comparable en un contexto institucional en el que **cada Comunidad Autónoma tiene transferidas numerosas funciones relacionadas con la pandemia y dispone de capacidad legal para elegir su propia manera de búsqueda, clasificación y divulgación de la información sanitaria**. Dentro de cada Comunidad hay a su vez diferencias institucionales (**sanitarias vs. sociales y económicas, así como entre instituciones sanitarias privadas y públicas**) y **entre niveles territoriales** (Comunidades vs. Ayuntamientos). Aunque Sanidad sea la institución protagonista en la lucha contra la pandemia, **son muchas las instituciones implicadas en el proceso**. Un informe del Defensor del Pueblo de 3 de abril 2020 ya se dirigía a los ministros de Sanidad, Hacienda, Interior, Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación para hacerles llegar los problemas que planteaban los ciudadanos en relación con la crisis sanitaria, por entender que la solución requería una fuerte cooperación entre todos los ministerios e instituciones citadas. Posteriores comparecencias públicas de representantes de entidades relacionadas con la Ciencia, Transporte o Defensa han puesto de relieve la amplitud de las ramificaciones de la crisis y su paralela búsqueda de soluciones. Algunas **webs personales**, sobre todo de sanitarios, alcanzan un **elevado número de seguidores** y la reproducción de sus opiniones se dispara si resulta novedosa o alarmante, aunque la identificación del contexto de la declaración sea poco precisa o vayan seguidas de desmentidos o comunicados institucionales que resaltan su carácter de mera opinión particular.

Las fuentes sobre los cambios de actitud de la población son aún más dispersas y discontinuas que las sanitarias. Hay cambios muy evidentes, pero superficiales, mientras otros más profundos son menos visibles. El miedo al contagio ha trastocado la corporalidad, el modo culturalmente aprendido en que cada persona se relaciona con su propio cuerpo y el de los demás; un cambio que, si se mantiene, afectaría a aspectos tan importantes y variados de la vida como la interacción social (la percepción del *Otro* como riesgo o amenaza), la sexualidad, la estética o el urbanismo.

En la información sobre **conductas contrarias a las recomendaciones sanitarias**, las fuentes más comunes son **las redes sociales, las denuncias vecinales y las actuaciones de la policía o guardia civil**. Los **medios de comunicación** y las redes sociales divulgan los datos y **crean estados de opinión**; la “normalidad ciudadana” no genera titulares, pero las conductas atípicas, por ejemplo la quedada en una playa de Tenerife de 62 personas el 9 agosto para contagiarse voluntariamente, que fue disuelta por la Guardia Civil, o una manifestación de tres mil personas en Madrid el 16 de agosto sin guardar la distancia reglamentaria contra el uso de mascarillas, en la que hubo de

intervenir la policía, logran una gran resonancia por su eco a través de todos los medios.

Durante estos seis meses han **aparecido nuevos tipos, aunque minoritarios, de respuesta al riesgo:**

- a) la de quienes se oponen a adoptar medidas *preventivas por no creer en la eficacia de estas medidas o sentirse inmunes*.
- b) la de quienes voluntariamente quieren *contagiarse para adquirir anticuerpos y “pasaporte serológico”*.
- c) la de quienes se oponen *por razones políticas a lo que consideran intromisión* del Gobierno en sus vidas.
- d) la de quienes desean *contagiar como venganza personal* frente a los no contagiados.

No son actitudes exclusivas de esta pandemia, se han constatado en otras épocas, por ejemplo en relación con el sida. Aunque muy minoritarias, las reacciones contra las medidas sanitarias encuentran fuerte eco mediático.

2.-La devolución de funciones a los hogares y el riesgo de involución en las conquistas sociales

La pandemia ha forzado un cambio en el sistema sanitario, en el que existe una gran descentralización por ser competencia transferida a las Comunidades Autónomas. El aumento en la demanda de atención sanitaria no podía satisfacerse sin reorganizar la red asistencial, tanto en los servicios de atención primaria y domiciliaria como hospitalaria, pero **el aumento de plantillas y de dotaciones de infraestructura no podía improvisarse**. El cálculo del impacto económico de un cambio de sistema todavía no se ha hecho; entre otras medidas requiere **cambiar la ratio de personal por usuario**, que en muchos tipos de asistencia, especialmente la de los dependientes en residencias, era muy ajustada o claramente insuficiente. La mejora de la ratio de personal o de espacio individualizado conlleva el inmediato **encarecimiento del servicio, que puede ser más que duplicar el coste real por plaza**; estas subidas imprevistas no las pueden afrontar los presupuestos públicos ni los privados ni los de las instituciones sin ánimo de lucro.

El personal sanitario y de residencias sociales, en el que son mayoría y en primera línea de contacto con los pacientes las profesiones más feminizadas, ha tenido que asumir un **esfuerzo laboral desproporcionado durante la pandemia**, no sólo por el aumento de demanda sino por la baja por contagio de parte de los empleados. La ciudadanía ha respondido con el mayor homenaje anónimo que se conoce en la historia del país (un aplauso desde los balcones a las ocho de la tarde, sostenido durante varios meses), pero esta respuesta no

puede prolongarse indefinidamente. **Si no hay un aumento de los recursos asignados, la única alternativa es reducir el número de plazas disponibles y dejar sin cobertura la demanda, forzando la devolución de la función de cuidado de los enfermos a los hogares, lo que significa un retroceso de décadas en los logros sociales.**

Este problema no es exclusivo de la sanidad, se presenta en todos los servicios: en educación, transporte, comercio, ocio, hostelería, etc. Ajustarse a las medidas de protección recomendadas significa duplicar o más que duplicar los costes por plaza, y el problema se traslada a quienes hayan de asumir el aumento de los costes, con el consiguiente conflicto social: los propios usuarios, la Administración Pública, las empresas, los trabajadores o los contribuyentes. Para el inicio del curso académico ya se han anunciado **huelgas por parte de los sindicatos de la enseñanza** y hay AMPAS (Asociaciones de madres y padres de alumnos) que promueven la insumisión y el absentismo de los escolares por miedo al contagio. Mientras **los trabajadores remunerados están organizados a través de sindicatos que les permiten presionar para defender sus intereses, los hogares tiene poca capacidad de insumisión**, y el trabajo doméstico ha aumentado en cantidad durante la pandemia al mismo tiempo que empeoraba en calidad.

El trabajo no remunerado se queda en anécdota por comparación con el remunerado porque no tiene protagonista organizado en sindicatos, ni derechos reconocidos que reclamar, ni un antagonista ajeno y externo, claramente identificado, con el que luchar

3.- La construcción de nuevos indicadores.

Precisamente por tratarse de una pandemia y no sólo de una epidemia, la comparación internacional se ha hecho más necesaria que en ninguna otra época anterior. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un referente mundial, y también lo son algunos centros de investigación como la Universidad John Hopkins (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center).

Para medir la evolución e impacto de la pandemia se han creado paulatinamente **algunos indicadores** que están aplicándose en todo el mundo. Los principales indicadores son los siguientes:

- 1.- Sospechosos,
- 2.-Contactos identificados,

- 3.-Infectados,
- 4.-Tipo de transmisión (comunitarios y otros),
- 5.-Sintomáticos
- 6.-Asintomáticos (En España, el 50% de los infectados detectados),
- 7.-Portadores de anticuerpos,
- 8.-Hospitalizados,
- 9.-Ingresados en UCI,
- 10.-Curados,
- 11.-Dados de alta pero con secuelas,
- 12.-Fallecidos.

Aunque se emplean más las cifras absolutas, precisamente por la dificultad de crear otros indicadores más refinados, la comparación entre regiones o países requiere utilizar cifras relativas, por ejemplo fallecidos por millón de habitante. Las tasas de contagio y de mortalidad en España están entre las más altas del mundo y alcanzan el primer lugar cuando se refieren a fallecidos por millón de habitantes mayores de 75 años.

Ni siquiera en un indicador tan aparentemente objetivo como el número de fallecidos hay consenso sobre los indicadores. La disparidad es muy grande según que los datos se refieran a **fallecidos por covid**, (28.445 según actualización núm. 175, de 31 julio 2020, “*Estado de situación del Covid-19*”), **fallecidos con covid pero debido a otra causa principal, o sobremortalidad estimada debida al covid-19** . El Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), permite calcular el excedente de muertes registradas por comparación con la mortalidad de otros años. El número de muertes por exceso de mortalidad era de 44.285 a fecha 6 julio, un 60% más alto que el reconocido por muerte directamente atribuida al covid-19.

Cualquiera de los indicadores citados se prolonga en numerosos subindicadores, que van adquiriendo la característica forma de árbol. Por ejemplo, los indicadores de hospitalización dan lugar a series según el tiempo de hospitalización o los tratamientos seguidos. Los fallecidos, según el tiempo transcurrido desde los primeros síntomas o detección, las condiciones de comunicación con sus familiares en los últimos momentos, el acceso o no a las honras fúnebres, etc.

Los indicadores se refieren al momento presente, acumulados o referidos a periodos concretos (el día anterior, la semana o el mes, etc.). Las referencias territoriales más comunes son las nacionales, pero también se utilizan comúnmente las locales (Comunidad, Ayuntamiento, barrio, entidad), regionales y mundiales. El énfasis en los indicadores directamente relacionados con la covid ha oscurecido el impacto lateral de la pandemia sobre las restantes enfermedades, desatendidas durante este periodo de crisis.

La pandemia ha producido, sobre todo, indicadores sanitarios de los considerados “objetivos”, pero apenas se han desarrollado **indicadores de otro tipo, como los subjetivos o actitudinales**. La incomunicación entre los enfermos y sus familiares ha sido un serio problema, especialmente en los dos primeros meses. La imposibilidad de ofrecer a los enfermos las habituales visitas familiares y los servicios de carácter simbólico a los fallecidos añadieron incertidumbre y dolor a la propia enfermedad.

En los inicios de la pandemia, el Covid-19 atacó con mucha más dureza a las personas mayores, especialmente a los residentes en residencias. En las primeras semanas **la mayoría de los contagiados**, ingresados y fallecidos eran personas mayores, jubiladas, con escasa capacidad inmune y **sin relación directa con el mercado de trabajo**. Las condiciones de aislamiento (encierros indeseados en muchos casos), la mala cobertura médica de las residencias (son alojamientos sociales, no centros sanitarios), la saturación del sistema sanitario, la multimorbilidad previa de muchos residentes y la falta de equipos individuales de protección para los trabajadores provocaron una alta tasa de contagios y fallecimientos. El Defensor del Pueblo trasladó en abril más de un millar de quejas al Gobierno por este motivo.

También atacó más a los varones, sin que hayan podido determinarse con claridad las causas (los varones padecen más enfermedades respiratorias en cualquier época). Algunos **colectivos con especial riesgo** por sus condiciones de alojamiento han sido **los sin techo y los residentes en prisiones y CIE (Centros de Internamiento de Extranjeros, que albergan inmigrantes no provistos de documentación para su entrada en España)**. También afectó especialmente a los españoles de viaje en el extranjero, requiriendo para todos ellos ajustes e intervenciones ad hoc de las Administraciones Públicas. Como refleja claramente el cambio de destinatario de las campañas sanitarias contra el coronavirus, la pandemia ha evolucionado en muchos frentes: **seis meses más tarde de su inicio en España, la mayor incidencia de contagios se produce entre jóvenes a través de actividades de ocio**.

4.- Un carrusel de cifras que se mueven a alta velocidad, arrastrando esperanza y miedo.

Las cifras evolucionan rápidamente, dejando enseguida desfasada cualquier referencia. Según datos del Ministerio de Sanidad, a fecha 11 agosto 2020 se habían producido 19.718.020 casos confirmados de covid-19 en el Mundo, 3.330.687 en Europa y 326.612 en España, de ellos 1.418 confirmados el día anterior. Tan sólo dos días más tarde, el 13 de agosto, el número de nuevos casos confirmados en España era de 2.935, más del doble que el día anterior aunque en parte se atribuye a retrasos y acumulaciones en la comunicación de datos. En otros países también han aumentado los casos diagnosticados y hospitalizaciones. Se suceden los comunicados de nuevas medidas restrictivas para frenar los rebotes. Algunos hospitales suspenden cirugías no urgentes para atender el aumento previsible de demanda por el coronavirus. A pesar de los malos indicios, las autoridades sanitarias no creen que en España haya riesgo de una nueva crisis sanitaria similar a la que se produjo al inicio de la epidemia (declaración del portavoz del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, F. Simón, el 13 de agosto 2020). No obstante, y por el procedimiento de urgencia, el ministro de Sanidad, Illa, convocó a los representantes de todas las Comunidades Autónomas el 14 de agosto y se adoptaron por unanimidad medidas más restrictivas (entre otras, prohibición de fumar en la calle, cierre de bares de copas y discotecas), aconsejándose que las reuniones sociales no rebasen el número de diez personas.

Como la detección de los contagios está muy asociada con el número de tests (cribados para población de riesgo o dirigidos a la población general) y otras pruebas efectuadas, **a muchos efectos la evolución de la gravedad de la epidemia se sigue mejor por las hospitalizaciones que por los casos detectados.** No obstante, la hospitalización depende de la posibilidad material del sistema para hospitalizar, que varía según la intensidad de la emergencia. ***De los casos confirmados en España, el 40 % han requerido hospitalización (128.518) y el 3,6% han requerido UCI (11.896). La proporción de ingreso en UCI entre hospitalizaciones es el 9%.*** Según el Ministerio de Sanidad, en agosto existían 580 brotes activos y entre la primera semana de julio y la primera semana de agosto la tasa de incidencia se había multiplicado por ocho, pasando de 10 a 80 por 100.000 habitantes. El aumento del número de pruebas ha podido contribuir a hacer más visible la incidencia, pero también ha aumentado el número de hospitalizaciones, que en este periodo se han multiplicado por más de cuatro, pasando de 150 a 677 enfermos hospitalizados.

Hasta las mismas fechas, el índice de letalidad en España respecto a casos confirmados es 8,7%. Más allá de la credibilidad de las fuentes locales, **hasta ahora no se han encontrado explicaciones convincentes sobre las grandes diferencias internacionales en todos los índices, especialmente el de letalidad** . Mientras Francia reporta un 15%, Italia un 14% y Bélgica un 13%,

Suecia reporta un 7%, Alemania un 4%, Portugal un 3% , Turquía un 2,4% y Rusia un 1,7%. (Fuente: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Secretaria General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. “*Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*”. Actualización nº 182, emitida el 11.08.2020).

En el punto álgido de la epidemia, entre la última semana de marzo y primera de abril 2020, se producían más de 800 fallecidos diarios; en las dos semanas anteriores a 11 agosto 2020 se están produciendo rebotes y en algunas localidades se han repetido los confinamientos y el retroceso al nivel 2 en la escala de protección exigida. Sin embargo, las infecciones son más leves, hay mejores medios y más conocimiento, y lo más importante, el número medio de fallecidos diarios es inferior a 10. Una cifra baja en comparación, pero que indica que **la epidemia todavía no ha desaparecido y puede convertirse de nuevo en una grave amenaza cuando terminen las vacaciones de verano, comience el curso escolar en septiembre y el descenso de temperaturas dificulte las actividades al aire libre.**

Referencias

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, declaración del portavoz F. Simón, 13 agosto 2020.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. “*Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*”. Actualización núm. 175, de 31 julio 2020.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Secretaría General de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. “*Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*”. Actualización nº 182, emitida el 11.08.2020.

CEPAL. “*El desafío social en tiempos del COVID-19*”. Mayo, 2020.

CEPAL. “*Los Efectos Económicos y Sociales del COVID-19 en América Latina y el Caribe*”. Junio 2020.

Durán Heras, Maria-Angeles. “*El trabajo no remunerado en la economía global*”. Fundación BBVA. 2012

Durán Heras, Maria-Angeles. “*La riqueza invisible del cuidado*”. Publicaciones Universidad Valencia, 2020.

Durán Heras, Maria-Angeles. “*La servidumbre de los cuerpos*”. El País, 3 agosto 2020.

EUROPA PRESS. Comunicado del Defensor del Pueblo, 3 abr. 2020

Eurostat, *Key Indicators*, 28/07/2020.

Eurostat, *How usual is it to work from home?*, 06/02/2020.

Foro de Expertos del Instituto BBVA de Pensiones. “*¿Qué impacto tendrá la crisis del COVID-19 en los sistemas de pensiones?*”. 01. Jul. 2020

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa (EPA), segundo trimestre 2020.

Instituto Nacional de Estadística (INE). “*Información estadística para el análisis del impacto de la crisis COVID-19*”. 2020.

Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE). COVID19: IvieExpress - Web IvieWeb Ivie

Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. A 18 de Agosto 2020, la dashboard de su CSSE (Center for Systems Science) estimaba el número de fallecidos por coronavirus en el mundo en 781.575 personas, y en España en 28.670.

www.infosalus.com › actualidad › noticia-coronavirus-El Defensor del Pueblo traslada un millar de quejas.

www.lasexta.com › Noticias › Economía

[www.savethechildren.es/crisis sanitaria del COVID-19](http://www.savethechildren.es/crisis-sanitaria-del-covid-19)