



La vulnerabilidad y el riesgo: reflexiones a propósito de la pandemia del covid-19

Vulnerability and risk: reflections on the COVID-19 pandemic

Vulnerabilidade e risco: reflexões sobre a pandemia de Covid-19

Cómo citar este artículo:

Juárez-Ramírez C, Théodore FL, Gómez-Dantés H. Vulnerability and risk: reflections on the COVID-19 pandemic. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03777. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020045203777>

 Clara Juárez-Ramírez¹

 Florence L. Théodore²

 Héctor Gómez-Dantés¹

¹ Instituto Nacional de Salud Pública de México, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, México.

² Instituto Nacional de Salud Pública de México, Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Cuernavaca, México.

ABSTRACT

At the end of December 2019, SARS-COV-2 virus was identified as responsible for the COVID-19 pandemic. The rapid spread of transmission exposed structural failures of modern societies and of the health systems in preventing and containing a health threat. Scientific discussion has focused on the search for a vaccine, but less on understanding the social response to the current global threat and fear of outbreaks. In this essay, we reflect, based on the social sciences, on the importance of linking three concepts: vulnerability-perception-risk. This is necessary to develop preventive strategies appropriate to population circumstances, especially with the most vulnerable population, in favor of health equity.

DESCRIPTORS

Risk Taking; Health Vulnerability; Communicable Disease Control; COVID-19.

Autor correspondiente:

Florence L. Théodore
Centro de Investigación en Nutrición y Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública de México.
7a privada de Fray Pedro de
Gante, Sección XVI, Tlalpan
14000 - CDMX, Cuernavaca, México
ftheodore@insp.mx

Recibido: 09/10/2020
Aprobado: 15/02/2021

INTRODUCCIÓN

A finales de diciembre 2019⁽¹⁾ en Wuhan, China, se identificó el virus SARS-COV-2 como responsable de la pandemia de Covid-19. Conforme la pandemia se fue extendiendo, las estrategias de contención, mitigación y control se fueron estableciendo al ritmo que avanzaba la epidemia en cada país y con diversas modalidades que incluyeron desde el cierre de fronteras hasta el confinamiento obligatorio. La intensidad de las medidas para prevenir el contagio se estableció a partir de las estimaciones del crecimiento potencial de la transmisión, obtenidas de modelos matemáticos más que de un entendimiento claro de las determinantes de la dinámica social y del comportamiento preventivo para mitigar la evolución de la transmisión del virus. La discusión académica y la investigación científica, se han concentrado en la búsqueda de una vacuna o de un tratamiento que resuelva la urgencia médica, sin reflexionar sobre la apremiante necesidad de comunicación de riesgo a la población y sus implicaciones para la respuesta desde los sistemas de salud.

Sin embargo, autores contemporáneos subrayan el impacto en las diferentes esferas de la sociedad y la intensificación de la crisis civilizatoria, que en la pandemia se expresan por desigualdades crecientes entre las personas, manifiestas entre aquellos que pudieron seguir las recomendaciones para evitar el contagio (como quedarse en casa), y aquellos nombrados como “trabajadores esenciales” (servicios de limpieza pública, repartidores a domicilio, trabajadores en mercados), pero que paradójicamente son los más vulnerables⁽²⁻³⁾.

La rápida expansión de la transmisión puso al descubierto las fallas estructurales de las sociedades modernas y de los sistemas de salud en cuanto a su capacidad para prevenir una amenaza sanitaria y su poder para contenerla. La presión social ha puesto en entredicho incluso el liderazgo de organizaciones científicas y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud. En la región

de las Américas los contagios siguen en aumento, siendo en orden decreciente: Estados Unidos (23.556.676); Brasil (8.488.099); Colombia (1.908.413); Argentina (1.799.243) México (1.641.428); Perú (1.064.909) de acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud actualizadas al 20 de enero de 2021⁽⁴⁾.

Ante este panorama, la presente reflexión fue animada por la siguiente pregunta: ¿Cómo vamos a organizarnos para promover la adopción de nuevas normas culturales y de comportamiento social que incidan sobre el riesgo de contagio?

Al respecto, hay por lo menos dos abordajes interconectados e imprescindibles, uno es el establecimiento de medidas preventivas desde el nivel rector de la salud, el otro es la adopción de medidas sanitarias y practicarlas de manera individual pero en beneficio colectivo. Para implementar la adopción de medidas individuales de prevención de riesgo es necesario comprender los elementos implicados en la *percepción del riesgo* de contagio del virus, diferenciado a partir del lugar que ocupan las personas en la sociedad.

El objetivo de este ensayo es reflexionar sobre el proceso mediante el cual se generan respuestas individuales y colectivas ante el riesgo de contagio de Covid-19, generando así una base para el diseño de posibles estrategias de comunicación.

Los argumentos son presentados en el contexto de las tres últimas pandemias y las respuestas epidemiológicas y sociales que suscitaron, la percepción del riesgo visto como un fenómeno social y cultural y la vulnerabilidad como determinante del riesgo de contagio.

A) TRES PANDEMIAS, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y RESPUESTAS SOCIALES

Los Cuadros 1 y 2 presentan las características epidemiológicas y la construcción social de sentido y respuesta ante tres pandemias recientes.

Cuadro 1 - Características epidemiológicas de las tres pandemias recientes.

Factores epidemiológicos destacables	VIH/sida (años 1980's) ⁽⁵⁻⁶⁾	Influenza (H1N1- 2009) ⁽⁷⁾	Covid-19 (2020)
Vía de transmisión	Sexual, sangre infectada, leche materna.	Gotitas de saliva de personas enfermas.	Gotitas de saliva, exhalación de partículas de personas asintomáticas y enfermas.
Nivel de letalidad	Alta (antes del surgimiento de tratamientos antirretrovirales). Desde el inicio de la pandemia y hasta 2019, se calculan 32.7 millones de muertes en el mundo de acuerdo a ONUSIDA.	Baja/moderada en todos los grupos de edad. Hasta 2018 se calcularon 75.000 decesos.	Alta en personas mayores de 60 años y con comorbilidades como diabetes e hipertensión. Hasta el 23 de diciembre 2020 había 76.382.044 casos y 1.702.128 muertes causadas por la enfermedad en el mundo (OMS) ⁽⁴⁾ . Baja en infantes.
Principales síntomas	Asintomática hasta inmunodeficiencia severa.	Fiebre, dolor de garganta, congestión nasal, tos, dolores musculares, cefalea, escalofríos, fatiga.	Secreciones nasales, fiebre, cansancio, pérdida del sentido del olfato y del gusto, dificultad para respirar, entre otros. Formas asintomáticas.
Tratamiento	Tratamiento inicial muy tóxico de eficacia limitada (AZT) y de alto costo; a finales de los años 90 se combinaron fármacos más eficaces de distribución masiva y gratuita. Se convirtió en una afección crónica controlable.	Tamiflu (oseltamivir) disponible desde los primeros casos.	No hay tratamiento específico. Antivirales en evaluación Terapia intensiva, manejo con respiradores mecánicos.

continua...

...continuación

Factores epidemiológicos destacables	VIH/sida (años 1980's) ⁽⁵⁻⁶⁾	Influenza (H1N1- 2009) ⁽⁷⁾	Covid-19 (2020)
Prevención y conductas promovidas con la población	Vacuna: no existe.	Vacuna: desarrollo rápido octubre 2009.	Múltiples vacunas en desarrollo. Innovaciones tecnológicas.
	Uso de condones durante los encuentros sexuales.	Estornudo de etiqueta.	Aislamiento de enfermos.
	Sangre segura para transfusiones y prohibir comercio de sangre.	Aislamiento de pacientes con síntomas de afecciones en vías respiratorias.	Estornudo de etiqueta, lavado de manos, cubre-bocas.
	Usar jeringas desechables.	Uso de barreras de protección: guantes, cubrebocas.	Confinamiento voluntario. Restricción de vida social y uso de espacios públicos.
	A partir de 2010, según recomendaciones de la ONUSIDA, "prevención combinada" en el VIH/SIDA de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales.	Evitar contacto físico: saludos, abrazos, besos.	Distanciamiento físico: saludos, abrazos, besos.
	-	-	Mantener la casa ventilada y limpia.
Medidas sanitarias	-	-	Desinfectar utensilios y superficies de uso común.
	Prohibir comercio de sangre.	Contingencia sanitaria única.	Cierre de escuelas.
	Pruebas diagnósticas gratuitas.	Cierre de escuelas.	Campaña de Distanciamiento social.
	Creación de centros especiales para atender casos de manera ambulatoria y hospitalaria.	Suspensión de actividades masivas (actos religiosos, cine, teatro, eventos deportivos).	Suspensión de actividades "no esenciales".
	-	Duración de medidas acotada.	Cuarentena.
	-	-	Creación de semáforos para identificar zonas de mayor riesgo.
Intervenciones institucionales	-	-	Abordaje comunitario, desde la APS.
	Capacitación, diagnóstico tratamiento de personal de salud a todos los niveles.	Adecuación de espacios clínicos sin preocupación de carga hospitalaria.	Reconversión hospitalaria.
	Clínicas de SIDA.		Servicios privados de hospitalización y cuidado.
	Campañas educativas.		Adquisición de equipamiento especializado.
Dotación de condones.	Vacuna y tratamiento accesible.	Desarrollo de pruebas: sólo confirmar no hay estrategia de prueba, búsqueda de contactos y aislar confirmados.	
Participación de organismos internacionales y de la sociedad	OMS; ONUSIDA; Sociedad civil con ONG's (Act-Up; Aids) y grupos organizados para enfrentar la epidemia.	Organización Mundial de la Salud (OMS); <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (CDC), Estados Unidos.	Críticas a la Organización Mundial de la Salud (OMS).
			Iniciativas nacionales heterogéneas frente a la pandemia.
			Influencia filantrópica de Fundaciones internacionales, como la <i>Fundación Bill y Melinda Gates</i> .

A partir de la comparación de las respuestas epidemiológicas y sociales hacia las pandemias de VIH/Sida y H1N1, como se observa en el Cuadro 1, podemos analizar que los discursos biológicos y sociales se entrecruzaron cuando se enfrentaron a la interpretación de un problema sanitario en

una era donde el mundo se organizó inmunológicamente marcando los límites, los cruces, los umbrales (económicos y sociales) y levantando muros contra la migración o el comercio, que permitían rechazar o expulsar lo no deseado, ajeno o riesgoso⁽⁸⁾.

Cuadro 2 - Construcción social de *sentido* y respuesta ante las pandemias.

Aspectos sociales destacables	VIH/sida (años 1980's) ⁽⁵⁻⁶⁾	Influenza (H1N1-2009) ⁽⁹⁾	Covid-19 (2020)
Grupos de riesgo	Personas con prácticas sexuales "de riesgo" Carga estigmatizante al inicio de la pandemia. 4H: Hemofílicos, homosexuales, heroinómanos y haitianos.	Susceptibilidad universal.	Susceptibilidad universal.
	Personas recibiendo sangre contaminada (transfusión, jeringas).	Adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas, niños, personas con asma.	Comorbilidades: hipertensión, diabetes, obesidad, personas con VIH/sida, personas con asma, fumadores.
	Mujeres heterosexuales.	Comorbilidad: Enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, diabetes, VIH/Sida, cáncer, niños con afecciones neurológicas.	Mayor vulnerabilidad biológica: adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas.

continua...

...continuación

Aspectos sociales destacables	VIH/sida (años 1980's) ⁽⁵⁻⁶⁾	Influenza (H1N1-2009) ⁽⁹⁾	Covid-19 (2020)
Percepción del riesgo poblacional	Vínculo y estigma contra comunidades gay, transgénero, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas inyectables, etc.	Incredulidad frente a la enfermedad, teoría de complot gubernamental para generar control social y para sacar provecho económico ⁽⁷⁾ .	Heterogeneidad: negación de la enfermedad, factores de riesgo y mecanismos de transmisión; incredulidad hacia las medidas de protección (se cree que son exageradas). Otros si lo entienden y se protegen.
	Sexo seguro con condón.		¿Quiénes son esenciales (pobres y vulnerables), y no esenciales (privilegios)?
Vulnerabilidad social relacionada	Personas en situación de inequidad social y económica (mujeres, trabajadores sexuales, migrantes).	Personas en situación de inequidad social que no pudieron suspender sus actividades económicas de subsistencia.	Personal de salud. Personas en situación de inequidad social que no pudieron suspender sus actividades económicas de subsistencia.
		Personas sin acceso a información.	Personas sin acceso a servicios de salud. Sin escolaridad.
		Personas sin acceso a servicios de salud.	Población afrodescendiente, latina ⁽³⁾ , pueblos originarios. En asilos, cárceles.
		Personas sin escolaridad; no hablantes de español.	Trabajadores de procesadoras de alimentos ⁽³⁾ . Ancianos dependientes.
"Signos" de enfermedad	Sarcoma de Kaposi, delgadez extrema.	Gripe o resfriado común = influenza.	Enfermedad invisible, asintomática, aislamiento hospitalario de enfermos.
Reacción social	Miedo, estigmatización y rechazo hacia personas infectadas y de los grupos identificados como "de riesgo".	Miedo.	Miedo y estigma (población asiática).
		Aceptación de medidas de confinamiento.	Rechazo irracional hacia personal de salud percibidos casi como "vectores".
		En escenario internacional discriminación contra los mexicanos por ser epicentro de la pandemia ⁽⁹⁾ .	Incertidumbre sobre el regreso a la "normalidad" (escuelas, vida laboral, social).
		-	Rechazo al confinamiento prolongado (derecho individual).
Explicación popular de enfermedad: búsqueda de culpables	Castigo vinculado a religiosidad hacia grupos identificados como "de riesgo" (apestados, pecadores).	Castigo vinculado a religiosidad hacia grupos identificados como "de riesgo" ⁽¹⁰⁾ .	"No la veo, no existe, no me da" (fiestas Covid-19 de jóvenes).
		Culpa de quienes sobre-explotan los recursos naturales.	Los viajeros ricos que "importaron" el virus de otros países.
		-	Estigmatización hacia población asiática (China por el origen del virus).
Comunicación de riesgo	Campañas innovadoras de prevención dirigidas a grupos específicos (ej. adolescentes, hombres que tienen sexo con hombres)	Información por medios oficiales	Conferencias informativas diarias del nivel rector de salud.
			Plataformas de información sobre pandemia (casos, muertes, pruebas, etc.).
	Aceptación de campañas.		Otro nivel de información proviene de la prensa y redes sociales con noticias falsas para generar confusión en la opinión pública: infodemia, fake news.
			Uso político de la enfermedad. Postura ideológica sobre la poca eficacia de la planeación y operación de estrategia preventiva y atención.
		Rendición de cuentas: cuestionamiento de todo el proceso de atención y prevención.	
		Campañas de prevención dirigida a la población en general.	

Si antes las sociedades se pensaban impermeables y protegidas, hoy se encuentran vulnerables, frágiles y sin medidas de control a su alcance para entender, predecir y menos domesticar los peligros o amenazas que se generan en otros sitios pero que se trasladan, exportan, viajan e invaden sin

mayor resistencia geográfica, poblacional, social o cultural. En un mundo globalizado es imposible garantizar la seguridad de uno o varios países y menos prescindiendo de lo que sucede en el resto⁽¹¹⁾. La apertura genera riesgos, miedos y convierten las opciones de progreso en riesgos no previstos.

Como se puede observar en el Cuadro 2, los diferentes discursos contruidos a partir de la estigmatización, por la falta de información adecuada en las etapas iniciales, generaron opiniones entre la población que no fueron favorables para la implementación de estrategias de prevención de riesgos, lo cual debe ser una enseñanza para futuras pandemias.

B) LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO VISTO COMO UN FENÓMENO SOCIAL Y CULTURAL

Desde la perspectiva Fenomenológica de Merleau-Ponty, la percepción es un proceso mediante el cual la biología del cuerpo posibilita la aprehensión del mundo externo mediante los sentidos y la adquisición del lenguaje, el cual posibilita la interacción humana⁽¹²⁾ para comunicar la subjetividad⁽¹³⁾. Se entiende que las personas la crean y recrean cotidianamente mediante sus prácticas y de acuerdo a sus motivaciones e intenciones individuales⁽¹⁴⁾.

Peligro-riesgo: Para referirnos a peligro/riesgo, hemos acotado algunos sociólogos que abordan el tema en el Cuadro 3, los cuales coinciden sobre la “modernidad” como la etapa actual del desarrollo de las sociedades: caracterizada por la individualización y la pérdida del sentido colectivo. Zygmunt Baumann y Ulrich Beck sugirieron que las sociedades avanzaron hacia la mayor provisión de “opciones de vida”, pero -paradójicamente- la mayor individuación está caracterizada por más “incertidumbre”, siendo el rasgo distintivo de la sociedad moderna⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Desde esta perspectiva sociológica, Luhmann asume el *peligro* en la medida que las sociedades lograron contener los avatares medioambientales (desastres naturales) y las enfermedades epidémicas (peste, viruela). El “riesgo”, en cambio, es una noción -construida por el desarrollo de la ciencia y la tecnología- que nos hace sentir o pensar que esos eventos pueden controlarse, dejan de representar un peligro porque es posible incidir sobre ellos para evitar el daño. En este sentido, el peligro se impone, no se elige⁽¹⁵⁾, y por ello genera miedo⁽¹⁶⁾ como una reacción natural expresada emocionalmente, relacionada con la cognición y con el contexto sociocultural⁽¹⁷⁾. En las sociedades actuales, el *riesgo* según Le Breton, más allá de los daños posibles que genera convivir cotidianamente con ello, implica de manera impredecible la toma

de decisiones con base en información; se vincula con una iniciativa personal de racionalidad que implica contar con “evidencia”, por lo tanto no debe ser catalogada como una respuesta “irracional” o ligada a comportamientos temerarios de las personas, pues todas las respuestas tienen su propia lógica y significados.

La respuesta individual ante lo que percibimos como un peligro o riesgo, ocurre mediante nuestro aprendizaje social, sobre lo que es definido socioculturalmente como tal. En este sentido, la “percepción del riesgo” es una categoría cognitiva de tipo biológico, pero el proceso mediante el cual se nombra y actúa sobre lo percibido, tiene origen social y se construye a partir de las normas, valores, emociones; aprendidas en el contexto donde uno nace, crece y muere.

Las reacciones individuales como respuesta a la amenaza del contagio, dependen en gran medida de los *capitales* (económico, social, cultural) (Figura 1); Pierre Bourdieu usó la categoría *habitus* (disposiciones, esquemas de actuar, pensar, sentir), para explicar que la posición de las personas en el espacio social estaba definida por el tipo y volumen de esos capitales⁽¹⁸⁾. Así, la disponibilidad de información, el nivel de conocimiento que se tiene sobre la pandemia y qué tanto *sentido* nos hace la información disponible sobre sus posibles repercusiones inmediatas, influyen en la respuesta individual para la adopción o no de las medidas sanitarias.

En complemento a lo anterior, Mary Douglas propone que el *riesgo* se construye mediante un proceso de *percepción*, interpretación, comprensión y acción a partir de la experiencia individual desde la cual elaboran su sistema de prácticas respecto a cómo deben cuidarse ellos mismos y su familia⁽¹⁹⁾. Entre más familiar y “domesticado” resulta el entorno se establece la creencia de una “inmunidad subjetiva”; es decir, a medida que las personas se familiarizan con el contexto, la posibilidad de la amenaza se va minimizando. Ello actúa como una estrategia de sobrevivencia para las personas, para continuar realizando sus actividades diarias y seguir viviendo dentro de la “normalidad”, de lo contrario no podríamos aceptar la incertidumbre de lo que percibimos como amenaza en la cotidianidad pues la consecuencia sería la parálisis de toda actividad⁽¹⁹⁻²¹⁾, a la cual en el caso de la pandemia de Covid-19, no todos tienen esa posibilidad.

Cuadro 3 - Aportaciones principales de algunos autores sobre teoría del *riesgo*.

Autor	Aportaciones centrales	¿Cómo ayuda para comprender el contexto actual?
R. Castel ⁽²²⁾	Hay dos tipos de riesgo: <i>sociales</i> (enfermedades, pérdida de trabajo, muerte); y los <i>modernos</i> (producto de la industrialización y la globalización, como el calentamiento del planeta).	Mayor individualización de las sociedades modernas trae como consecuencia más incertidumbre sobre cómo enfrentar los riesgos.
	Etapa de “sociedad de la seguridad” mediante el establecimiento de la Seguridad Social/Estado de Bienestar.	Mayor carga emocional sobre el futuro incierto.
	La fase de la modernidad en las sociedades actuales, se caracteriza por mayor “individualización” y pérdida del sentido de lo colectivo.	Paradoja de la epidemia actual: Con el Covid-19 se pide a las personas pensar desde lo colectivo (quedarse a casa para salvar vidas ajenas).
A. Giddens ⁽²⁰⁾	<i>La modernidad es una cultura del riesgo</i> (pág. 35).	Los conocimientos toman forma de hipótesis permanentes sobre los acontecimientos cotidianos.
		Las personas construyen sus explicaciones sobre el Covid-19 a partir de lo que escuchan en los medios de comunicación.

continúa...

...continuación

Autor	Aportaciones centrales	¿Cómo ayuda para comprender el contexto actual?
A. Giddens ⁽²⁰⁾	El riesgo y la confianza, dos conceptos unidos en épocas de incertidumbre.	Paradoja de la epidemia actual: Con el Covid-19 se mezclan las <i>fake news</i> con el dato científico, la infodemia afecta la confianza de las personas hacia la información que se recibe para prevenir riesgos. Ambivalente. Interrumpir actividades rutinarias y cotidianas genera angustia. Las personas necesitan sentir confianza para tener un buen desempeño.
U. Beck ⁽¹⁶⁾	"Situaciones globales de amenaza que surgen para toda la humanidad" (ej. accidentes nucleares). "Ponen en peligro a la vida en esta Tierra, y a todas sus formas de manifestación".	No solamente en menos de tres meses se identificaron casos de Covid-19 en la mayoría de los países; también sus habitantes se encontraron en cuarentena al mismo tiempo en sus hogares. Si bien el autor se refería sobre todo al peligro derivado de la actividad nuclear y de las consecuencias del cambio climático, el Covid-19 ha puesto en peligro la vida social, por las medidas de prevención que se tomaron, necesarias para reducir el riesgo de contagio: restringiendo los encuentros sociales, contacto físico, etc., que son la esencia de la vida humana.
D. Le Breton ⁽¹⁷⁾	Todas las sociedades han elaborado sistemas simbólicos o modelo de 'gestión' para alejar el 'peligro', como fueron en tiempos pasados: guerras, hambrunas, enfermedades como la peste negra. Rezar (religión), discriminar y victimizar al otro como responsable, minimizar la amenaza frente a otras prioridades (economía). El "riesgo" constituye la pieza clave del sistema simbólico de las sociedades modernas y se ha convertido en objeto de luchas políticas, éticas y sociales, para definir cuáles son situaciones de riesgo y cuáles las maneras de prevenirlas.	El control y manejo del riesgo ha sido objeto de lucha política entre un abordaje científico que recomienda el confinamiento para 'aplanar a la curva' y evitar la saturación de los hospitales para poder atender las formas graves de Covid-19 y un abordaje sostenido por algunos jefes de Estado que minimizaron el peligro del virus y el riesgo de contagio que representa esta pandemia, manifestando que se trataba de una forma de gripe, y rechazando la cuarentena.
Z. Bauman ⁽¹⁵⁾	<i>Intolerancia y ambivalencia</i> , dos conceptos derivados de la modernidad. <i>Ambivalencia</i> : posibilidad de referir un suceso a más de una categoría. <i>Los prescindibles</i> .	La ambivalencia tiene como consecuencia el desorden, malestar interno por no poder interpretar las señales y elegir alternativas.
M. Douglas ⁽¹⁹⁾	El riesgo se construye mediante un proceso de percepción, interpretación, comprensión y acciones en la realidad inmediata de las personas. Mediante la experiencia y sistema de valores familiares se aprende cómo cuidarse.	Preciso definir a qué grupo poblacional queremos comunicar el riesgo en salud para definir las estrategias. Entre más tiempo pase y nos habituemos a convivir con el virus y las medidas, se creará una idea de 'inmunidad subjetiva' que puede relajar las medidas de prevención del contagio.

Fuente: elaboración propia a partir de la producción bibliográfica de los autores referidos.

De acuerdo a los autores referidos en el Cuadro 3, podemos resumir lo siguiente: 1) todos los grupos elaboran prácticas preventivas (no necesariamente alineadas con recomendaciones sanitarias) ante un peligro identificado; 2) la percepción del riesgo se basa sobre un registro sensorial y al mismo tiempo denota cultura⁽²³⁾, lo cual implica un proceso basado sobre percepción, interpretación, comprensión y acciones que involucran elementos de diferentes escalas, desde lo más micro con procesos de interpretación que varían según capitales hasta lo macro con los contextos políticos y mediáticos.

C) LA VULNERABILIDAD COMO DETERMINANTE DEL RIESGO DE CONTAGIO

La "vulnerabilidad", entendida aquí como las capas de riesgos que se acumulan, representa un riesgo real a partir del acceso diferencial que se tiene a recursos para proteger la salud, pero también es una condición sociocultural que construye *sentido* desde donde mirar el mundo, percibir el riesgo de contagio y actuar en consecuencia; no sólo se trata de una condición que limita la autonomía y la toma de decisiones de las personas, también debe incluirse en el análisis la participación del Estado y su rol rector en la organización del sistema de salud. En este sentido "riesgo"⁽²⁴⁾ indica las probabilidades

del contagio a partir de la exposición, desde una perspectiva epidemiológica; "vulnerabilidad" en cambio, es un concepto que entraña la susceptibilidad a enfermarse pero como consecuencia de entramados socioculturales que lo posibilitan y la limitación de recursos para hacerle frente; bajo esta perspectiva, la vulnerabilidad implica inequidad social.

Otros autores, identifican la incorporación del concepto de "vulnerabilidad"⁽²⁵⁾ al campo de la salud pública a partir de la epidemia de VIH-SIDA en la década de los noventa, por la necesidad de diseñar intervenciones integrales que incluía los movimientos sociales en defensa de los derechos humanos⁽²⁶⁾. Posteriormente, revisiones sistemáticas ubican la utilización del concepto para el análisis de las enfermedades crónicas no transmisibles, en ambos casos, el concepto fue utilizado buscando una perspectiva más comprensiva de la realidad de los enfermos. De esta manera, la pandemia de Covid-19 evidenció las desigualdades e inequidades en salud que existen en los diferentes países, así como la importancia de reconocer las afectaciones diferenciadas según el sexo, condición económica, social y étnica. Empezó a diseminarse por el mundo a través de las personas con más recursos económicos, que pueden viajar, vacacionar o ir de negocios a otros países, sin embargo, impactó a cada país en formas diferentes, dependiendo de la oportunidad e intensidad

de las medidas de mitigación y contención establecidas. En los más pobres y con mayores dificultades en la organización e infraestructura de los servicios de salud, se tuvieron mayores problemas para enfrentar la pandemia. En contraste, en Estados Unidos, país de ingresos altos, la mayor mortalidad la sufrieron quienes tenían una condición étnica como la nación de Navajos, los afrodescendientes y latinos⁽²⁷⁾.

Respecto a las medidas preventivas ante el riesgo de contagio de la Covid-19, no todas las personas han podido seguir las recomendaciones sanitarias. En los países latinoamericanos, al igual que en el resto del mundo, también se evidenció la vulnerabilidad social, la marginación por condición étnica y los entornos de pobreza. Otra situación vital que genera riesgo de contagio es el ambiente laboral. En este grupo hay asalariados con seguridad social pero también trabajadores ambulantes. Por otro lado, tenemos a la población indígena y entre ellos varios niveles de vulnerabilidad, están los que viven en poblados más urbanizados, pero también los que viven en la sierra, en la selva, en zonas rurales.

En este sentido, el impacto diferenciado de la Covid-19, a partir de tener mayores o menores recursos para hacerle frente, también permite problematizar el vínculo entre cómo se percibe el riesgo y la vulnerabilidad social, es decir, ¿Cómo se construye la percepción del riesgo sobre la Covid-19 desde la vulnerabilidad y viceversa? ¿Qué acciones pueden realizar las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad para protegerse de los riesgos de enfermarse? ¿Cuáles son los límites de esas acciones, pese a la voluntad de querer hacerlas, cuando se atraviesan necesidades de subsistencia económica?

Así, desde una perspectiva de justicia social, la vulnerabilidad “es el grado en que las distintas clases sociales están diferencialmente en riesgo”⁽²⁸⁾. Es el resultado de procesos interactivos y dialécticos entre las personas y su contexto social, marcado por limitaciones en acceso a diferentes áreas de la protección social como la salud y la educación, lo cual construye formas particulares de ver y accionar en el mundo.

Desde el campo de la bioética, la ‘vulnerabilidad’ de ciertos grupos poblacionales los hace más susceptibles a cualquiera forma de daño⁽²⁹⁾, pudiendo acumular diferentes tipos

de vulnerabilidades⁽³⁰⁾. Esta forma de visualizar los riesgos, a partir de estas capas de vulnerabilidad, nos permite tener una perspectiva panorámica para actuar con medidas preventivas. A modo de síntesis, y con base a todo lo presentado a lo largo del ensayo, presentamos la percepción del riesgo y la mecánica de la respuesta individual y colectiva al Covid-19 según grado de vulnerabilidad en la Figura 1, en la cual queremos enfatizar en la importancia de reflexionar sobre las implicaciones que la búsqueda de soluciones coyunturales/técnicas pueden tener sobre la organización de los sistemas de salud, en concreto (escenario público/político) y respecto de la respuesta esperada de la sociedad (escenario social); sobre todo cuando las soluciones tardarán muchos meses más en convertirse en una realidad para todos (escenario privado/individual). Son ámbitos interconectados e imprescindibles de abordar: el establecimiento de medidas preventivas desde el nivel rector de la salud (ámbito colectivo, escenarios institucionales), el relacionado con la adopción individual de esas medidas (nuevos comportamientos) y la importancia de practicarlas en beneficio colectivo.

Ante la heterogeneidad de vulnerabilidades, un desafío para el sistema de salud es organizar la respuesta sanitaria en el ámbito preventivo a la medida de los diferentes grupos “vulnerables”; pero comprendiendo que si bien “percibir un riesgo” es una categoría cognitiva de tipo biológico, el proceso mediante el cual se nombra ese “riesgo” y se actúa conforme lo percibido, tiene un origen social, construido a partir de normas, valores, emociones; aprendidas en el contexto donde uno nace, crece y muere. Partiendo de una perspectiva comprensiva de la situación de vulnerabilidad social en el que se encuentran los diferentes grupos poblacionales, es necesario conocer cómo construyen la percepción de riesgo, esto como una noción imprescindible para desarrollar estrategias efectivas de comunicación que promuevan la adopción de medidas que eviten el contagio. Una estrategia central debe involucrar varias dimensiones de la vida social: el ámbito individual-comunitario; la organización del sistema sanitario, tanto al interior (infraestructura, recursos humanos) como al exterior (comunicación de riesgos, educación y promoción de la salud).

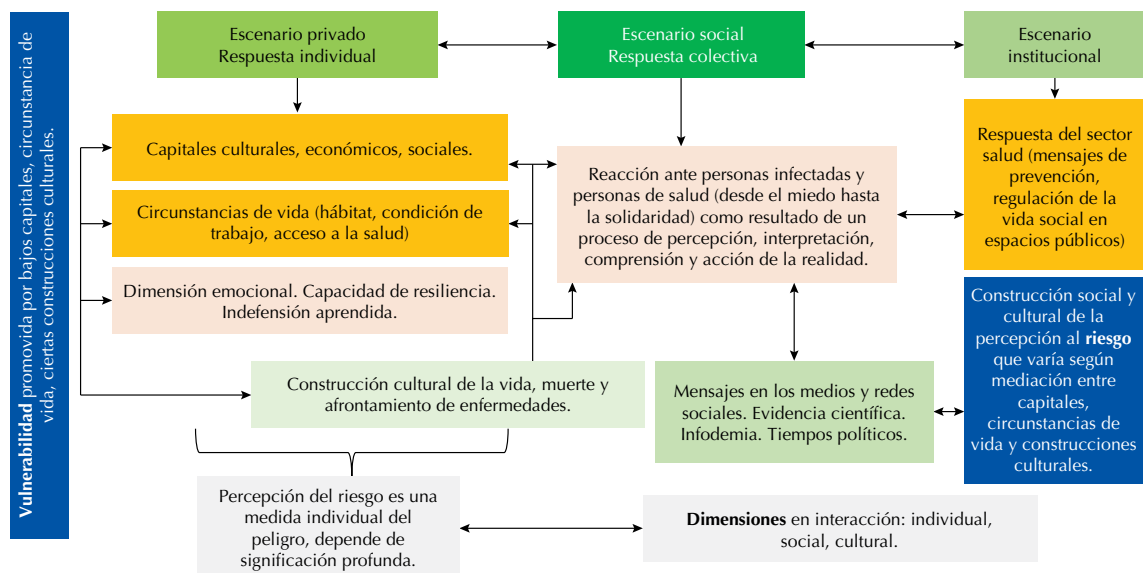


Figura 1 - La percepción del riesgo y la mecánica de la respuesta individual y colectiva al Covid-19 según grado de vulnerabilidad.

Con la pandemia de Covid-19, la comunicación de riesgos se debe extender a la re-organización de los espacios en todos los ámbitos colectivos (hospitalario, laboral “esencial y no esencial”, religioso, deportivo, entre otros), para sostener las medidas de distanciamiento social y reducir la exposición al contagio (Figura 1). En estas tareas de prevención el rol de la enfermería es esencial.

CONCLUSIÓN

En este ensayo hemos querido discutir que la percepción y exposición al riesgo son diferenciadas según las condiciones de vulnerabilidad que se viven, así como, las acciones/comportamientos en salud que las personas realizan individualmente están en consonancia con el sentido y el significado que la enfermedad representa para ellos. Es evidente que para hacer frente a la pandemia se requiere de un ejercicio consciente de reaprendizaje social en diferentes ámbitos. Tal como se muestra en este ensayo, a partir de la comparación de las tres pandemias, podemos decir que las percepciones sobre

el riesgo de contagio cambian en la medida que se avanza sobre el conocimiento de la enfermedad. Sin embargo, para acompañar la promoción sobre las medidas de prevención, es importante comprender la dimensión sociocultural de la percepción de riesgo y su vínculo estrecho con las diferentes vulnerabilidades. Así como, adoptar las propuestas recientes sobre la necesidad de que desde la salud pública se identifique cómo influye la intersubjetividad en el comportamiento de los pares, esto para realizar un abordaje preventivo más enfocado en las acciones que se generan a partir de necesidades personales y no basado en respuestas sanitarias homogéneas, como lo evidencio la epidemia de VIH-SIDA⁽³¹⁾. Adicionalmente para empezar a identificar las lecciones aprendidas con la pandemia de Covid-19 y las que probablemente vendrán, es importante reflexionar sobre la imperiosa necesidad de fortalecer los sistemas de salud con una mirada a favor de la equidad en salud. Esperamos que este documento contribuya a la discusión regional que se ha producido desde el campo de la salud pública y de la salud colectiva.

RESUMEN

A finales de diciembre 2019 se identificó el virus SARS-COV-2 como responsable de la pandemia de Covid-19. La rápida expansión de la transmisión puso al descubierto fallas estructurales de las sociedades modernas y de los sistemas de salud para prevenir y contener una amenaza sanitaria. La discusión científica se ha concentrado en la búsqueda de una vacuna, pero menos en comprender la respuesta social ante la amenaza globalizada actual y el temor a los rebotes. En este ensayo reflexionamos, desde las ciencias sociales, sobre la importancia de vincular tres conceptos: vulnerabilidad-percepción-riesgo. Esto es necesario para desarrollar estrategias preventivas adecuadas a las circunstancias poblacionales, especialmente con la población más vulnerable, a favor de la equidad en salud.

DESCRIPTORES

Assunção de Riscos; Vulnerabilidade em Saúde; Controle de Enfermidades Transmissíveis; COVID-19.

RESUMO

No final de dezembro de 2019, o vírus SARS-COV-2 foi identificado como responsável pela pandemia de Covid-19. A rápida propagação da transmissão expôs falhas estruturais das sociedades modernas e dos sistemas de saúde na prevenção e contenção de uma ameaça sanitária. A discussão científica tem se concentrado na busca por uma vacina, mas menos na compreensão da resposta social à atual ameaça global e ao medo de novos surtos. Neste ensaio refletimos, a partir das ciências sociais, sobre a importância de associar três conceitos: vulnerabilidade-percepção-risco. Isso é necessário para desenvolver estratégias preventivas adequadas às circunstâncias da população, principalmente junto à população mais vulnerável, em prol da equidade na saúde.

DESCRIPTORIOS

Assunção de Riscos; Vulnerabilidade em Saúde; Controle de Doenças Transmissíveis; COVID-19.

REFERENCIAS

1. Alpuche-Aranda CM. Infecciones emergentes, el gran reto de la salud global: Covid-19. *Salud Pública México*. 2020;62(2):123-4. <https://doi.org/10.21149/11284>
2. Zizek S. *Pandemía. La Covid 19 estremece al mundo*. Barcelona: Cuadernos Anagrama; 2020.
3. Santos BS. *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: Clacso; 2020.
4. Organización Mundial de la Salud. *Coronavirus Disease (COVID-19) dashboard* [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2016 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://covid19.who.int/table>
5. Pollak M. *Les homosexuels et le sida*. Paris: Métailié; 1988. (Leçons de choses)
6. Grmek MD. *Historia del SIDA*. México: Siglo XXI; 1992.
7. Alonso Reynoso C. La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias. *Desacatos* [Internet]. 2010 [cited 2020 May 10];(32):35-52. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a4.pdf>
8. Han B-C. *La sociedad del cansancio*, 2nd ee. Barcelona: Editorial Herder; 2017.
9. Molina del Villar A. Influenza A (H1N1): estudio de la contingencia sanitaria y el brote de una pandemia desde las perspectivas epidemiológica, social e histórica. *Desacatos* [Internet]. 2010 [cited 2020 May 10];(32):9-14. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a2.pdf>
10. González-González G, Caballero-Hoyos JR, Chávez- Méndez MG. Las metáforas de la influenza humana A (H1N1) en México: el escenario nacional al descubierto. Una aproximación a través de la prensa mexicana. *Comunicación y Sociedad* [Internet]. 2011 [cited 2020 May 10];(16):105-32. 2011;16:105-32. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n16/n16a5.pdf>

11. Bauman Z. *Tiempos líquidos, vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets Editores; 2007.
12. Ricoeur P. *El discurso de la acción*. Madrid: Cátedra; 1981.
13. Csordas T. Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos* [Internet]. 1990 [cited 2020 May 10];18(1):5-47. Available from: <https://www.jstor.org/stable/640395>
14. Husserl E. *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Ediciones Paulinas; 1979.
15. Bauman Z. *Collateral damage: social Inequalities in a global age*. Cambridge Polity; 2011.
16. Beck U. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós; 1998
17. Le Breton D. *La sociologie du risque. sais-je?* 2nd ed. Paris: Presses Universitaires de France; 2017.
18. Bourdieu P. [A social critique of the judgement of taste]. Paris: Les Editions de Minuit; 1979. French.
19. Douglas M. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós Studio; 1996.
20. Giddens A. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press; 1991.
21. Jaspars J, Hewstone M. *Teoría de la atribución*. Barcelona: Paidós; 1986. (Psicología social, 2).
22. Castel R. *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2012.
23. Rodaway P. *Sensuous geographies: body, sense and place*. New York: Routledge; 1994.
24. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in Collective Health. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(spe 2):1320-4. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
25. Sampaio-Florêncio R. Mapeamento dos estudos sobre vulnerabilidade em saúde: uma revisão de escopo. *Res Soc Develop*. 2020;9(10). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8393>
26. Malagón-Oviedo RA, Czeresnia D. [The concept of vulnerability and its biosocial nature]. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(53):237-49. Portuguese. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
27. Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 pandemic: a call to action to identify and address racial and ethnic disparities. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020;7(3):398-402. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00756-0>
28. Susman P, O'Keefe P, Wisner B. Global disasters: a radical interpretation. In: Hewitt K, editor. *Interpretations of calamity from the viewpoint of human ecology*. London: Routledge; 1983. p. 263-280..
29. Rogers W, MacKenzie C, Dodds S. Why bioethics needs a concept of vulnerability. *Int J Fem Approaches Bioeth*. 2012;5(2 Fall):11-38. <https://doi.org/10.2979/intjfamappbio.5.2.11>
30. Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. *Int J Fem Approaches Bioeth* [Intenet]. 2009 [cited 2020 May 10];2(1):121-39. Available from: <https://www.jstor.org/stable/40339200>
31. Ayres JRCM. [Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges. *Comunic Saúde Educ*. 2002;6(11):11-24. Portuguese. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>

