Pandemia: la ciudad desvelada

Javier Segura del Pozo, médico salubrista y epidemiólogo

Puedes encontrar a Javier Segura del Pozo en Twitter

Las epidemias rompen la normalidad y crean situaciones extraordinarias. Como tal, aparentemente son lo más opuesto a **lo cotidiano**, a lo normal. Sin embargo, desde otro punto de vista, las epidemias (y las pandemias) dejan al descubierto elementos de nuestra normalidad y de nuestra sociedad, que están **ocultos**, pero muy presentes y activos, en los periodos interepidémicos. La epidemia sería la resultante de la ruptura de un equilibrio inestable y el consecuente surgimiento de casos más numerosos de los esperados de una enfermedad (o de una enfermedad nueva). Sería el resultado del desborde de una situación de riesgo y vulnerabilidad previa a la epidemia.

Un ejemplo son los brotes epidémicos de gastroenteritis víricas en las residencias de personas mayores, que investigué en mis primeros años de práctica epidemiológica, cuando merced a un modelo de *externalización* de las residencias de personas mayores, se optó por una reducción de la plantilla de las cuidadoras de los residentes *no válidos*[1] y una precarización de sus condiciones de contratación. Oficialmente el origen de los brotes eran los norovirus, pero en la realidad, las epidemias nos hablaban de la precariedad laboral y la búsqueda de la plusvalía en la gestión de estas instituciones. Los brotes, aunque eran percibidos como la ruptura de la vida cotidiana de las residencias, no dejaban de describirnos aspectos de esta. Por desgracia, las mismas causas han tenido un evidente protagonismo en las muertes en las residencias durante este año pandémico. El asesino no era tanto el coronavirus, sino la precariedad laboral en las residencias y cierto modelo de final de vida como negocio rentable.

Famosas epidemias y pandemias anteriores también nos dieron pistas de situaciones de nuestra estructura social, económica, política y urbanística, que estaban en el origen de estas alarmas epidémicas: el brote de las vacas locas nos puso sobre aviso sobre el sistema de alimentación *caníbal* del ganado, la epidemia de la gripe aviar sobre los riesgos de los métodos de ganadería intensiva, la de ébola sobre las políticas devastadoras de terrenos selváticos, donde viven animales salvajes portadores de virus, etc. Todas ellas nos advertían sobre las consecuencias de la progresiva sobreexplotación medioambiental, el crecimiento insostenible e irresponsable, la rapiña neocolonialista, la rápida globalización epidémica a través del comercio y los vuelos internacionales, las consecuencias ambientales y agropecuarias de un consumismo exacerbado, además de la mayor vulnerabilidad al contagio de las poblaciones más depauperadas, como consecuencia de la creciente desigualdad social, entre otras amenazas a la vida. Se podría resumir, que las epidemias nos hablan de las consecuencias de tener en **un sistema económico y político muy poco cuidadoso** con las personas, sus derechos humanos y su medioambiente. Les dejo a ustedes que pongan el nombre a este sistema.

Me dirán que siempre han existido epidemias. Y es cierto. Pero también que siempre han retratado la sociedad donde han surgido. Y que es con el nacimiento de la industrialización, la urbanización y el proletariado (es decir, con el capitalismo), cuando estas epidemias adquieren las formas, la intensidad y la extensión que seguimos sufriendo en nuestras urbes. Por eso es la ciudad industrial la que dio el impulso definitivo al desarrollo de la salud pública y la epidemiologia, tal como la entendemos hoy en día. Precisamente, por la necesidad de afrontar el reto que supusieron las epidemias de cólera y otras enfermedades que asolaron las ciudades del novecientos. Las epidemias ponían el foco y el interés de la medicina y de los gobernantes en las miserables condiciones de vida de las clases populares en **los**

barrios bajos de las grandes ciudades. La miseria de los pobres que también amenazaba la salud de los barrios burgueses y aristocráticos.

Así pues, desde el nacimiento de la medicina social y la *cuestión social*, las epidemias nos hablan paradójicamente del *statu quo* del periodo interepidémico. De **la normalidad social escondida**. Como estaban escondidas, bajo la monumentalidad de los centros de las ensanchadas ciudades liberales, las infraviviendas de estos barrios periféricos, las infrahumanas condiciones de trabajo en las industrias, la pertinaz malnutrición, la escandalosa mortalidad maternoinfantil y la muerte prematura del proletariado. No solo era un fenómeno urbano. Si médicos sociales como Rudolf Virchow, describían a mediados del siglo XIX la desigualdad social como origen de los brotes infecciosos en ciudades como Berlín, casi un siglo antes, otro médico, Johann Peter Frank, describía la miseria del campesinado, desposeído de sus tierras y esclavizado, como la madre de las enfermedades y epidemias[2].

Cuando escribo este texto, a finales del fatídico 2020, apenas tenemos información cierta sobre las causas que desencadenaron la pandemia de Covid-19, pero sí que tenemos muchas pistas de las dinámicas sociales, económicos y políticas que han favorecido la transmisión descontrolada del virus en nuestras ciudades y el impacto diferencial que ha tenido en términos de contagio, gravedad y muerte entre los grupos sociales que habitan nuestras ciudades.

Cuando llegó la pandemia, muchos y muchas estábamos poniendo en cuestión una sociedad urbana en la que hay una esquizofrenia entre el mundo productivo y el mundo reproductivo y en la que no se le da suficiente valor al **mundo de los cuidados**[3]. Estos siguen *feminizados*, precarizados y, sobre todo, escondidos a la mirada de la economía y la política, incluidas las políticas urbanas. Forman, junto a las desigualdades sociales en salud, esa parte oculta de la normalidad que antes mencionábamos. La llegada de la pandemia,

y especialmente de ese confinamiento primaveral, supuso la parada del mundo productivo y el protagonismo del mundo reproductivo, del mundo de los cuidados. Creo que la pandemia nos ha hecho a las personas más conscientes de nuestra vulnerabilidad y de nuestra interdependencia. Ahora bien, ahora en diciembre de 2020, ya instalados en plena „nueva normalidad“, no se cuánto tiempo durará esa consciencia adquirida en la pasada primavera y qué consecuencias tendrá para la ciudad postcovid.

Hace unos nueve meses, la pandemia trajo a primer plano nuestra **vulnerabilidad** ante la enfermedad y la muerte. A los que somos sesentones, que creíamos que los 60 eran *los nuevos 50*, nos ha puesto ante el espejo de la fragilidad de nuestra esperanza de vida y de los proyectos aplazados para las últimas décadas de vida. La pandemia nos ha traído el miedo a la muerte prematura. También al miedo al mal final de vida y a la mala muerte. Nos ha recordado la necesidad de buscar una rápida alternativa al modelo de residencias de mayores y a encontrar, cuanto antes, la oportunidad de vivir en comunidades compasivas que sepan acompañar a la muerte y al duelo. También nos ha puesto frente a nuestra vulnerabilidad económica: de la perdida repentina del empleo y el empobrecimiento súbito.

Vulnerabilidad e interdependencia. Nuestra **interdependencia** se hizo más evidente que nunca durante el confinamiento. Éramos dependientes de los cuidados que nos podíamos proporcionar las personas allegadas. Por ello, también aumentó el riesgo al *descuido*, cuyas expresiones van desde la violencia de género que se disparó durante este periodo, a la soledad no deseada, multiplicada por esta decretada *distancia social* y el miedo al contacto humano. Las situaciones de soledad no deseada y desamparo identificadas durante estos meses han golpeado no solamente a las personas mayores, sino a los otros grupos sociales que ya identificamos en la encuesta que hicimos en Madrid Salud[4]. Tenían una mayor prevalencia de sensación

frecuente de soledad: las personas con diagnósticos de enfermedad mental, discapacidad, en situación de calle, inmigrantes y familias monomarentales.

La dependencia económica también se visualizó por el frágil acceso a los bienes básicos. Por ejemplo, por nuestra dependencia de las cadenas de producción y distribución de alimentos. Asimismo, fuimos conscientes de la necesidad de una mayor autonomía del extranjero en la producción de material sanitario esencial (EPIS; ventiladores mecánicos, pruebas PCR, etc.) y de su valor estratégico (industria pública?).

El confinamiento nos hizo también valorar **la proximidad**, que venía siendo reivindicada por los que sosteníamos la bandera de lo comunitario (incluida la salud comunitaria): tener un vecindario bien dotado de infraestructuras, zonas verdes, carriles bicis o aceras, pero también de solidaridad vecinal. *La ciudad de los 15 minutos* popularizada por la alcaldía de Paris. Participé entonces en el diseño de modelos de desconfinamiento con arquitectos y urbanistas. Abogábamos por elegir las zonas o unidades geográficas de confinamiento más adecuadas, para minimizar el riesgo de contagio y maximizar la eficiencia para cubrir las necesidades de la vida cotidiana. Recomendábamos limitar los movimientos a la *proximidad eficiente* (área de movimiento para comprar, pasear, cuidar, trabajar, producir, etc.), e ir ampliándola a medida que disminuyera el riesgo de contagio y pudiera permitirse el flujo de movimientos con las zonas limítrofes. Usando otras palabras, recomendábamos configurar unidades locales integradas de trabajo productivo y reproductivo (actividades de cuidado y sostén de la vida).

Pero la pandemia también ha revalorizado **el espacio público**, como bien que compensa las diferencias de calidad de las viviendas (del espacio privado). Igual que la sanidad y la educación pública benefician especialmente a los que tienen menos acceso a la sanidad y educación privadas, la calle, el parque y la plaza son especialmente apreciados para quien

tiene viviendas poco confortables. Por eso, el cierre de los parques y otros espacios públicos, perjudicó especialmente a las clases populares. La inequidad en la vivienda se hizo especialmente visible en el confinamiento, pero también durante la llamada segunda ola de transmisión del coronavirus, que en una ciudad como Madrid, se cebaba con mayor saña en los barrios populares del sur, donde las condiciones de habitabilidad y hacinamiento dificultaban el cumplimento eficaz de las cuarentenas y favorecían el contagio de todos los convivientes. Si ya antes de la pandemia era cada vez mas frecuente el hecho de que se viviera en habitaciones alquiladas, en vez de en pisos, el empobrecimiento pandémico aumentó el numero de viviendas donde habitaban varías familias. También hemos vuelto a considerar el espacio público como el espacio por excelencia de las relaciones comunitarias. La limitación de su acceso durante el confinamiento dificultó las acciones de los grupos vecinales de apoyo mutuo y fue fundamental para las acciones solidarias de las despensas comunitarias que se desarrollaron después del confinamiento.

La pandemia también descubrió **el teletrabajo** para una parte importante de la población. Sin embargo, el teletrabajo también desveló el gradiente social del mundo laboral. No todas las ocupaciones tuvieron acceso al teletrabajo. Para algunos era un privilegio. Según un estudio de los servicios sociales de Madrid[5] mientras que en los niveles más altos de renta había en torno a un 70% de trabajadores teletrabajando, por debajo de los 1.500€ de ingresos mensuales había menos de la mitad, y entre los de menos de 1.000€ la cifra solo llega al 13%. El teletrabajo también nos ha descubierto que se puede hacer desde casa casi las mismas cosas que desde la oficina, pero también que es un riesgo de mayor explotación, especialmente para las mujeres (doble jornada).

Más cosas desveladas por la pandemia: el valor de las y los **trabajadores esenciales** pero precarizados (cajeras y reponedoras de supermercados, limpiadoras, *riders*,

agricultores/recolectores, transportistas, cuidadoras de personas mayores y discapacitadas, etc.). Ellos y ellas permitieron que pudiésemos estar confinados durante la primera ola, pero también fueron las que siguieron desarrollando sus trabajos precarios de forma presencial durante la segunda ola, mientras que el resto de los trabajadores de rentas medias y altas, seguían teletrabajando desde el refugio de sus casas. Esta mayor exposición al contagio no siempre se ha hecho evidente por las deficiencias de los sistemas de información en morbilidad y mortalidad que no recogen bien la variable ocupación. No tenemos todavía estudios finos sobre la mortalidad en la pandemia por clases sociales u ocupaciones.

Pero hay un interesante estudio en el Reino Unido[6] sobre la mortalidad entre marzo y junio por clases ocupacionales. Llegó a la conclusión que quien más había muerto eran las personas con ocupaciones más bajas, básicas y precarias. En el caso de los hombres, eran las personas que cuidaban, los conductores de taxi o autobús, los obreros de cadenas de producción, etc. En el caso de mujeres, eran las empleadas en tareas de cuidados domiciliarios o residenciales las que habían tendido mayores tasas de mortalidad. Probablemente se mezclaba el riesgo de la exposición en sus trabajos con los inherentes a la propia clase social, pues habia una clara sobremortalidad en aquellas personas que vivían en zonas con mayor privación social. Hay estudios parecidos en otros lugares europeos y americanos. Por otra parte, acaba de salir la cuarta ronda del estudio de seroprevalencia en España[7] que apunta a que estas profesionales mas precarizadas (cuidados, limpieza, etc.) han tenido un mayor contacto con el virus que la población general, así como las personas con menor renta.

No nos olvidemos tampoco como la pandemia ha confirmado el valor de la sanidad pública y de **los servicios públicos** en general, incluyendo la educación publica volcada en la teledocencia y preocupada por la brecha digital, o los servicios sociales. Así como el daño que sufrimos cuando estos

servicios públicos se debilitan o se desmovilizan. Es en esas situaciones de merma de lo público cuando **las redes comunitarias** aparecen como un tesoro. Es decir, la pandemia nos ha vuelto a enseñar que debemos exigir servicios públicos fuertes, pero tenemos que estar preparados por si el estado nos deja tirados. En ese caso, la autoorganización previa de la ciudadanía es un activo. Lo Público puede reforzar lo Comunitario, pero lo Común no es sinónimo de lo Público.

La pandemia, como todos los test de estrés, hizo aflorar lo mejor y lo peor de nuestra sociedad. En caso de amenaza, se desatan tanto las pulsiones más individualistas, autoritarias (*el policía de balcón*), xenófobas, sectarias y demagogas, como las más solidarias y altruistas, propias de la ética del cuidado. Entre lo peor incluyo la exacerbación de la polarización de la vida política, la imposibilidad de dialogo argumentado y consensos, la dificultad de ir más allá de las burbujas tribales informativas y de opinión, de las dos Españas

Pero si algo ha desvelado la pandemia es **la ciudad desigual y segmentada** en términos sociales y de salud. **Las desigualdades sociales en salud** acabaron dando su cara en las machaconas estadísticas diarias sobre la pandemia. Como saben, nos referimos a aquellas diferencias en salud que consideramos injustas por estar determinadas socialmente y, por tanto, ser evitables. Estas desigualdades también suelen estar escondidas en periodos interepidémicos y solo se desvelan con estudios, estadísticas y gráficos, por ejemplo los que muestra un gradiente en la prevalencia de las principales enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artrosis, depresión…) según clase social. Pero también en mapas como los de esperanza de vida por barrios de Madrid, que muestran una diferencia de hasta 9 años de longevidad entre las personas que viven en barrios más ricos y más pobres (que se agrupan en un patrón espacial noroeste (más longevo y rico)/sureste (menos longevo y rico) y centro/periferia

España es uno de los países de Europa con mayor nivel de **desigualdad social**, muy incrementada tras las medidas de ajuste socioeconómico por la anterior crisis iniciada en el 2008. Esto se vio claramente cuando a finales de julio de 2020, recién estrenada la nueva normalidad, empezó a preocupar la situación epidémica de territorios urbanos muy densos y socialmente muy segmentados, como Barcelona o Madrid. En el caso de la Comunidad de Madrid, que conozco mejor, los mapas de incidencia de coronavirus mostraban desde el inicio de la segunda ola ese claro y clásico patrón espacial noroeste/sureste, antes mencionado, que llevó a que los barrios obreros del sur de la capital y las ciudades del sur de su área metropolitana llegaran a alcanzar en septiembre tasas de incidencia en 14 dias por encima de 1.000 casos por 100.000 habitantes. Las diferencias con el norte urbano más rico no podían ser atribuidas a un cierto *modo de vida* de sus habitantes, como sí que hizo Isabel Ayuso, la presidenta de la Comunidad de Madrid. Sino al hecho de la **mayor exposición** al coronavirus de estas clases populares y a su **mayor vulnerabilidad** (gradiente social de obesidad, diabetes, hipertensión, cardiovasculares, etc.), que implicaban una mayor gravedad y mortalidad de los casos. La mayor exposición se ha dado tanto en el ámbito doméstico (dificultades para cumplir con los aislamientos domiciliarios en viviendas hacinadas), como en el laboral (bajísimo porcentaje de teletrabajo, obligado uso del transporte público masificado en horas punta, trabajo presencial en ocupaciones precarias, *presentismo*, etc.)

No solo se ha desvelado el **clasismo** en ciertas miradas y políticas públicas, sino el frio calculo y aceptación de **la muerte evitable**. Incluso en momentos de grave riesgo de contagio, se ha evidenciado una resistencia feroz a limitar cualquier tipo de actividad comercial o de ocio, invocando la muerte de la economía (aun a pesar de que el exceso de mortalidad, la muerte de verdad, era ya evidente en el mes de septiembre). Cuando escribo estas líneas, siguen vigentes las

mismas invocaciones al consumo para *salvar la navidad*, a pesar del escandaloso número de muertes acumuladas en esta segunda ola. Creo que se ha conseguido que la sociedad normalice estas muertes y las considere asumibles para *salvar la economía*. Muertes que no nos olvidemos se ensañaban con el sector más anciano, económicamente más humilde y laboralmente menos *activo,* que ya sufrió una selección *utilitarista* de sus vidas en la primera ola. Entonces se dejó morir sin atención sanitaria a miles que vivían en residencias de personas mayores y discapacitadas, siguiendo un vergonzoso protocolo de selección para la derivación a hospitales. Es decir, se ha ejercido y asumido una ***necropolítica***[8], que más que matar, ha dejado morir, invocando una macabra ecuación muerte vs economía, en la que no todas las clases sociales ponían el mismo número de muertos en ese altar del sacrificio, ni se beneficiaban igual de la segunda parte de la ecuación.

De nuevo la pandemia que desvela; en este caso: la naturalización de la muerte en nuestras ciudades. En periodos interpandémicos la ciudadanía no sabe (¿o no quiere saber?) que la mayoría de los muertos que tenemos son *evitables* y que esta etiqueta tambien depende de los cambios de la percepción social. Un ejemplo son las muertes por accidentes de tráfico. Cuando había 6.000 o 9.000 muertos anuales hace unos años, se tenía como algo *normal*. Tuvo que haber una campaña intensiva para que se tomara conciencia de que esos muertos no tenían por qué existir y que se podían evitar. Ahora mismo nos escandalizaríamos con aquellas cifras. Ocurrió lo mismo con la contaminación atmosférica. Los mismos lideres políticos (ahora en el gobierno municipal) que animan a salir al consumo, ponían en tela de juicio las medidas de limitación a la movilidad en vehículo privado por el centro de Madrid del anterior gobierno municipal. Aunque entonces no se decía explícitamente, parece que el mensaje era asumir esas muertes por contaminación. En salud pública tenemos muchos ejemplos en que se ha enfrentado truculentamente la salud colectiva a la economía o al empleo.

Termino señalando que la desigualdad social no solo ha influido en el mayor riesgo de los y las trabajadoras precarias, sino en los grupos más vulnerables que han perdido el empleo o que ya estaban en situación de exclusión social, a los que las prometidas ayudas estatales, sin dejar de ser importantes, están llegando lenta y tardíamente por la importantes barreras burocráticas (como ocurre con el Ingreso Mínimo Vital), por lo que muchas veces han dependido de la acción solidaria de los grupos vecinales de ayuda mutua, como antes hemos dicho. Necesitamos dejar pasar un tiempo, no solo para ver cómo se comporta esta segunda ola, sino para comprobar el impacto indirecto que ha tenido esta sobrecarga del sistema sanitario y estas desigualdades sociales en la salud colectiva de la ciudadanía española. Lo que me queda claro es que **la ciudad postcovid** volverá a una **nueva normalidad** en la que mucho de lo que se ha desvelado con toda la crudeza, volverá a pasar desapercibido. ¿O tal vez no?

[1] Se llamaban así a las personas que no tenían la suficiente autonomía personal, incluido el control de esfínteres y, por lo tanto, eran una fuente y una víctima de este tipo de brotes epidémicos transmitidos por vía oral-fecal.

[2] Frank JP. „The People's Misery: Mother of Diseases". [Traducción del Latín e introducción de Henry Sigerist]. *Bulletin of the History and Medicine*. 1941;9:81-100. Pag 93. Accesible en: https://www.academia.edu/4027552/THE_PEOPLES_MISERY_MOTHER_OF_DISEASES

[3] Barbero Gutierrez, J „Experiencia 1. Plan Madrid Ciudad de los Cuidados" *Documentación social*, Nº 187, 2017 (Ejemplar dedicado a: Hacia una sociedad que se cuida)-pp. 161-175

[4] Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid, 2018." Madrid

Salud. Ayuntamiento de Madrid. Accesible en: https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Salud/Publicaciones/Estudio-de-Salud-de-la-Ciudad-de-Madrid-2018/?vgnextfmt=default&vgnextoid=f3ce3439ae292710VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnextchannel=e6898fb9458fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD

[5] Estudio sobre el impacto de la situación de confinamiento en la población de la ciudad de Madrid tras la declaración del estado de alarma por la pandemia COVID-19". AG Familia, Igualdad y Bienestar Social, Ayuntamiento de Madrid, mayo 2020. Accesible en https://diario.madrid.es/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Encuesta-Impacto-Confinamiento-Ciudad-de-Madrid.pdf

[6] "Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020" Office National Statistic. United Kingdom. June 2020. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020

[7] "Estudio ENE-COVID: Cuarta ronda estudio nacional de sero-epidemiologóa de la infección por SARS-CoV-2 en España". 15 de diciembre de 2020. Instituto de Salud Carlos III: Accesible en: https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/15.1215122016334811 3.pdf

[8] Mbembe, A. *Necropolitica*. Barcelona: Melusina, ,2011

Número 7, 2021