

La segunda ola de la Covid en España

Javier Segura del Pozo, médico salubrista

Cuando muchos países de Europa están preocupados por el rápido incremento de esta segunda ola pandémica otoñal, en España alcanzamos la meseta de nuestra segunda ola iniciada con nuestras vacaciones veraniegas, con la incertidumbre de si ya estamos en fase de descenso o en una pausa inestable que puede ser seguida de una nueva subida otoñal como en el resto de Europa.

El lema “Spain is different” parece que ha vuelto a confirmarse este verano. Pero en esta ocasión, a diferencia de lo que ocurrió en la primera ola, nos hemos diferenciado incluso de nuestros hermanos y hermanas italianas. Durante el verano, cuando España se destacó del resto de Europa por esta precoz segunda ola, volvimos a ser señalados y culpabilizados en algunos medios europeos por nuestra “irresponsable sociabilidad extrema”. Pero en esta ocasión, al parecer, no compartíamos con Italia esa “sociabilidad latina”, incompatible con la dictada “distancia social”. ¿Qué pasó entonces a la población italiana? ¿Se volvió más sueca o alemana este verano? Evidentemente, al igual que ocurrió en marzo, las razones de estas diferencias no las debemos buscar en estos estereotipos culturales y clichés xenófobos, sino en elementos más complejos que quedan ocultos al foco mediático y a los análisis más intencionadamente simplistas.

Volvamos a la pregunta inicial: ¿A qué se debió esta peculiar segunda ola estival en España?

Lo primero es resaltar que esta segunda ola se inició en julio al poco de terminar el proceso de desescalada (mayo a junio) con el que salimos de un confinamiento domiciliario muy estricto que había durado dos meses (de principios de marzo a principios de mayo) y que cercenó la transmisión comunitaria del coronavirus de forma notable. Era previsible que con el incremento de la movilidad y actividad tras el confinamiento, aumentarían los casos y los brotes, pero la cuestión era si podíamos identificar y controlar oportunamente los mismos. Para lo que hacía falta reforzar nuestras mermadas capacidades de Salud Pública y Atención Primaria.

Este confinamiento estricto y eficaz, solo fue posible por el decidido empeño del gobierno central, que usó el estado de alarma para imponer las medidas, por encima de las resistencias de ciertos sectores económicos y políticos que, como veremos, luego han tenido un protagonismo importante en el débil control de la segunda ola, basado en la invocación de un falso dilema entre salud y economía.

De mayo a finales de junio, se estableció un procedimiento de transición a la “nueva normalidad” por el que las comunidades autónomas (CCAA), que son las administraciones con competencias en sanidad y salud pública, debían cumplir una serie de criterios para pasar a la siguiente fase (desde la fase 0 a la nueva normalidad, había 3 fases intermedias: 1,2 y 3). Este mando único del gobierno central en relación a las CCAA, en España no fue fácilmente aceptado y dio origen a tensiones importantes entre aquellos gobiernos regionales de coalición de derechas (y sostenidos por la extrema derecha) y el gobierno de coalición de izquierdas del presidente Sánchez.

Esta situación de impugnación de la autoridad, no solo política sino técnico-sanitaria, del gobierno de España se dio especialmente en el caso de la Comunidad de Madrid que fue (y está siendo utilizada) por el Partido Popular como un ariete en su enfrentamiento “a cara de perro” con el gobierno de Sánchez. El estado de alarma, solicitado por un gobierno sin mayoría parlamentaria, exigía su difícil convalidación cada 15 días en las Cortes.

A mediados de junio se había conseguido que casi todas las CCAA avanzaran en este proceso de desescalada, tanto en términos de bajada de la transmisión, como en reforzamiento de sus capacidades de control, pasando a la fase 2. Sin embargo, se acercaba el verano y lo que éste significa para la sociedad y la economía españolas. No solo había ganas de “desconfinarse”, de salir a disfrutar del espacio público y las relaciones sociales, después de esos largos e interminables dos meses confinados, sino que había una importante presión para acelerar este proceso de transición, por el impacto que podía haber en la economía española, muy dependiente del turismo.

El gobierno renunció a pedir una nueva prórroga del estado de alarma que significativamente finalizó con el inicio del verano el 21 de junio, fecha en que las CCAA recuperaron su plena competencia de acción (y omisión). Las que todavía estaban en fase 2, como la Comunidad de Madrid, se sintieron “liberadas” para saltarse la fase 3 y pasar directamente a la “nueva normalidad”.

Es indudable que la movilidad y la sociabilidad asociadas a las vacaciones estivales han tenido un papel importante en la segunda ola. Ello queda demostrado porque esta deja de crecer a mediados de septiembre al finalizar las vacaciones y volver a las rutinas laborales y educativas. Sin embargo, se ha puesto un énfasis excesivo en la irresponsabilidad individual de la ciudadanía durante su ocio, y muy poco en otros determinantes sociales y estructurales de la exposición, vulnerabilidad y contagio, asociados a este periodo estival.

Al contrario que en otros países, en España sube el empleo en el verano y baja al finalizar la temporada turística. Son empleos precarios y de baja calidad, lo que incluye un bajo nivel de sindicación, de defensa de los derechos laborales y de la prevención de riesgos laborales. La asociación entre precariedad y riesgo de Covid ya fue identificada a principios de mayo con los brotes que se dieron entre trabajadores precarios de mataderos y en los temporeros de la recogida de fruta.

España es uno de los países de Europa con mayor nivel de desigualdad social, muy incrementada tras las medidas de ajuste socio-económico por la anterior crisis iniciada en el 2008. Deberíamos buscar en esta desigualdad el origen del “Spain is different”. Esto se vio claramente cuando a finales de julio 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 mostraban un claro y clásico patrón espacial noroeste/sureste, que llevó a que los barrios obreros del sur de la capital y las ciudades del sur de su área metropolitana llegaran a mostrar incidencias por encima de 1.000 casos por 100.000 habitantes en septiembre. 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 da tanto en el ámbito doméstico (dificultades para cumplir con los aislamientos domiciliarios en viviendas hacinadas), como en el laboral (bajísimo % de teletrabajo, obligado uso del transporte público masificado en horas punta, trabajo presencial en ocupaciones precarias, “presentismo”¹, etc.)

La respuesta a esta situación fue diferente según CC.AA. Algunas entendieron el origen social de este patrón espacial, haciendo intervenciones muy localizadas con un enfoque comunitario en estos barrios (rastreo puerta a puerta, identificando y atendiendo las necesidades de

¹ No sé si esto se entiende en italiano. En España se refiere a lo contrario del absentismo, es decir a ir a trabajar aunque estés enfermo por el temor de perder el empleo.

apoyo social y de alternativas habitacionales y laborales) que tuvieron un resultado positivo. Pero otras, como la Comunidad de Madrid, optaron por confinar perimetral e integralmente solo a estos barrios y ciudades obreras, limitando su contacto con el resto de la ciudad, excepto para trabajar, estudiar o cuidar. A la vez que no reforzaban los servicios de Atención Primaria o Salud Pública de estas zonas y hacían *populismo sanitario*, invirtiendo en pruebas PCR o test de antígenos masivos, mientras dejaban de hacer pruebas a contactos estrechos no convivientes.

La percepción de la estigmatización de esta estrategia se sintetizó en la frase: “No nos dejan ir a Madrid (al centro de Madrid) a tomar una caña (una cerveza), pero si a servirlos (trabajar en la hostelería de las áreas no confinadas)”. Su ineficacia se visualizó claramente con los notables niveles de transmisión comunitaria que también compartían los barrios “ricos” del centro y del norte.

El empeño en esta política absurda y clasista, que iba asociada a 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), forzó al gobierno de España a un nuevo estado de alarma exclusivo para la Comunidad de Madrid, justo antes del comienzo del “puente” del 12 de octubre, para evitar la estampida habitual de los madrileños e imponer medidas de control acordadas a nivel nacional.

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 las 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. 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.