

Confinamiento de la India: Informe Provisional

Debraj Ray y S. Subramanian

Documento de trabajo del NBER N° 27282

Mayo de 2020

<https://www.nber.org/papers/w27282.pdf>

Traducción: Enrique A. Bour

Resumen

Presentamos un informe provisional sobre el cierre de la India provocado por la pandemia de Covid 19. Los principales tópicos - desde la filosofía del encierro hasta la provisión de medidas de ayuda - trascienden el caso de la India. Un tema recurrente es la enorme visibilidad de las muertes de covid 19 en todo el mundo, con los gobiernos en todas partes impulsados a respetar esta visibilidad, los países en desarrollo tal vez aún más. En los países avanzados el costo de lograr esta reducción de las muertes visibles es "meramente" una reducción drástica de actividad económica general, junto con medidas de gran alcance para compensar a los que soportan esas pérdidas. Pero para la India, un país en desarrollo con grandes vulnerabilidades sectoriales y ocupacionales, esta drástica reducción es más que económica: significa vidas perdidas. Estas vidas perdidas, por violencia, hambre, endeudamiento y estrés extremo (tanto psicológico como fisiológico) son invisibles. Esta conjunción de visibilidad e invisibilidad es lo que impulsa la respuesta de la India. El bloqueo cumple todas las normas internacionales hasta el momento; el paquete de ayuda, ninguna.

Nota: Referencias del documento incluidas con su numeración en el original

1. El Confinamiento

El 30 de enero de 2020, el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India emitió un breve comunicado de prensa en el que se leía:

"Se ha informado en Kerala de un caso positivo de un nuevo paciente con coronavirus, de un estudiante de la Universidad de Wuhan. El paciente ha dado positivo para el nuevo coronavirus y está aislado en el hospital. El paciente está estable y está siendo monitoreado de cerca".

Para el 3 de febrero, esto había aumentado a tres casos, todos estudiantes de la Universidad de Wuhan. Un silencio ominoso prevaleció entonces durante todo febrero, hasta el 4 de marzo cuando salieron a la luz otros 22 casos. El Ministerio de Salud y

Bienestar Familiar tardó hasta el 6 de marzo en lanzar su programa de concienciación covid-19 (ver el informe de Somdeep Sen [69] sobre el calendario que llevó al anuncio del cierre). Las cosas se aceleraron después de eso, a medida que la infección se convirtió en una transmisión comunitaria: a mediados de marzo había más de cien casos confirmados, y más de 1000 a fines de marzo. Los países de todo el mundo estaban entrando en la fase de bloqueo. El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declaró que el covid-19 representaba una pandemia mundial. La presión estaba en marcha.

El gobierno indio parecía estar situado, por decirlo de forma sencilla, entre una roca y un lugar duro. Los meses y semanas anteriores habían estado lejos de ser plácidos. La Ley de Enmienda de la Ciudadanía, que pretendía conceder la ciudadanía a todos los refugiados de origen no musulmán de Pakistán, Bangladesh y Afganistán, había suscitado continuas protestas en todo el país. La Ley y la oleada de respuestas habían generado tensiones recurrentes. Uno de estos sitios de protesta fue amenazado por un líder nacionalista hindú del BJP y posteriormente atacado, lo que provocó disturbios comunales en Delhi a partir del 23 de febrero que dejaron 53 personas muertas, de las cuales más de dos tercios eran musulmanes. Estos disturbios coincidieron, quizás no por casualidad, con la visita de Donald Trump a la India el 24 y 25 de febrero. Más recientemente, el 16 de marzo, el Gobierno del Congreso había perdido su mayoría en el estado de Madhya Pradesh, y el BJP estaba a punto de instalar un gobierno en ese estado (el 23 de marzo).

Así que la India estaba detrás de la curva. Para ser escrupulosamente justos, no estaba muy lejos de las respuestas de muchos países occidentales, pero eso no es ni aquí ni allá. Kerala, con su reciente historia de enfrentarse al brote de Nipah, ya se había organizado. En un informe [56] presentado el 29 de marzo, la columnista Supriya Nair escribe: "Desde febrero, los políticos de la oposición han estado advirtiéndole de los riesgos que se avecinan. El estado sureño de Kerala, el primero en comenzar a generalizar pruebas y medidas de cuarentena, ha evitado un brote incontrolado en sus fronteras durante varias semanas". En una entrevista [91] con Karan Thapar para *The Wire* el 19 de marzo, el epidemiólogo Ramanan Laxminarayan, Director del Centro de Dinámica de Enfermedades, Economía y Política de Washington, D. C., "... no está de acuerdo con la postura oficial del Consejo Indio de Investigación Médica de que la India está todavía en la Etapa 2 de la epidemia y no ha entrado en la Etapa 3 [transmisión comunitaria]".

Se anunció un "toque de queda de Janata" de 14 horas de la mañana a la noche - un Toque de Queda del Pueblo - para el 22 de marzo, al final del cual, a las 21 horas, se invitó a la gente a reunirse en sus balcones y a golpear juntos sus ollas y sartenes como gesto de agradecimiento a los funcionarios que participan en la gestión de servicios esenciales. Esto precedió a un cierre total que fue anunciado el 24 de marzo por un período de 3 semanas, hasta el 14 de abril. El 14 de abril, el bloqueo fue ampliado por otros 19 días, hasta el 3 de mayo, y luego se volvió a ampliar hasta el 18 de mayo, con disposiciones para flexibilizar el cierre de determinadas empresas

agrícolas, el transporte de carga y la venta de suministros agrícolas, a partir del 20 de abril, en las zonas del país en las que se percibía que la infección estaba contenida. (En el momento de redactar el presente informe, parece muy probable una nueva prórroga del bloqueo). El 16 de abril, el gobierno recurrió a una triple clasificación de distritos: las llamadas zonas rojas, evaluadas como puntos calientes con tiempos rápidos de duplicación de casos, las zonas anaranjadas, evaluadas con cierta infección, y las zonas verdes, evaluadas como libres de infección en los últimos 21 días. Actividades como los viajes personales en tren, avión o subte (con algunas excepciones), servicios de hostelería como restaurantes, escuelas y colegios, salas de cine y complejos deportivos, y las grandes reuniones están prohibidas en todas las zonas. Algunas actividades manufactureras e industriales permanecen abiertas en todas las zonas. Luego hay gradaciones que dependen de la zona en particular.

Según algunas opiniones, la abrupta declaración del gobierno de un cierre sin una gradualización previa fue quizás un síntoma de pánico bajo presión. Vivek Menezes [52] describe el momento en un artículo de "Opinión" para The Guardian escrito el 8 de abril:

"A las 8 pm del 24 de marzo, el Primer Ministro Narendra Modi anunció que la India cerraría en cuatro horas. Mientras hablaba, estalló el caos. Muchedumbres en pánico asediaron las tiendas. Luego, al cancelarse los autobuses y los trenes, millones de trabajadores migrantes salieron a las carreteras a pie, dirigiéndose a sus hogares en escenas que recuerdan a las fotos de la partición de Margaret Bourke-White".

Tras semanas de vacilación, la India acababa de ser notificada con cuatro horas de antelación. En cambio, el gobierno no hizo nada durante todo el mes de febrero en forma de pruebas, rastreo y cuarentena. Una operación preliminar tipo Kerala habría preparado el terreno para una transición mucho más suave al encierro.

Para muchos ciudadanos, los anuncios del Primer Ministro fueron frustrantemente cortos sobre los detalles con respecto a las medidas concretas que tomaría el gobierno para aliviar la angustia durante el encierro: un informe de The Wire [86] sobre el anuncio hecho el 24 de marzo dice: "La falta de detalles en el discurso de Modi... resultó en un aumento del pánico casi a nivel nacional... Tan pronto como el discurso terminó, los barrios y los mercados de todo el país vieron un aumento repentino de tráfico y desplazamientos a medida que la gente se apresuraba a abastecerse de suministros, con la preocupación por el distanciamiento social - objetivo principal del bloqueo - temporalmente ignorada". Hubo reacciones similares a las extensiones de bloqueo. Un informe del 14 de abril [82] de The Scroll sobre el anuncio de la extensión del cierre observa: "Varios usuarios de Twitter se indignaron porque Modi no mencionó ningún plan para rejuvenecer una economía en declive, ayudar a los pobres, o impulsar los intentos de la India para luchar contra el nuevo coronavirus".

Pero cuando el cierre se estabilizó, el cese de la actividad normal fue notablemente amplio. En la fase inicial, aparte de servicios esenciales (principalmente bancos, cajeros automáticos, surtidores de combustible y servicios de emergencia), y tiendas que venden o entregan a domicilio medicinas y alimentos, verduras y productos lácteos, se detuvieron otros servicios y actividades. De hecho, la policía impuso el cierre con un sorprendente exceso de entusiasmo: para empezar, incluso los "productos esenciales" no podían ser transportados a través de la cadena de suministro, ya que tanto los mandis agrícolas y los puntos de distribución urbana de alimentos fueron cerrados en varios estados. El decreto de cierre permitió el movimiento de productos básicos esenciales, pero como Sudha Narayanan ha observado, "la palabra 'esencial' viene de la Ley de Productos Básicos, [y] no hay ninguna buena razón para esperar... que la policía sepa qué son"[58]. Desde el 20 de abril, ha habido cierta relajación como se ha descrito anteriormente. Volveremos a las cadenas de suministro en la sección 6.3.

En resumen, una población gigantesca de 1.300 millones de personas ha quedado restringida a sus hogares, y se han cerrado servicios de transporte, escuelas, fábricas y establecimientos comerciales. Este estado de cosas continuará en el futuro próximo. Si no hay nada más - aunque tendremos que ver qué más - esto en sí mismo es un logro (si esa palabra se puede emplear de forma neutral), cuya aplicación no se podía prever.

2. Filosofía del Confinamiento

El bloqueo de la India es un ejemplo de la respuesta política mundial dominante a la pandemia de covid 19. Supone la observancia del distanciamiento físico y el aislamiento en un contexto de suspensión generalizada de la movilidad humana normal y la actividad económica. Con algunas excepciones en cuanto a rigurosidad (como en Suecia, donde el gobierno se ha mostrado reacio a imponer medidas que no sean lineamientos, o en Bielorrusia, donde tampoco parece haber lineamientos), éste es en gran medida el modelo que han adoptado los países económicamente avanzados de Europa, América del Norte y países anglófonos como Australia y Nueva Zelanda. De hecho, el cierre de la India, que en el momento de redactar el presente informe durará dos meses y más, es un excelente ejemplo del enfoque mundial, y se dice que la rigurosidad de su aplicación no ha sido superada por la de ningún otro país.

La filosofía normativa de cualquier política es una externalidad social relativa a algún objetivo de bienestar. Según este criterio, la principal externalidad que subyace a una epidemia es obvia: los individuos generalmente subestiman el contagio negativo que sus acciones imponen a los demás. Pero el nuestro no es un ejercicio de economía del bienestar: más bien tratamos de comprender la filosofía positiva, no normativa, que subyace a la respuesta a la epidemia. La noción de externalidad también es útil en este contexto, pero además tenemos que preguntarnos: ¿una externalidad relativa a qué punto de vista o función de bienestar?

La respuesta política dominante ha sido dictada por una visión en gran parte epidemiológica del problema. Esto no es sorprendente ya que la profesión médica ha estado a la vanguardia de los que asesoran a los gobiernos en la materia. Un modelo epidemiológico estándar es bastante mecánico. Un proceso estocástico interactivo lleva a los individuos a través de "estados": susceptibles, infectados, recuperados, etc. En estas ecuaciones se puede introducir una serie de parámetros que rigen el contagio, muerte, recuperación o reinfección, ecuaciones que luego se pueden resolver (a veces analíticamente, más a menudo numéricamente) para generar estimaciones de una trayectoria temporal de las infecciones y muertes. Debido a que este modelo de referencia está desprovisto de respuestas de comportamiento, una enorme externalidad está presente, por definición.

Esta dependencia de "parámetros" mecánicos es fácil de criticar. Todo científico social del comportamiento sabría que incluso sin un gobierno que los inste, los individuos reaccionarían a una epidemia, ajustando su propio comportamiento para evitar la infección, al menos por un estrecho interés personal. La medida en que reaccionen, a su vez, influirá en los "parámetros" del modelo, generando así respuestas no lineales que irán en cierto modo hacia el "aplanamiento de la curva" por sí mismos. Dicho esto, esta variante más sofisticada del punto de vista de política epidemiológica aún diría que las reacciones espontáneas no son suficientes y que es necesario intervenir. Incluso con modelos de comportamiento modificados no necesariamente se obtendrían resultados socialmente óptimos.¹

La respuesta de bloqueo se ve reforzada por el hecho de que los servicios organizados forman una gran parte de la estructura ocupacional de sociedades económicamente avanzadas por lo que hay un amplio margen para trasladar las actividades laborales online. Si tenemos en cuenta la distribución demográfica por edades en estas sociedades, y la concentración de recursos y poder de presión en los tramos superiores de esa distribución de edad, no es difícil ver por qué la visión epidemiológica ha llegado a dominar la debate, aunque no sin una oposición sustancial. Esa oposición procede de un abigarrado conjunto de grupos de interés. Hay libertarios, detractores de la máscara y adictos a la libertad cuyo único objetivo es ejercer su derecho a la libre elección sin tener en cuenta las consecuencias de sus actos. Hay grupos religiosos de todas las tendencias que creen que los mandatos humanos para luchar contra el coronavirus son impotentes - o innecesarios, o peor aún, una herejía - a la sombra de un Dios omnisciente. Y hay intereses corporativos y comerciales inmensamente poderosos, que no sólo se alimentan de la mezcla de libertad, amor, temor a Dios y libertad, sino que también inyectan el argumento más insidioso (y aún más serio) de que el precio de la vida tiene sus límites, y que las almas humanas

¹ Ha habido una verdadera epidemia de trabajos sobre modelos de comportamiento de la epidemiología, algunos más explícitos que otros en el modelado de las respuestas individuales, y todos estudiando los bloqueos óptimos bajo varios escenarios. Para una pequeña muestra, ver (los pre-pandemia) Geoffard y Philipson [29], Fenichel [25] y Fenichel et al [26], y (los post-pandemia) Farboodi, Jarosch y Shimer [24], Garibaldi, Moen, y Pissarides [28], y Jones, Philippon y Venkateswaran [43].

pueden ser colocadas en la misma balanza que los bienes y servicios, *a un precio posiblemente elevado pero finito*.

Por lo tanto, se considera que el apoyo al bloqueo emana de aquellos que están con la suficiente altura de miras para entender que la vida debe ser valorada por encima de las mercancías, aquellos que entienden la necesidad de regulación para combatir las externalidades no deseadas. Por el contrario, aquellos que dejarían sus sociedades sin regular son vistos con emociones que van desde el desprecio divertido a la sospecha absoluta y a la gran indignación. Es un poco caricaturesco, pero sólo un poco, que el apoyo al encierro esté asociado con ser de "izquierda" o "progresista", mientras que los que están a favor de la relajación rápida son asociados con estar a la "derecha", u "orientados a la elección del individuo".

Sólo hay un incómodo vacío en el argumento anterior, que parece muy ordenado. Es que a la abigarrada tripulación de libertarios y capitalistas se está empezando a unir una clase trabajadora cada vez más desesperada y ruidosa que vive con un temor incesante de que sus medios de vida no vuelvan nunca más. Por esta y otras razones, una lectura matizada de estas filosofías contrastantes revela dudas: dudas que se agudizan significativamente cuando nos centramos en los países en desarrollo. Mientras que la economía del bienestar se lleva a cabo en el brillo prístino de una función objetiva única e indiscutible, la economía política positiva no lo es: su bienestar es a menudo una cuestión mucho más importante que los criterios de los libros de texto sobre fallas del mercado en relación con alguna función de bienestar social universalmente aceptada.

3. Vidas Versus Vidas: Lo Visible y lo Invisible

La pandemia del Covid-19 ha puesto un foco láser sobre las vidas perdidas por el virus. Ninguna otra epidemia que se recuerde ha hecho esto en sociedades económicamente avanzadas, con la posible excepción del VIH-SIDA. Ni el Ébola, ni el SARS, ni el MERS, ni siquiera la pandemia de H1N1 ha generado este nivel de alerta roja; y ciertamente no la malaria o el dengue, esas reliquias robustas encerradas con seguridad en el mundo en desarrollo. No es que estas sociedades avanzadas no hayan tenido experiencias de primera mano en algunas de estas epidemias. Pero el SARS-CoV-2 es diferente, viene con una combinación de riesgo de contagio y muerte que ya ha cobrado más de un cuarto de millón de vidas en todo el mundo, y esta vez el mundo desarrollado contabiliza la gran mayoría de estas muertes. La visibilidad internacional de las muertes de Covid-19, aumentada por su predominio en "Occidente", juega un rol no menor en nuestra historia.

La visibilidad de las muertes por Covid-19 se ve muy reforzada por la perspectiva epidemiológica descrita en la sección anterior. Se ve reforzada además por dos consideraciones adicionales.

La primera es la falta de información. La respuesta inicial a la pandemia ha sido la realización de pruebas reactivas, en las que sólo se realizan pruebas a pacientes enfermos, a menudo gravemente enfermos, y a otros se les dice que esperen hasta que sus síntomas empeoren. Este enfoque no tiene (ni pretende tener) ningún propósito estadístico: su único propósito es confirmar casos positivos entre pacientes gravemente enfermos y luego aislarlos y tratarlos. Sin embargo, por consiguiente, si bien podríamos tener una idea bastante buena de las muertes por Covid-19 - aunque hay problemas aquí que deben ser resueltos² - sólo tenemos unos límites aproximados sobre las infecciones por Covid-19. La Tabla 1 muestra estadísticas a nivel de país sobre pruebas, casos positivos, y la tasa de letalidad (CFR), que es la tasa de mortalidad de casos conocidos positivos. Estas tasas son espantosamente elevadas, a menudo - como en el caso de España, Italia o el Reino Unido - llegando a cifras de dos dígitos. Para el mundo tenemos alrededor de 4,7 millones de casos con alrededor de 310.000 muertes (al 17 de mayo de 2020), una CFR de alrededor del 6,7% (del 17 de mayo de 2020), una CFR de alrededor del 6,7%.

Tabla 1. Pruebas, Casos y Muertes para Países Seleccionados

Country	Tests [1]	Confirmed [2]	Deaths [3]	Case Fatality Rate [3/2]	Tests (per million)
U.S.	8,412,095	1,334,280	79,254	5.94	25,628
Spain	2,467,761	223,578	23,822	10.65	52,805
U.K.	1,728,443	215,260	31,587	14.67	25,589
Italy	2,514,234	218,268	26,478	12.13	41,654
Germany	2,755,770	170,979	7510	4.39	33,142
France	724,574	138,421	26,230	18.95	10,811
India	1,759,579	74,219	2,415	3.25	1,300

Notas: Cifras exactas al 10 de mayo de 2020. Las cifras en las tres primeras columnas para India (12 de mayo) provienen de <https://www.covid19india.org/>, y en otros lados de Wikipedia; ver https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_testing y https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID-19_pandemic_data

No es raro que los comentaristas, incluso hoy en día, hasta bien entrada la pandemia, utilicen estas tasas como aproximaciones a la verdadera tasa de mortalidad de Covid-19, pero por supuesto eso está muy lejos de la verdad.³ La última columna de la Tabla 1 muestra que existen amplias variaciones entre países en el número de pruebas realizadas por millón de habitantes, con Francia, el Reino Unido y los

² Un exceso de muertes ha sido una característica de este período pandémico, lo que lleva a la posibilidad de que estemos subestimando las muertes Covid-19; véase, por ejemplo, Galeotti, Hohmann y Surico [27]. También se ha argumentado lo contrario: que tal vez estemos atribuyendo demasiadas muertes a Covid-19, simplemente porque se ha descubierto que los individuos que mueren de otras morbilidades están infectados; véase, por ejemplo, Lee [49].

³ Incluso meses después de la crisis, hay confusión entre los observadores y ciertamente el público en general con respecto a cuán mortal es realmente Covid-19; véase, por ejemplo, el informe de Caroline Chen [16] en ProPublica.

EE.UU. rezagados entre los países avanzados, y la India evidenciando un registro seriamente reducido de intensidad de pruebas, con características peculiares adicionales a las que volvemos a continuación; ver Sección 4. Pero el punto es que estamos muy lejos de pruebas universales. Todos los países hacen pruebas predominantemente a los muy enfermos, con el resultado obvio de que la CFR no se acerca a la verdadera tasa de mortalidad de Covid-19.

El hecho es que el público no sabe cuál es la tasa de mortalidad de Covid-19. De hecho, nadie la conoce, y no lo sabremos de manera definitiva hasta que nuestras muestras dejen de estar sesgadas, donde la palabra se invoca no en el contexto del tratamiento sino en el sentido de acceso al conocimiento estadístico. Esto pone de relieve la utilidad de realizar pruebas con muestras nacionales totalmente insesgadas y aleatorias, un punto ampliamente apreciado en una fase muy temprana por numerosos estadísticos y economistas. En el momento de redactar el presente informe, las muestras que tenemos pueden ser demasiado pequeñas para producir confianza estadística, o demasiado propensas al sesgo (como pedir voluntarios o tomar muestras de una subpoblación sesgada, como los compradores). En "experimentos naturales" como la infección Covid-19 en el crucero Princess Diamond, las distribuciones por edades no están bien representadas ni en composición ni en tamaño. Esta situación cambiará muy rápidamente en las próximas semanas o meses. Lo que sí sabemos sin lugar a dudas es que las tasas de mortalidad por infección son de órdenes de magnitud inferiores a las tasas de letalidad que figuran en la Tabla 1, y es muy probable que estas tasas se sitúen entre 0,5% y 0,8%, más altas que la tasa del 0,1% que comúnmente se atribuye a la gripe, pero no de forma estratosférica. Para más discusión, ver la sección 4.

Un corolario del argumento anterior es que tampoco conocemos la tasa de contagio del virus.⁴ Podemos (provisionalmente) tratar el número total de muertes por Covid como información, pero si no sabemos cuál es el número total de infecciones, no es posible factorizar las muertes/población en la expresión contable:

$$\text{Muertes/Población} = [\text{Muertes/Infecciones}] * [\text{Infecciones/Población}]$$

donde el primer término de la derecha reflejaría la verdadera tasa de mortalidad, y el segundo sería un proxy de cuán contagiosa es la enfermedad. El culpable que falta es "infecciones", sobre las que aún no tenemos datos precisos.

Por ejemplo, compárese una enfermedad ligeramente contagiosa pero altamente mortal con una enfermedad altamente contagiosa pero de tipo gripal. Ambas podrían multiplicarse con el mismo número de muertes/población, pero afectarían nuestro comportamiento de maneras muy dispares. Pero desde una perspectiva general de salud pública los dos escenarios son muy similares; en todo caso, dadas las

⁴ La palabra "contagioso" se invoca en relación con alguna línea de base no conductual. Como ya hemos señalado, las reacciones de comportamiento de la población alterarían el ritmo efectivo de propagación de la enfermedad.

reacciones de comportamiento que se acaban de esbozar, la enfermedad altamente contagiosa pero ligeramente mortal podría derrumbar el sistema de salud pública en mayor grado que la enfermedad de baja contagiosidad y alta mortalidad.

Cualquier epidemiólogo competente sabe (o debería saber) estas cosas, pero le preocupa profundamente que el público - abandonado a sus propios mecanismos egoístas - no haga lo suficiente para proteger a la sociedad. A ese epidemiólogo preocupado le encantaría decir que tanto las tasas de contagio como las de mortalidad son altas, y a menudo lo hacen. Podría centrarse, por ejemplo, en el crecimiento exponencial de los casos notificados (¿contagio? realmente no) y simultáneamente en la tasa de mortalidad (¿tasa de letalidad? realmente no). Podría decir que la gran mayoría de los afectados son jóvenes, lo que será generalmente cierto mientras la gran mayoría de la población sea joven, o que la enfermedad causa daños irreversibles aunque no mate. Todo esto contiene suficiente verdad parcial como para llevar el anillo de la verdad, y representa un intento bienintencionado de arrastrar el comportamiento individual hacia el óptimo social. Por consiguiente, la gran mayoría del público sigue estando imperfectamente informado acerca de algunas características destacadas de Covid-19, aunque esa información pueda estar disponible.⁵ La única característica que se hace muy visible es que estamos atrapados en un combate mortal con una enfermedad asesina.

La segunda consideración que sirve para poner de relieve la visibilidad de las muertes por epidemia es la opinión de que una enfermedad como Covid-19 se cobra vidas de una forma predatoria que no puede lograrse con la suspensión de la actividad económica. En resumen, una contienda por el bienestar entre vidas y trastornos causados por la suspensión o reducción de la actividad económica no debería ser una contienda en absoluto. Este punto de vista de no competencia está sólidamente apoyado por los epidemiólogos. No hay competencia, se hace eco cualquier gobierno que haya echado su peso detrás de un cierre. Por ejemplo, el gobernador de Nueva York Andrew Cuomo, cuyas empáticas sesiones informativas diarias han ganado un amplio seguimiento, y no sólo en Nueva York, tenía esto para decir:

"¿Cuánto vale una vida humana? Esa es la verdadera discusión que nadie está admitiendo, abierta o libremente. Es lo que deberíamos hacer. En mi opinión, el costo de una vida humana, una vida humana no tiene precio. Punto."

Podemos ver argumentos a favor o en contra de esta posición. Un economista podría estimar el valor de la vida para usted de veinte maneras diferentes, desde decisiones privadas para cruzar una calle concurrida, o el gasto en seguridad de las aerolíneas, o el alcance de las prohibiciones de fumar en público. Cada una de estas devolvería

⁵ Ciertamente, con un público que busque su propia información independiente y, en particular, esté plena e inteligentemente informado sobre el total de muertes, el epidemiólogo no puede manipular con éxito tanto las tasas de contagio como las de mortalidad, pero incluso en este caso no hay ningún incentivo para que un gobierno que vigila un encierro revele de manera creíble las estadísticas correctas al público. Esta no es una teoría conspirativa. Es un hecho simple que puede asociarse incluso con un gobierno benévolo (si bien paternalista).

un precio finito de vida. Pero hay contraargumentos. Podría subirme a un avión porque (correctamente) atribuyo probabilidades infinitesimales a un accidente mortal. Podría conducir un coche o cruzar una calle muy transitada porque (incorrectamente) atribuyo una probabilidad arbitrariamente alta a ser un conductor mejor que el promedio, o a ser lo suficientemente ágil para evitar ser atropellado. Podría subirme a un avión porque (correctamente) atribuyo probabilidades infinitesimales a un accidente mortal. Podría conducir un coche o cruzar una calle muy transitada porque (incorrectamente) atribuyo una probabilidad arbitrariamente alta a ser un conductor mejor que el promedio, o a ser lo suficientemente ágil para evitar ser atropellado. Estos juegos mentales tan queridos por los economistas de la preferencia revelada no nos impiden asignar un valor extremadamente alto a una vida por lo demás sana, especialmente cuando nos enfrentamos explícitamente a tomar la decisión - y sólo con la perspectiva de una pérdida monetaria.

Aunque sus palabras suenen ingenuas, por eso estamos de acuerdo con el gobernador Cuomo. Ante un confinamiento que destruye algún valor económico y protege vidas, tomaríamos el confinamiento; es decir, un confinamiento con amplias medidas de bienestar. Esta es una posición bastante clara, en principio.

Pero esta posición de principio provoca inevitablemente la pregunta pragmática: ¿qué pasa si el Estado es incapaz de aplicar la mejor opción que se acaba de esbozar, por razones que podrían ir desde limitaciones financieras a la falta de conocimientos especializados, pasando por la ignorancia o la incompetencia? Más aún, ¿qué pasaría si el Estado *no estuviera dispuesto a hacerlo* -por razones de no estar preparado a hacer el esfuerzo para superar las deficiencias en la capacidad del Estado que acabamos de mencionar, o, además, no está preparado para perturbar el peso establecido de intereses creados comprometiéndose a una política redistributiva? (La noción de "política redistributiva" se interpreta aquí ampliamente como una orientación que se inclina a favor de aliviar la carga de las clases trabajadoras pobres al costo posible de algún beneficio -fiscal o sanitario- para las clases relativamente acomodadas). En el resto de este ensayo, demostraremos la importancia de estas cuestiones en el contexto indio.

El problema es que en la India, y sin la menor duda, un confinamiento económico *supondrá la pérdida generalizada de vidas*. Hay vidas que se perderán por las condiciones de inanición, mala salud, violencia, aumento del endeudamiento y pérdida persistente de ingresos y medios de vida inducidas por el bloqueo. Sin una protección sostenida y amplia de los que están en peligro, toda la cuestión filosófica de si una vida humana tiene un valor finito o no es mucho menos relevante. En la India en particular -y en los países pobres en general- no se trata de una cuestión de vidas versus economía, sino de *vidas versus vidas*. O, más pertinente, es una cuestión de qué vidas tienen mayor visibilidad.

Las vidas perdidas por violencia, hambre, endeudamiento y estrés extremo, son invisibles, en el sentido de que se extenderán a través de la categoría y el tiempo. Alguien morirá por suicidio. Una mujer será asesinada en un episodio de violencia doméstica. La policía podría dar una paliza de muerte a un manifestante. Las muertes ocurrirán no sólo ahora, sino durante meses y años, a medida que la creciente inanición y endeudamiento y las enfermedades crónicas cobren su cuota colectiva. Como escribió Hari Vasudevan el 22 de abril:

La hambruna es peculiar. No mata rápidamente. Gandhi lo demostró. También lo han hecho muchos otros. Pero, en última instancia, seguramente causa muertes. Tal vez, al relajar un bloqueo, una familia hambrienta vuelva al trabajo, sin poder desplazarse más de cien kilómetros, y ahora aterrorizada por un regreso a casa lleno de sospechas de contagio... “[93].

Las muertes no-Covid de un encierro se mezclan con el paisaje circundante de mala salud y muerte de una multitud de categorías; su misma difusión hace que no sean noticia, aunque reaparezcan bajo un cuidadoso registro por parte de estadísticos, activistas de interés público o economistas. En el sitio web <https://the-jeshgn.com/projects/covid19-india/non-virus-deaths/> se rastrean las muertes relacionadas con el encierro que no se atribuyen a Covid-19. Las muertes son rastreadas en periódicos nacionales y locales en inglés y en varios (pero no todos) los idiomas de la India. Las categorías en las que se clasifican ahora principalmente las muertes son suicidio, accidentes relacionados con la migración, violencia (doméstica y de otro tipo), agotamiento, dificultades financieras y hambre. El rastreo es loable pero necesariamente incompleto, y este carácter incompleto está destinado a aumentar a medida que los informes de los periódicos no logren establecer la conexión -como invariablemente y de manera comprensible lo harán- entre cada muerte en cuestión y el encierro que la causó. Estas muertes tampoco llevarán la misma firma exponencial urgente que mostrará la trayectoria inicial de muertes de Covid-19, aunque se hayan disparado días después del confinamiento. Pero con el tiempo, seguramente aumentarán, así como seguramente se deslizarán bajo el radar de un mundo ansioso de eventos bien definidos. Estas vidas perdidas son invisibles, pero también son atribuibles a Covid-19.

Argumentaremos que es esta conjunción de visibilidad e invisibilidad la que impulsa la respuesta de la India: inesperada y a menudo brutalmente eficiente en la aplicación de un confinamiento, a fin de obtener reconocimiento internacional, mientras que verbalmente exagerada y sin embargo silenciosamente deficiente en el socorro que tan desesperadamente se precisa para aquellos cuyos medios de vida están en juego. Estamos asistiendo a una intervención del Estado central orientada al máximo a lograr visibilidad, en lugar del acto menos dramático ópticamente pero igualmente importante de una mejora sustantiva. Se trata de una economía política internacional con consecuencias internas, como veremos más adelante cuando examinemos las cambiantes relaciones fiscales que empiezan a surgir entre el Centro y los Estados indios, las nuevas enmiendas a las leyes laborales que se están poniendo

rápidamente en práctica, las cláusulas que incentivan donaciones de empresas para que fluyan hacia el Centro, y la definición y aplicación totalmente inadecuadas de los paquetes de ayuda. En resumen, el Gobierno de la India está sucumbiendo a la tentación imperiosa de aplicar todos los adornos de un cierre estricto sin preocuparse demasiado por ofrecer un alivio compensatorio de asistencia social. La primera estrategia se presta a la propaganda como un esfuerzo dirigido a la prevención de muertes relacionadas con Covid-19. En cambio, el segundo enfoque tiene un valor publicitario menos inmediato y es más difícil, arduo y laborioso de implementar. Parece improbable que lo sea alguna vez.

En lo que sigue, describiremos selectivamente algunas de las muchas sugerencias prácticas que han hecho varios comentaristas sobre qué tipo de paquete de ayuda podría dictarse en un momento de bloqueo y más allá, el estado real de desempeño en este sentido, algunas consecuencias y correlaciones de la política del Estado, y las actitudes sociales de las clases dominantes. Esperamos ser capaces de localizar nuestra evaluación dentro del marco descrito en esta sección, uno que destaca las relativamente fáciles ganancias por la intervención del Estado que se obtienen de una política que prioriza la visibilidad por encima de otros objetivos.

Referencias

- [16] Caroline Chen. “What Antibody Studies Can Tell You — and More Importantly, What They Can’t”. *The Spectator* (Apr. 28, 2020). <https://www.propublica.org/article/what-antibody-studies-can-tell-you-and-more-importantly-what-they-cant>
- [24] Maryam Farboodi, Gregor Jarosch, and Robert Shimer. Internal and External Effects of Social Distancing in a Pandemic. Working Paper 27059. National Bureau of Economic Research, 2020.
- [25] Eli P. Fenichel. “Economic Considerations for Social Distancing and Behavioral Based Policies During an Epidemic”. *Journal of Health Economics* 32 (2013), pp. 440–451.
- [26] Eli P. Fenichel, Carlos Castillo-Chávez, M. G. Ceddia, Gerardo Chowell, Paula A. González Parra, Graham J. Hickling, Garth Holloway, Richard Horan, Benjamin Morin, Charles Perrings, Michael Springborn, Leticia Velázquez, and Cristina Villalobos. “Adaptive Human Behavior in Epidemiological Models”. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108 (2011), pp. 6306–6311.
- [27] Andrea Galeotti, Sebastian Hohmann, and Paolo Surico. *A Rule of Thumb to Detect Excess Deaths? Lessons from Italy*. Mimeo. London Business School, 2020.
- [28] Pietro Garibaldi, Espen R. Moen, and Christopher A. Pissarides. “Modeling Contacts and Transitions in the SIR Epidemics Model”. *Covid Economics Vetted and Real-Time Papers* 32 (2020), pp. 1–20.
- [29] Pierre-Yves Geoffard and Tomas Philipson. “Rational Epidemics and Their Public Control”. *International Economic Review* 37 (1996), pp. 603–624.
- [43] Callum J. Jones, Thomas Philippon, and Venky Venkateswaran. *Optimal Mitigation Policies in a Pandemic: Social Distancing and Working from Home*. Working Paper 26984. National Bureau of Economic Research, 2020.
- [49] John Lee. “How Deadly is the Coronavirus? It’s Still Far from Clear”. *The Spectator* (Mar. 27, 2020). <https://www.spectator.co.uk/article/The-evidence-on-Covid-19-is-not-as-clear-as-we-think>
- [52] Vivek Menezes. “India’s Leaders Have Panicked. Now the Millions Who Power the Country are Suffering”. *The Guardian* (Apr. 8, 2020). <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/08/india-leaders-coronavirus-lockdown>

- [56] Supriya Nair. "For a billion Indians, lockdown has not prevented tragedy". *The Guardian* (Mar. 29, 2020). Url: <https://www.theguardian.com/world/commentisfree/2020/mar/29/india-lockdown-tragedy-healthcare-coronavirus-starvation-mumbai>
- [69] Somdeep Sen. "Modi's Government has Botched its Response to India's Pandemic". *Jacobin* (Apr. 15, 2020). <https://www.jacobinmag.com/2020/04/india-narendra-modi-pandemic-coronavirus-bjp/>
- [82] *Scroll* Staff. "What? No New Task? Modi's Lockdown Extension Speech Sparks Scathing Humour on Twitter". *Scroll*, in (Mar. 4, 2020). <https://scroll.in/article/959129/what-no-new-task-modis-lockdown-extension-speech-sparks-scathing-humour-on-twitter>
- [86] *Wire* Staff. "Modi's Silence on Essential Supplies During 21 Day National Lockdown Sets Off Panic". *The Wire* (Mar. 4, 2020) <http://science.thewire.in/health/coronavirus-narendra-modi-national-lockdown/>
- [91] Karan Thapar. "Interview: India Could Be Next Coronavirus Hotspot, Worst Case up to 60% Could Be Infected". *The Wire* (Mar. 19, 2020). <https://science.thewire.in/health/interview-india-could-be-next-coronavirus-hotspot-worst-case-up-to-60-could-be-infected/>
- [93] Hari Vasudevan. "Food is a Necessity. So is Making It Available". *NewsClick* (Apr. 22, 2020). <https://www.newsclick.in/Food-Necessity-Making-Available>