Incidencia de COVID-19 y desigualdad residencial: apuntes sobre la situación en las grandes ciudades

José Manuel Díaz Olalla

Médico de Familia y Comunidad y Epidemiólogo. Madrid Salud.

Puedes encontrar a José Manuel Díaz en Twitter y en el blog *No le digas a mi madre que trabajo en salud pública*.

La pandemia de la COVID-19 afecta más y más severamente a la población más desfavorecida. Territorialmente existe un riesgo incrementado de infectarse y de morir por esta causa en los distritos más pobres de la ciudad y en los que los hogares se componen de más personas. Analizamos el riesgo de infectarse por SARS-Cov-2 en los distritos de la ciudad de Madrid y su relación con algunas variables contextuales socioeconómicas y demográficas.

La COVID-19 no solo ha puesto en evidencia las graves desigualdades e inequidades existentes, sino que las ha incrementado[1]. La pandemia se ceba en los más vulnerables a la vez que provoca más desigualdad en la población, aunque en algún momento, al principio de su expansión, muchos pensáramos que pudiera no ser así. En aquellas desconcertantes semanas de marzo y abril, la cantidad de noticias que difundían los medios sobre personajes famosos que habían adquirido la infección (empresarios de éxito, artistas, gente de la *jet set*

en general), alguno de los cuales lamentablemente fallecieron por ella, nos hizo pensar no que se tratara de un problema de *vulnerabilidad inversa*, tan poco comunes en salud pública, sino en cierta transversalidad de su extensión social en relación con la posición socioeconómica.

Nada de eso era así: el tiempo nos ha enseñado que estábamos en aquellos precoces momentos ante un déficit de información generalizada y que en la medida en que hemos conocido más y mejor la naturaleza de este problema y de cómo prevenirlo, **quienes disfrutan de las mejores condiciones de vida (vivienda, transporte, trabajo, ocio) pueden elegir exponerse menos al coronavirus SARS-Cov-2 que los demás**.

Por lo tanto, las cosas se encauzaron pronto hacia lo que nos señala la experiencia y el conocimiento del efecto que los determinantes sociales tienen en la salud, que no es otra cosa que el hecho de que **la vulnerabilidad va más allá de aspectos individuales y biológicos y es determinada por el contexto social, económico y político**. Por ello, esta infección afecta más y más severamente a trabajadores informales y a quienes no tienen trabajo, a inmigrantes y al resto de la población en situación de precariedad, así como a quienes viven en condiciones de hacinamiento o de franca exclusión residencial, ya sea por carencia, inseguridad o inadecuación de la vivienda.

Esta pandemia es a la vez reflejo y causa de desigualdad social. Cuando hablamos de vulnerabilidad nos referimos tanto a la asociada a la profundización de las inequidades y las condiciones sociales adversas preexistentes, como a la relativa a las dificultades en la adopción y el cumplimiento de las medidas recomendadas. Es decir, quienes asumen las medidas de salud pública no farmacológicas dictadas por la autoridad sanitaria (confinamiento domiciliario, cierre de escuelas y centros de trabajos, aislamiento de espacios residenciales cerrados, destacadamente de mayores, restricciones en el transporte público y en las

concentraciones de personas) sufren más sus efectos no deseados, en especial si viven en la precariedad. Es importante añadir, por último, la vulnerabilidad asociada a la presencia de enfermedades crónicas que agravan el cuadro clínico y la mortalidad por esta causa.

Y, en este punto, resulta muy importante, si hablamos de avanzar hacia la equidad en la salud, conocer cuáles son los obstáculos existentes para que las medidas de prevención de la infección lleguen a todos y todas o, lo que es lo mismo, qué condiciones de los grupos y las personas limitan su aplicación o el acceso a ellas. Entre ellas y exclusivamente desde el plano de las políticas, como triada común de estas dificultades, en todos los análisis encontramos: **los límites a la universalidad de la atención sanitaria, las políticas de mercantilización de la salud y el empecinamiento en aplicar medidas locales a problemas que son globales.** No olvidemos que el principal factor que ha determinado la mala evolución de la pandemia en España es **la precaria situación en que ha quedado el sistema sanitario público tras más de una década de recortes y privatizaciones**[2].

La OMS publicó hace algunos años un informe en el que afirmaba que es posible acabar con el efecto de las desigualdades sociales en la salud en todo el mundo en tan solo una generación[3] si conseguíamos **mejorar las condiciones de vida de la gente, luchar contra el reparto desigual del poder, el dinero y los recursos y medir su magnitud y sus efectos**. Creemos que parte de nuestro trabajo diario debe servir para aportar conocimiento a la última de las medidas propuestas por ese organismo internacional. Para ello, y en relación con lo expuesto, hemos analizado con datos de las personas infectadas durante la primera oleada epidémica en la ciudad de Madrid, su evolución por distritos de la ciudad y, estudiando la información de forma agregada en el territorio (análisis ecológico), hemos comprobado si se podía discernir alguna relación entre el riesgo que tiene la población de infectarse

por el SARS-Cov-2 y la situación socioeconómica y demográfica del distrito en que reside[4]. Hay que destacar que, según datos recientes, **en aquéllos primeros 4 meses de epidemia que recoge el estudio apenas se diagnosticaba un 10% de los casos reales, mientras que en la actualidad la cobertura de diagnósticos llega a más de un 60%.** Quiere decir eso que el acceso a través de los datos oficiales solo nos mostraba una pequeña parte de la enfermedad y que este sesgo definido por las circunstancias, por la escasez de pruebas PCR y por los protocolos de actuación vigentes entonces determina que una parte de la realidad, sin duda la más leve, ha quedado fuera del estudio.

Con todo, y contando con que este tipo de análisis aportan poco a la búsqueda de la causalidad aunque son muy importantes para la elaboración de hipótesis sobre la misma, encontramos que se dan asociaciones entre variables que son muy significativas: existe una clara relación entre la renta del distrito y el número de hogares por habitante en esos territorios, separadamente, con la tasa de infecciones acumuladas, en ambos casos de naturaleza inversa, es decir, **a más renta en el distrito y a menos hacinamiento en el hogar corresponde una menor probabilidad de infección**. Y se observa no solo que existe esa relación, sino también que su fuerza es relevante. Así, cuando en ese trabajo estudiamos conjuntamente el efecto de ambas circunstancias adversas, baja renta territorial y hacinamiento en un modelo de regresión lineal múltiple, hallamos que actuando conjuntamente **ambas son capaces de predecir hasta un 30% de la incidencia de COVID-19 en los hombres de los distritos de la ciudad**. Las peores circunstancias que se dan en las ciudades grandes, específicamente en Madrid y, dentro de esta, **en los distritos del sur y sureste** se confirman en este análisis de la incidencia de COVID-19, pues en el conjunto urbano se sitúa por encima del doble que en el resto de España y en los dos distritos de Vallecas, Moratalaz y Vicálvaro la incidencia ajustada por edades supera el 240 por cien en relación con la

tasa nacional.

En otras ciudades grandes como Barcelona llegan a conclusiones semejantes, lo que nos indica que la relación entre la pobreza analizada territorialmente y la infección por este coronavirus es sólida (*Un estudio revela que la incidencia de casos es casi tres veces mayor en los distritos con menos renta de la capital catalana*[5]). Incluso en otros países la relación es evidente: en Suecia, país en que las medidas generales de protección, especialmente el confinamiento, no se aplicaron durante la primera ola, la evolución de la pandemia ha sido especialmente mala, castigando de forma desproporcionada a los más desfavorecidos: en una encuesta de seroprevalencia se halló un 30% de positivos en los barrios pobres frente a un 4% en los ricos[6].

Junto a una mayor susceptibilidad, las personas de nivel socioeconómico bajo sufren mayores tasas de contagio, morbilidad y mortalidad por la COVID-19[7], por lo tanto, es necesario **ampliar su protección social**. Para ello se requiere aumentar el nivel de cobertura de los programas existentes, priorizando aquellos grupos en situación de vulnerabilidad (p. ej., trabajadores informales como los temporeros, inmigrantes y otros grupos con altas tasas de trabajo desregularizado, etc.). De la misma forma, no se debe olvidar que esta infección tiene un efecto amplificador de las inequidades, como ocurre en muchos casos en situaciones de violencia de género y abuso de las mujeres.

Desde la protección social de los trabajadores precarios y amenazados por el desempleo, hasta las medidas tendentes a impedir los lanzamientos de la vivienda habitual, en especial si no hay alternativa habitacional, adquieren especial relevancia otras que son transversales, como la comunicación de riesgos, la participación social y comunitaria, los derechos humanos y el seguimiento y la evaluación de sus efectos.

Es falso el dilema que contrapone economía frente a salud en la resolución de la pandemia de COVID-19, pues la salud pública es necesaria para la recuperación económica. Ahora es el momento de construir una nueva normalidad y de trabajar hacia una recuperación que ponga la salud, la justicia social y la equidad en el centro de la agenda política, es decir hacia **la construcción de una sociedad que no deje a nadie atrás**.

Referencias

1.- Organización de las Naciones Unidas. *A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19*. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. Se encuentra en https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19

2.- Editorial. "COVID-19 in Spain: a predictable storm?". The Lancet Public Health. Volume 5, ISSUE 11, e568, November 01, 2020. Se encuentra en https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30239-5/fulltext#articleInformation

3.- Organización Mundial de la Salud, Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe final de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud*. OMS, Ginebra, 2009.

4.- Blasco-Novalbos, G., Díaz-Olalla, J.M., Valero Oteo, I. "Incidencia acumulada de COVID-19 en los distritos de la ciudad de Madrid y su relación con indicadores socioeconómicos y demográficos". *Gac Sanit.,* 34 (octubre 2020), pp 41. Se encuentra en: https://static.elsevier.es/miscelanea/congreso_gaceta2020.pdf

5.- Mouzo, J. "La covid-19 se ceba con la Barcelona pobre. Un estudio revela que la incidencia de casos es casi tres veces

mayor en los distritos con menos renta de la capital catalana.” *El País*, Barcelona, 10 de agosto de 2020. Se encuentra en: https://elpais.com/sociedad/2020-08-10/la-covid-19-se-ceba-con-la-barcelona-pobre.html?outputType=amp&ssm=TW_CC&__twitter_impression=true

6.- Segura, Ana R. “Encuesta serológica en Suecia, el país sin confinamiento: 30% de positivos en barrio pobre, 4% en barrio rico. Un estudio de seroprevalencia y un análisis geográfico evidencian que, sin control, el virus se ceba con la población más humilde por sus condiciones de vida”. *eldiario.es*, Madrid, 5 agosto 2020. Se encuentra en: https://www.eldiario.es/internacional/encuesta-serologica-suecia-pais-confinamiento-30-positivos-barrio-pobre-4-barrio-rico_1_6146868.html#click=https://t.co/UnSxuV6VrJ

7.- Jani, A. “Preparing for COVID-19’s aftermath: simple steps to address social determinants of health.” *J R Soc Med*. 2020;113(6):205-207. Se encuentra en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32314660/

Enero 2021