



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL
“INCIDENCIA DEL COVID-19 SEGÚN BARRIO Y
CLASE SOCIAL EN LA CIUDAD DE
VALLADOLID”

AUTORA

D.^a CLARA PÉREZ CARNICERO

TUTOR

D. JESÚS ANTONIO RUÍZ HERRERO

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020-2021

FECHA DE ENTREGA: 25 DE JUNIO DE 2021

RESUMEN

La literatura científica ha venido insistiendo en que los individuos de diferentes orígenes, grupos sociales o países gozan de desiguales niveles de salud según los recursos y medios de que disponen. Siguiendo esta línea, se plantea la hipótesis de que la zona de residencia y nivel socioeconómico de los habitantes de Valladolid influyen en la tasa de incidencia de la covid-19, y en la forma de afrontarla. Esto se aborda, primero, con una metodología cuantitativa, estudiando las tasas de incidencia por zonas de salud. El análisis permite detectar que la mayoría de zonas con menor renta per cápita han tenido tasas de incidencia superiores, si bien las relaciones no son significativas. Estos resultados se completan con una observación de las características espaciales de algunos barrios para tratar de entender mejor su peculiar tasa de contagios.

Lo anterior se combinó con un análisis cualitativo de 6 entrevistas semiestructuradas que indica, más claramente, que la clase media-alta cuenta con mejores recursos y estrategias para prevenir la enfermedad. Esta triangulación de datos cuantitativos y cualitativos constituye un aspecto original de la investigación, y continúa la tradicional implicación del trabajo social en el estudio de los factores sociales que influyen en la salud.

PALABRAS CLAVE

Desigualdad, nivel socioeconómico, covid-19, salud.

ABSTRACT

Scientific literature has been insisting individuals from different backgrounds, social groups, and countries enjoy unequal levels of health according to the resources and means available to them. Following this parth, it is hypothesized that the area of residence and socioeconomic level of the citizen from Valladolid influence the incidence rate of covid-19, and the way of coping with it. This is approached, first, with a quantitative methodology, studying the incidence rates by health zones. The analysis allows us to detect that most areas with lower per capita income have had higher incidence rates, although the relationships are not significant. These results are completed with an

observation of the spatial characteristics of some neighborhoods to try to better understand their peculiar infection rates

This was combined with a qualitative analysis of 6 semi-structured interviews that indicates, more clearly, that the upper-middle class has better resources and strategies to prevent disease. This triangulation of quantitative and qualitative data constitutes an original aspect of the research, and continues the traditional involvement of social work in the study of social factors influencing health

KEY WORDS

Inequality, socioeconomic status, covid-19, health

INDICE

1. INTRODUCCION	5
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. TRABAJO SOCIAL Y SALUD.....	8
2.2. DESIGUALDADES EN SALUD.	11
2.2.1. Determinantes estructurales.....	13
2.2.2. Determinantes intermedios.....	13
2.3. COVID-19 Y DESIGUALDADES SOCIALES.....	16
2.4. PRINCIPALES HIPOTESIS DEL TRABAJO	22
3. METODOLOGIA	23
3.1. METODOLOGÍA CUANTITATIVA.....	23
3.2. METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	25
4. ANALISIS DE RESULTADOS	28
4.1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	28
4.2. RESULTADOS DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	32
4.2.1. Observación y contextualización previa de los barrios	32
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	45
5.1. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	45
5.2. METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN.....	47
5.3. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS	50
6. BIBLIOGRAFIA	52
7. ANEXOS.....	56
7.1. ENTREVISTAS COMPLETAS	56
7.2. PROMEDIOS DE LAS VARIABLES MEDIAS PARA TODAS LAS ZBS DE VALLADOLID	62
7.3. TABLAS GENERADAS EN EL ANALISIS DE CONGLOMERADOS K-MEDIAS 62	
7.4. TABLA ANOVA	63
7.5. NUMERO DE CASOS EN CADA CONGLOMERADO.....	63

1. INTRODUCCION

La enfermedad COVID-19, originada por el nuevo coronavirus, surgió en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. En España el primer caso se reportó el 31 de enero de 2020 en la isla de La Gomera. Aunque se asemeja a una neumonía, su virulencia y efectos son mucho más graves (Grant et al., 2021), lo que ha causado impresionantes aumentos de la mortalidad en todo el mundo, también en España donde la sobremortalidad durante el 2020 se sitúa en 70.703 fallecimientos más de los esperados, un 83,5% mas (Instituto de salud Carlos III [ISCIII], 2020, p.30)

Además, su elevada contagiosidad y la necesidad de prevención han mermado sustancialmente la vida social y económica con importantes consecuencias.

La rápida expansión de esta enfermedad se debe, entre otros factores, a la globalización y sus grandes y continuos flujos de personas o mercancías, que traspasan las fronteras geográficas y políticas. Esto ha sido factible gracias al fuerte desarrollo de los transportes y la tecnología, acontecido en el último siglo, junto con el crecimiento de la población en un mundo más hiperconectado. La globalización ha traído grandes transformaciones en los ecosistemas, y, por ende, en la dinámica y el alcance de las epidemias.

Aparte de la globalización, la concentración de la población en las grandes ciudades ha contribuido seguramente a la expansión de la enfermedad. De hecho, el crecimiento desordenado de la ciudad y de barrios periféricos, donde se acumulan grupos con escasos medios y peores condiciones de vida (hacinamiento, menos recursos para el cuidado familiar o de uno mismo, etc.) favorecería también la expansión de la enfermedad.

Aunque parece que la expansión y afrontamiento de la pandemia tiene que ver con factores sociales, hasta ahora ha sido un tema casi monopolizado por las ciencias naturales. La necesidad de que las ciencias sociales, entre ellas el trabajo social, contribuyan a su estudio viene justificado por los problemas políticos, económicos o culturales que aparecieron y aparecerán como resultado de la propia enfermedad, del confinamiento, del replanteamiento de los sistemas de salud, de la inestabilidad institucional o de la crisis económica subsiguiente.

En coherencia con lo anterior, se analizarán aquí, en una primera parte, las diferencias en la incidencia del virus Sars-CoV-2 por zonas básicas de salud (ZBS), de la ciudad de Valladolid, atendiendo a algunas características socioeconómicas de las mismas. Esto

permitirá explorar la importancia de los determinantes económicos y sociales, en particular, el que se refiere al medio en el que las personas viven, en la variación de la incidencia de esta enfermedad, como se ha comprobado que sucede con otras enfermedades. Podemos anticipar que existen signos de relación entre la zona de Valladolid y la incidencia, aunque se necesita ampliar en el futuro el número de casos, siendo el estudio exploratorio.

En una segunda parte analizamos mediante entrevistas y relatos de vida cómo personas de diferentes ZBS (con diferentes perfiles sociales, etc.) han afrontado la enfermedad durante la pandemia, con lo que se profundiza mediante técnicas cualitativas en la influencia de los factores sociales en la experiencia de la enfermedad.

Profundizar en cómo las variables sociales influyen en la expansión de la enfermedad es de especial interés social dado que la COVID-19 seguirá produciendo estragos a medio plazo hasta que se reduzca su virulencia. Asimismo, podría surgir nuevas crisis sanitarias por la expansión de antiguas o nuevas enfermedades infecciosas, debido también a los procesos económicos y sociales antes descritos. Por esto mismo, los resultados que se extraigan de esta investigación podrán ser útiles para encaminar, de forma más precisa, las políticas en materia de salud pública dirigidas a ciertos grupos de población. Además, el estudio y la investigación de las características de la población y de la zona geográfica de residencia pueden servir como base metodológica para establecer puntos de intervención dirigidos a la prevención y a la erradicación de las desigualdades en salud que existen.

He decidido realizar mi trabajo sobre este tema de estudio porque la salud nos compete a todos. Es más durante la carrera siempre me ha generado curiosidad como muchos elementos de la vida personal (nivel educativo, la posibilidad de acceder a un empleo digno, factores psicológicos tales como la autoestima y la inteligencia emocional y por último la salud) están determinados por el estatus social, la pertenencia a una minoría étnica, o ser una persona inmigrante. Es por ello que quería enfocar la investigación del TFG a analizar las relaciones entre las circunstancias sociales, desigualdad y salud.

La estructura del trabajo es como sigue: se inicia con el marco teórico donde se revisa el impacto de la desigualdad en la salud de las personas y como esto ha preocupado al Trabajo Social prácticamente desde sus orígenes, al final de este apartado se incluyen

estudios que dejan entrever como el Covid-19 afecta de forma distinta según la posición social y el lugar de residencia.

En la metodología se exponen las técnicas que se han utilizado para demostrar el nexo entre variables sociales y la incidencia de la enfermedad en Valladolid. A continuación, se presenta el apartado con los resultados y al final las conclusiones con recomendaciones y propuestas desde el Trabajo Social

2. MARCO TEORICO

2.1. TRABAJO SOCIAL Y SALUD.

La prevención de la enfermedad, la mejora de las condiciones de salud de las personas, la investigación del contexto económico y social en el que se desarrollan los procesos salud- enfermedad han constituido la agenda de la profesión de Trabajo Social desde sus orígenes. Es en estos comienzos donde aparece por primera vez la figura de la hospital almoner (almoner en inglés significa persona que da una limosna) en el Royal Free Hospital de Londres en 1895 (Sánchez, 2016). Las personas que ocupaban este puesto de trabajo tenían como responsabilidad primordial examinar las peticiones de ingreso en el dispensario de enfermos de aquellas personas que, por motivos económicos, no podían permitirse seguir el tratamiento para su curación, admitiendo aquellas solicitudes que estimaban más justificadas. A partir de este momento las social almoners pasaron a formar parte de los hospitales británicos, por lo que se las puede considerar las precursoras de los que hoy son los trabajadores sociales hospitalarios. Después el trabajo social proporcionaba asistencia directa a las personas que sufrían la enfermedad y a sus familiares a través del contacto personal, el apoyo emocional, la comprensión, el apoyo para que el paciente pudiera cumplir con las prescripciones facultativas y la reestructuración de su situación personal y familiar a causa de los cambios producidos por la enfermedad o la muerte.

Más tarde la atención del Trabajo Social médico se dividió en diferentes especialidades: la tuberculosis (ya en 1902 trabajadoras sociales y médicos de organizaciones de caridad trabajaron juntos en la campaña de prevención de la tuberculosis llevada a cabo por la Organización de Caridad de Nueva York); la alimentación infantil y el cuidado de los niños susceptibles de padecer enfermedades; la educación e higiene; la gestión de casas de convalecencia; el cuidado de jóvenes solteras embarazadas o de mujeres con enfermedad mental, y finalmente la asistencia a los pacientes que precisaban tratamiento una vez recibían el alta o a aquellos que buscaban trabajo tras la enfermedad (Barranco et al., 2008).

En 1908 el director de esa misma Organización de Caridad recalca la importancia de que los hospitales tuvieran un servicio de Trabajo Social Sanitario que complementase a las intervenciones médicas teniendo en cuenta el entorno de la persona y sus características especiales. También el Dr Richard Cabot reparó en esto, especialmente

después de conocer en el Hopkins Hospital el programa de alta, que consistía en una visita personal de los estudiantes de Medicina a los domicilios de los pacientes que habían tratado para recabar información acerca de sus condiciones sociales, un fiel reflejo de la figura de los friendly visitor (visitadores amistosos) que deja constancia de que los factores sociales y ambientales pueden ser los causantes de determinadas enfermedades. Todo esto le llevó a pensar en la relación entre el Trabajo Social y la Medicina: los médicos no se fijaban en los elementos psicológicos y sociales de la salud, pero los trabajadores sociales sí tenían esos conocimientos, por lo que Cabot, al igual que el director de la Organización de Caridad, vio la importancia de tener en cuenta la influencia de los problemas y factores sociales en el origen de la enfermedad de sus pacientes, así como durante su convalecencia. Por ello, fundó el primer Servicio Social Médico en el Hospital de Massachussets y contrató a Isabel Pelton como directora del mismo.

De manera que, en 1910, la primera trabajadora social sanitaria, Isabel Pelton, tenía las siguientes funciones: contribuir a socializar la medicina, ayudar a interpretar la información proporcionada por el médico al paciente y a su familia, y facilitar información acerca de los factores sociales y mentales. Pero también diferenció la ayuda que se daba desde el Trabajo Social Sanitario de las actividades filantrópicas de sus inicios.

Poco a poco su trabajo se volvió más complejo e incluyó realizar una evaluación de la calidad de los domicilios de los pacientes para prevenir que surgieran dificultades en el cumplimiento del tratamiento, conectar a las personas que precisaban ayuda caritativa con las instituciones que la dispensaban, y estar al corriente de las atenciones que requerían los enfermos. Así, desde este servicio, el diagnóstico médico se completaba con la información procedente de esta nueva profesión que entregaba informes de las características de la situación sociofamiliar y económica de los enfermos, y buscaba recursos sociales en la comunidad para que los pacientes pudieran seguir con el tratamiento prescrito.

En los años 50 aparecen los primeros servicios de asistencia social en los hospitales y la formación de las primeras Asociaciones Profesionales que más tarde constituirán los Colegios Profesionales actuales.

Y es en la década de los 60 cuando gracias a los movimientos sociales se hace evidente la perpetuación de las desigualdades tanto en el ámbito social como en la asistencia sanitaria. De esa manera se origina el paradigma ecológico, biológico-social que promoverá la justicia social y el cambio hacia sociedades más igualitarias y servirá de modelo en la Conferencia de Ama Alta. (Delgado, 2018)

De hecho, La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Ama Alta es el hito más importante para la historia del Trabajo Social Sanitario porque en ella la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) reafirma la definición de salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta explicación holística e innovadora considera a la salud como un fenómeno complejo, pero no únicamente somático y psicológico, también social. Este acontecimiento implicó el avance de paradigmas nuevos en la atención a la salud de las personas, el refuerzo del carácter social de las doctrinas sanitarias y de la interdisciplinariedad de la salud que incorpora al Trabajo Social como la profesión de referencia para el área social de esta nueva noción de salud.

La nueva perspectiva de atención a los factores sociales que se encuentran involucrados en el proceso de salud – enfermedad suscita la incorporación de trabajadores sociales en los distintos niveles asistenciales sanitarios. De esta manera, son reconocidos como los profesionales más apropiados, por su conocimiento acerca de las circunstancias en las que se desarrolla la vida de las personas y las condiciones del entorno y el contexto donde trabajan, para tratar, atender y ejecutar los dispositivos de resolución de los elementos sociales que afectan la salud personal y comunitaria. Pero el profesional del Trabajo Social es, además del especialista en el abordaje social de la salud, el elemento esencial de unión entre dos sistemas, el Sanitario y el Social.

Lo cierto es que tal y como se ha visto el Trabajo Social tiene un estrecho vínculo con el cuidado de la salud siendo esta área de trabajo una de las más representativas dentro de la actividad profesional, tanto en las instituciones sanitarias (hospitales, centros de salud mental, consultorios de atención primaria) como en aquellos organismos públicos o privados, con o sin ánimo de lucro, que colaboran para lograr el bienestar de toda la comunidad.

Con arreglo a la realidad actual, es fácil predecir que el trabajo social para la prevención de enfermedades o como apoyo frente a las mismas seguirá existiendo. El gran incremento de patologías crónicas y neurodegenerativas como las demencias, enfermedades emergentes y la discapacidad producida por daño cerebral sobrevenido, entre otras, conlleva situaciones y contextos de dependencia, fragilidad y de elevada complejidad social y sanitaria.

Además, dado que las enfermedades contagiosas, como la Covid u otras, tienen mucha relación con las condiciones sociales y de sociabilidad del sujeto, como se verá, esto refuerza la tendencia histórica que hemos visto una mayor relevancia del trabajo social en la gestión de los problemas de salud. Pues, por ejemplo, la prevención parece que depende mucho de los recursos del sujeto o de los apoyos a que puede acceder para no exponerse al riesgo, e incluso del lugar donde vive, como veremos. También cómo afronta el sujeto una situación de aislamiento social en caso de enfermedad parece que está muy influido por sus redes sociales (virtuales y no virtuales, etc.), los equipamientos del vecindario, Etc.

2.2. DESIGUALDADES EN SALUD.

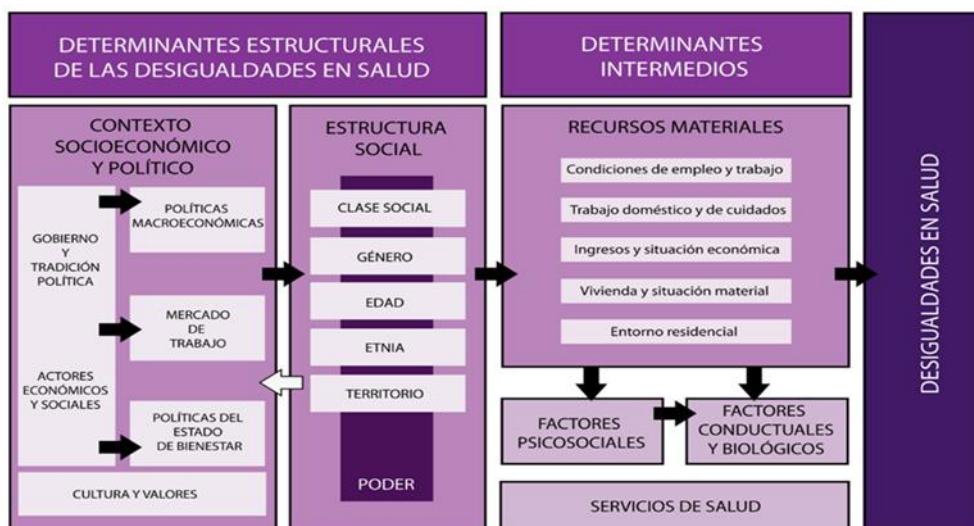
Uno de los bienes más valorados por todas las personas es la salud. En realidad, es una de las capacidades humanas esenciales, pues permite perseguir nuestros proyectos de vida con todas nuestras fuerzas y desplegar otras capacidades con éxito (Nussbaum, 2014). La salud es una causa de crecimiento económico muy importante. Es un derecho humano fundamental, una pieza esencial en el bienestar de las personas, un bien público y un componente esencial de la equidad y la justicia social. Su ausencia implica costes sociales y sanitarios muy altos. En consecuencia, los gobiernos deben promoverla. Pero la salud puede verse deteriorada indirectamente por el hecho de vivir en una zona urbana con insuficientes recursos económicos, servicios y comodidades, tasas altas de paro, contexto social degradado y viviendas inadecuadas en las que hay condiciones insalubres, ruido interior, temperaturas inadecuadas, insuficiente filtración de luz, defectos de construcción, saneamiento defectuoso, acumulación de basuras o una localización inadecuada, al encontrarse situadas cerca de fábricas, o de zonas con mucho tráfico.

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia. (Borrell, 2008, p. 18)

La OMS (2005) define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, del poder y de los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.

Existen varios modelos que exponen los factores causantes de las desigualdades en salud. En este trabajo se va a manejar una adaptación de los modelos sugeridos por Solar, Alec Irwin y el español Vicente Navarro para la Comisión de Determinantes sociales de la Salud de la OMS. (Palomino et al., 2014)

Gráfico 1. Modelo de Navarro, Irwin y Solar para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: Palomino et al. (2014)

En el gráfico 1 se observan dos grandes grupos de determinantes en salud.

2.2.1. Determinantes estructurales.

Son el contexto socioeconómico y político, y la estructura social, los denominados ejes de desigualdad.

El contexto socioeconómico influye de modo directo sobre la estructura social, el reparto del poder y los recursos dentro de la misma. Según la OMS estos determinantes producen estratificación y división de la sociedad en clases. Dentro del contexto socioeconómica y político se encuentra, además:

- Gobierno y tradición política: transparencia y fuerza de los partidos, de los sindicatos, vitalidad de la sociedad, civil, etc.
- Actores económicos y sociales: grandes organizaciones y su grado de influencia, etc.
- También se encuentran en esta parte la cultura y los valores sociales, siendo la base de las políticas.

Estos elementos definen las políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo y las políticas del Estado de bienestar: vivienda, educación, sanidad. De hecho, estas políticas pueden transformar o reforzar los diferentes ejes de desigualdad. Los ejes más importantes de desigualdad son la clase social, el género, la edad, la etnia o el territorio, los cuales establecen jerarquías de poder, definen las oportunidades de tener o no una buena vida, y demuestran las desigualdades sociales que existen (Aguilar, 2015). De hecho, dichos ejes de desigualdad guardan relación con el clasismo, el sexismo y el racismo (Krieger et al., 2005).

Esta estructura social, que es una realidad más general y abstracta, influye, luego, en la vida cotidiana en forma de determinantes intermedios.

2.2.2. Determinantes intermedios.

Los determinantes intermedios condicionados por los determinantes estructurales causan al mismo tiempo las desigualdades en salud. Estos determinantes son:

- Recursos materiales: condiciones del empleo (coyuntura laboral y precariedad) y del trabajo (riesgos laborales y ergonómicos, organismo y contexto psicosocial). El trabajo doméstico y los cuidados, el nivel de ingresos, la calidad de la vivienda y los

equipamientos y el lugar de residencia. Todo esto incide en los factores psicosociales, conductuales y biológicos.

- Factores psicosociales: apoyo social, situaciones de estrés, acontecimientos vitales negativos, entre otros.
- Factores conductuales y biológicos: estilos de vida
- El sistema de salud: a pesar de que en algunos lugares la cobertura que se ofrece es universal y gratuita, los grupos sociales de menor nivel económico se enfrentan a mayores dificultades en el acceso, ya sea por cambios frecuentes de residencia o por la distancia geográfica a los puntos de atención. En el caso de las personas inmigrantes estas barreras en el acceso están relacionadas con las características del propio colectivo (diferencias culturales en la forma de percibir la salud, problemas de comunicación por el idioma, la situación legal, etc.) o por obstáculos para entender y seguir las prescripciones médicas debido al elevado coste de algunos tratamientos (Urbanos, 2016).

Las conclusiones de varios estudios sobre algunos de los factores intermedios son las siguientes. Por ejemplo, respecto al apoyo social como factor psicosocial: las personas que perciben poco apoyo social y emocional son más propensas a padecer depresión por no sentirse valoradas ni cuidadas, y por no disponer de recursos emocionales y prácticos que puedan precisar, especialmente después de haber sufrido algún tipo de enfermedad o complicación del estado de salud. (Barrón y Sánchez, 2001).

En cuanto al estrés como otro factor psicosocial, sufrirlo de manera crónica por las circunstancias sociales —entre ellas la inseguridad laboral, tener un empleo inestable, de riesgo o carecer de él— impacta en el sistema inmunológico y cardiovascular, hace que la persona se vuelva más vulnerable a las infecciones, los infartos de miocardio, la hipertensión, la diabetes, los accidentes cardiovasculares y la depresión (Moreno, 2015).

La gran mayoría de los determinantes mencionados anteriormente van a incidir directamente en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida, los cuales constituyen la base para disponer de un buen estado de salud. (Palomino, Grande y Linares, 2015; González, Cuartango & Bacigalupi, 2015). De todos los factores, el que tiene un mayor impacto en la salud de las personas es el nivel económico.

Hasta el momento se ha hablado de cómo la clase o los recursos influyen en padecer o no enfermedades, pero también ejercen influencia en los estilos de vida. La OMS define el estilo de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (OMS, 1998, p.27)”.

Beber alcohol en grandes cantidades, el tabaquismo, la alimentación la actividad física y la obesidad son características de ese estilo de vida que repercuten en la salud.

En lo relacionado con la ingesta de alcohol, estar desempleado o tener un nivel educativo bajo se ha vinculado con un mayor consumo de alcohol. No obstante, se aprecian diferencias en cuanto a la renta, la cantidad y la periodicidad, por lo que los individuos que tienen menos ingresos toman bebidas alcohólicas con menor regularidad, pero en mayores cantidades; mientras que las personas con un nivel de renta más alto beben alcohol de manera más continuada, pero en menor cantidad (Blas y Sivasankara, 2010; SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2015).

Con respecto al tabaquismo, estar en una situación laboral o económica adversa o ser de clase social baja motiva la aparición y el mantenimiento de este hábito (Benassar, 2012). De igual forma la ansiedad que padecen las personas con menores recursos económicos por tener que vivir al día, padecer estrés emocional y sortear las dificultades de la vida incrementa el riesgo de ser fumador (Ferreira, Baldini y Sivalli, 2014).

No poder realizar actividad física está relacionado con la precariedad económica, pues esta dificulta el acceso a lugares de ocio, equipamientos, transportes, recursos para cuidar a los hijos o a información sobre las ventajas que tiene el ejercicio para la calidad de vida y la salud. Asimismo, quienes se encuentran en peores circunstancias económicas suelen vivir en ambientes inseguros y hostiles que no invitan a la realización de actividad física. A este hecho se le añade que las personas con dificultades socioeconómicas experimentan desigualdad en otros ámbitos de su vida, de modo que la práctica de ejercicio no está considerada como una prioridad, ya que tienen que atender otras necesidades más urgentes y ligadas a la supervivencia (Vidal et al., 2014).

En cuanto a la alimentación de los individuos con menos recursos económicos y sociales, esta se caracteriza por una gran ingesta diaria de grasa y azúcares, alimentos de alta

densidad energética pero carentes de aportes nutricionales, que tienen un gran poder de saciedad, un sabor agradable y un bajo precio (Peroni, 2009). Al mismo tiempo, incluye un escaso consumo de frutas, verduras y otras comidas de elevada calidad nutricional, debido a que sus altos precios las convierten en inaccesibles. Así mismo tener extensas jornadas laborales y disponer de poco tiempo libre hace que se dediquen menos horas a comprar comida y cocinar, prefiriendo los alimentos procesados ricos en grasas saturadas y colesterol o que algunas comidas se supriman. También el orden y el lugar que ocupan los alimentos en el supermercado influye en la alimentación de las personas, ya que aquellos comestibles más sanos se ubican al fondo o al final de los pasillos, pasando inadvertidos para personas que no disponen de mucho tiempo.

La mala alimentación y la inactividad física trae como consecuencia una mayor tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad, principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y artrosis.

En resumen, el estilo de vida puede incluir comportamientos y conductas que dañan la salud. Son, además, las personas que se encuentran en las capas bajas de la estructura social las que cuentan con menos posibilidades de adquirir y adoptar hábitos de vida saludables. Por tanto, la posición social (y los recursos con los que se cuenta, desde económicos hasta las redes o apoyo social), el lugar donde se vive, el tipo de servicios sanitarios a los que se puede acceder o incluso variables de contexto como las crisis económicas influyen en la salud: por ejemplo, favoreciendo directamente el desarrollo de ciertas enfermedades; el estrés (el cual aumenta el riesgo de otras dolencias) o un estilo de vida, del que se derivan luego enfermedades.

2.3. COVID-19 Y DESIGUALDADES SOCIALES.

Si los estudios revisados nos indican la relación que hay entre factores sociales (como clase, renta, etc.) con el estado de salud, la probabilidad de contagiarse de Covid-19 no se excluiría de estas relaciones.

La investigación científica disponible en este momento a nivel internacional y los brotes relacionados con situaciones de precariedad laboral y habitacional registrados en España

demuestran que la pandemia de Covid-19 no afecta a todos los colectivos de la misma forma, y la retroalimentación que existe entre la desventaja social y la pandemia.

En los siguientes párrafos se exponen los resultados y conclusiones de algunas investigaciones sobre la relación entre algunos factores sociales como la vivienda o el empleo y la posibilidad de contagiarse de Covid-19.

En el área del empleo, los trabajadores que viven una situación laboral y financiera precaria tienen menor probabilidad de seguir las directrices marcadas para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad (Probst, 2020). Esta hipótesis está respaldada por el estudio de la Universidad Estatal de Washington sobre la relación entre los estresores económicos y la adopción de comportamientos de prevención de Covid-19, y se basa en la teoría de la escasez para explicar este fenómeno (Mani et al., 2013). Esta señala que la carencia percibida de recursos valiosos (por ejemplo, dinero, alimentos, trabajo estable o tiempo) propicia una mentalidad de escasez que afecta su capacidad cognitiva, disminuye la toma de buenas decisiones y debilita el autocontrol. Aplicable a la actual pandemia de Covid-19, la teoría de la escasez apunta que los trabajadores que se enfrentan a factores económicos de estrés, especialmente la precariedad laboral o financiera prestan menos atención e interés a las demandas adicionales como cumplir las medidas sanitarias, a la vez que hacen verdaderos esfuerzos para obedecer a las peticiones de quedarse en casa y las sugerencias de comprar artículos de desinfección. Según la investigación sobre la escasez (Huijsmans et al., 2019), las personas que hacen frente a la escasez percibida sencillamente disponen de menos medios para ocuparse de otras demandas debido al enfoque exclusivo en aquello que falta.

Con respecto a la vivienda como factor de riesgo de contagio, los expertos, a partir del comportamiento del virus, intuyen la conexión entre bajos recursos y contagios estableciendo los siguientes niveles de riesgo que se especifican en la tabla 1.

Tabla 1. Diferentes niveles de riesgo de contraer la covid-19 según las condiciones de la vivienda

	Acceso a la vivienda	Hacinamiento	Condiciones de salubridad en el interior	Acceso a la gestión de basuras y residuos
Riesgo extremo	Población sin acceso a la vivienda	Mas de tres personas conviviendo en una misma habitación sin oportunidad de tener un dormitorio aislado	La vivienda supera en las horas del día los 35°C, tienen animales, no tiene iluminación ni ventilación y los materiales de construcción son superficies no lisas o porosas	Vecindario sin acceso a administración de desechos intradomiciliarios
Riesgo alto	Personas con habitación en régimen de alquiler viéndose obligadas a compartir espacios comunes con otras personas y con mucha probabilidad de estar en	Existencia de dos estancias sin que una de ellas este apartada de las demás	El hogar no dispone de ventilación ni iluminación y la construcción tiene superficies no lisas o porosas	Comunidad con acceso a gestión de desperdicios intradomiciliarios

	condiciones de hacinamiento			
Riesgo moderado	Personas con vivienda en régimen de alquiler	Existencia de más de un habitáculo, aislado y con ventana al exterior	El domicilio supera los 35°C en las horas del día, cuenta con ventilación e iluminación, pero no es adecuada, los materiales de edificación son superficies no lisas o porosas	

Fuente: Salas et al., (2020)

La vivienda y sus condiciones como foco de contagio no es un planteamiento surgido con la actual pandemia, pues ya en el siglo XIX y XX se investiga la vivienda como factor capaz de influir en el estado de salud de la población. Gracias a los informes y demás aportaciones de médicos sociales e higienistas, como Philip Hauser, se demostró que la vivienda en malas condiciones de salubridad repercutía negativamente en la morbilidad y mortalidad de las personas que la habitaban. También, en 1914, el médico higienista César Chicote publicó en su libro, *La vivienda insalubre en Madrid*, un minucioso estudio de la mortalidad por barrios de Madrid que fueron clasificados en 5 listas en función de su tasa de mortalidad: “muy salubres”, “salubres”, “poco salubres”, “insalubres” y “muy insalubre”. Dicho análisis etiquetaba los barrios del sur de Madrid como focos de infecciones, donde las pandemias se extendían más rápido, y señalaba a la infravivienda como una de las razones. De acuerdo con lo que relata el higienista, en el pasado, estas zonas fueron el destino de aquellas personas que se desplazaron del campo a la ciudad

para trabajar en las fábricas. En un periodo de solo veinte años algunas llegaron a incrementar su población de 5.000 habitantes a unos 200.000. Esto trajo como consecuencia la edificación de viviendas muy pequeñas en poco tiempo. Casas que solo disponían de 40 m² donde residían familias enteras. Pisos oscuros, con muy poca ventilación. Barrios muy poblados, en los que sus habitantes vivían muy hacinados. (Huertas, 2002)

Siguiendo la línea anterior, también en la actualidad es posible rastrear una desigual virulencia de la covid-19 según diferentes demarcaciones geográficas. Si bien es cierto que en España la evidencia es todavía reducida, los datos preliminares de algunas investigaciones muestran una relación, en ciudades como Barcelona, entre la incidencia y gravedad de la infección y barrios con menos recursos. Así, un análisis realizado en Barcelona por la Universidad Pompeu Fabra estableció mediante un estudio ecológico, observacional y retrospectivo (con el barrio como unidad de población) el predominio de los determinantes socioeconómicos en la variación de la incidencia de la Covid-19 en Barcelona. Para definir el hacinamiento en las viviendas (cantidad de personas habitando un mismo espacio) se decidió por emplear la densidad neta, que equivale al cociente entre habitantes por hectáreas de superficie habitable. En lo que respecta al nivel socioeconómico se optó por el Índice de Renta Familiar Disponible (IRFD). Basado en los datos publicados el 14 de mayo de 2020 sobre incidencia acumulada de Covid-19 confirmada por PCR, reveló que los barrios de la ciudad condal con menor renta tenían un 42% más de incidencia que aquellos con mayor renta: 942 casos por cada 100.000 habitantes frente a los 545 casos por cada 100.000 habitantes (Amengual et al., 2020)

De igual modo, una investigación llevada a cabo por la Universidad Nacional de Lanús, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, en adelante), sobre las variaciones espacio-temporales de la mortalidad por Covid-19 mostró una división entre el norte y el sur en el riesgo de morir por Covid-19 (Leveau, 2021). Aquellas poblaciones de menos de 60 años en barrios del sur de CABA, como son Nueva Pompeya, Villa Lugano y Flores, anotaron riesgos de mortalidad por Covid-19 cuatro veces mayor con respecto al resto de la CABA. Los conglomerados espacio-temporales de alta mortalidad por coronavirus se ubicaron con más frecuencia en barrios con unos niveles de pobreza estructural más altos, cuyas edificaciones tienen viviendas muy hacinadas y sin cuarto de baño.

Un análisis de 1617 muertes por Covid-19 en Argentina reveló que la obesidad, la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión arterial se encontraron entre las comorbilidades más frecuentes (Leveau, 2021). Conforme a esto, las personas de los barrios de la zona sur de la CABA (con menor nivel socioeconómico) parecían presentar las mayores prevalencias de factores de riesgo y morbilidades que las hacen más indefensas a morir por Covid-19. En dichos barrios podría haber factores del contexto vinculados con una baja disponibilidad de espacios verdes de uso recreativo, lo que se relaciona con mayores niveles en el índice de masa corporal, obesidad y diabetes.

En último lugar, la Universidad de las Islas Baleares diseñó un mapa de la desigualdad urbana de Palma que reflejó importantes brechas sociales y económicas (González et al., 2020). Desde la perspectiva de la renta, la segregación se da de oeste (rentas más altas) a este (rentas más bajas). La disminución de las rentas se produce según nos vamos situando en la periferia de la ciudad. Desde la visión del número de personas por hogar, los desequilibrios oponen el centro (menos personas) a las afueras (más personas), por lo que el peligro de adquirir la enfermedad es posiblemente más alto en las clases sociales más empobrecidas, a causa del tipo de trabajo y de las condiciones de la vivienda, donde puede resultar difícil aislar a una persona enferma.

En definitiva, todas estas investigaciones apuntan a una relación entre la probabilidad de contagiarse o vivir con más dificultades la Covid y la clase social, operacionalizada de diversas formas, como el barrio de residencia, por ejemplo. Esta estrategia también se seguiría aquí, pero analizándolo en el caso del contexto de Valladolid. Básicamente se explorará la relación entre la probabilidad de contagio y clase social, y de las diferencias de recursos con que cuenta la persona, que se ven muy influidos por la profesión, ingresos o el lugar donde se vive. También se explorarán los diferentes recursos según la clase para afrontar algunas dificultades que ocasiona la enfermedad. Estos aspectos se analizarán tanto con una metodología cuantitativa como cualitativa, como se explica a continuación. Nos centraremos más en esos determinantes intermedios o cotidianos de la salud influidos por el vector estructural de la clase social, especialmente en el estudio cualitativo, más que atender a las políticas sanitarias o a las decisiones gubernamentales.

2.4. PRINCIPALES HIPOTESIS DEL TRABAJO

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

H1) Se espera que las variables socioeconómicas influyan en el número de contagios por covid-19, de manera que a mayor nivel socioeconómico menor será el número de casos de Covid-19.

H2) las características de los barrios con menores ingresos (edificios viejos y en ruinas, ausencia de equipamientos, de espacios públicos, de zonas verdes y de aceras anchas y la cercanía a vertederos, incineradoras y áreas industriales degradadas) pueden guardar relación con la extensión del virus Sars-CoV-2.

H3) Los residentes de zonas con menor renta se contagiarán más que las de más renta por la lejanía de la vivienda con su puesto de trabajo, viéndose obligados a utilizar el transporte público considerado un medio de propagación del virus.

3. METODOLOGIA

La metodología de esta investigación está orientada a utilizar un método mixto en el que primero se hará un análisis cuantitativo de datos secundarios que posteriormente se complementará con un estudio cualitativo. La perspectiva cuantitativa se sitúa en el paradigma analítico o experimental que tiene como objetivo elaborar un conocimiento formal y circunscrito a las variables consideradas mediante análisis estadístico-matemáticos, detectando relaciones entre ellas. Se aplica normalmente a fenómenos macro sociológicos. Por el contrario, la metodología cualitativa se encuentra dentro del paradigma interpretativo, que considera la realidad como dinámica y diversa, y pretende profundizar en los significados y motivaciones de las conductas de los actores sociales, viendo esto como una parte importante de los procesos sociales. (Pelekais, 2000)

3.1. METODOLOGÍA CUANTITATIVA.

Para la elaboración de la parte cuantitativa se han analizado datos secundarios procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE, s.f.) y de los datos abiertos de la Junta de Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2021) .

La página web del Instituto Nacional de Estadística ofrece, en el apartado de estadística experimental, un atlas de la distribución en las diferentes secciones censales españolas de la renta media por hogar.

Por otra parte, la página electrónica de la Junta de Castilla y León muestra datos relativos a la tasa de enfermos en las diferentes zonas básicas de salud (ZBS) de Valladolid, el número de PCR positivas con síntomas, la fecha y el número de tarjetas sanitarias. Las zonas básicas de salud son las demarcaciones geográficas sanitarias más básicas de referencia para la planificación y organización del trabajo de los “Equipos de Atención Primaria” (EAP), profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen la responsabilidad en la atención de la población de la Zona Básica. (Ministerio de Sanidad, s.f)

Los datos obtenidos de estas fuentes secundarias se han utilizado para la elaboración de una base de datos donde vienen recogido, por zonas básicas de salud, el número de PCR positivos con síntomas desde el 29/02/2020 hasta el 08/02/2021, la tasa de incidencia (que se obtiene de dividir las PCR positivas entre el promedio de tarjetas sanitarias y

multiplicar por 10.000) y la renta por hogar de la sección a la que pertenece cada zona básica de salud (ZBS)¹.

Para verificar la primera hipótesis (relación existente entre la variable renta media por hogar y la tasa de contagios de cada zona básica de salud) se han realizado análisis bivariados (tablas de contingencia), con su respectiva prueba chi-cuadrado.

En lo relativo a la tabla de contingencia, que exige variables categóricas, fue necesario dicotomizar las variables “tasa de incidencia” y “renta por hogar”. Por ejemplo, la de incidencia se dicotomizó entre “tasa por debajo de la media” y “por encima de la media”. Lo mismo se hizo con la renta. Posteriormente se procedió a la elaboración de la tabla de contingencia.

Como vemos, la renta hogar atribuible a diferentes zonas básicas de salud fue la forma de operacionalizar en este caso la clase social. Hubiera sido más interesante tener los datos de PCR positivos por barrios, pero la Junta solo ofrece datos por ZBS.

Aparte de análisis bivariados, también se han utilizado técnicas multivariadas, como el análisis de conglomerados, técnica estadística que persigue agrupar elementos o los casos de análisis procurando conseguir la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos respecto de un conjunto de variables de interés. En este caso se aplicó sobre las zonas básicas de salud de Valladolid para distinguir una tipología de zonas según su incidencia (u otras variables) obteniendo más matices que los que ofrecen los análisis bivariados antes comentados.

Dentro de los tipos de algoritmos para la formación de conglomerados, se ha decidido utilizar el procedimiento K-medias: método consistente en dividir el conjunto de observaciones en k conglomerados, en donde k lo define inicialmente el investigador, intentando llegar a un equilibrio entre la capacidad de síntesis y la posibilidad de captar diferentes matices.

En primer lugar, se estandarizaron las variables para evitar los problemas que da que cada una esté en unidades de medida diferentes—la renta va de 19.000 a 45.000; la tasa de 600 a 900, etc. (Cea, 2004)

¹ En concreto, se atribuía a cada ZBS la renta por hogar de la sección censal donde se ubica el centro de salud o ambulatorio de referencia de cada ZBS

Una vez estandarizadas las variables se prefirió obtener 3 conglomerados o grupos de datos que contuviesen las variables de tasa por 10.000 habitantes, renta por hogar de la calle del centro de salud y tarjetas sanitarias.

Después de esto se obtuvo el análisis de los 3 conglomerados (tabla de conglomerados finales) que proporciona información sobre las características de los conglomerados en las diferentes variables, pero expresada en decimales y de una forma muy abstracta (si están por encima de 0 es por encima de la media, y si es por debajo de 0, es por debajo de la media). Por ello, para facilitar la interpretación se obtuvieron diferentes estadísticos descriptivos de cada grupo o conglomerado formado.

3.2. METODOLOGÍA CUALITATIVA

Se ha empleado el método cualitativo para intentar descubrir una explicación más exhaustiva que ayude a entender por qué existen diferencias en la incidencia del Covid-19 según la clase social, operacionalizada por dos marcadores fundamentales como son la profesión o condición socioeconómica de la persona y el lugar de residencia. Para ello se ha recogido información mediante la realización de entrevistas y una observación de las zonas sometidas a análisis con el objetivo de complementar o profundizar en la información obtenida con la metodología cuantitativa.

Para una primera toma de contacto con los barrios se utilizó la observación como técnica cualitativa no verbal. Se llevaron a cabo varias visitas a ambos distritos para recopilar información referente a la estructura del barrio, la tipología de la vivienda, las zonas verdes que hay y los equipamientos con los que cuenta, entre otros aspectos.

Con relación a las entrevistas para la elección de los participantes se establecieron los siguientes criterios sociodemográficos: lugar de residencia, tipo de ocupación laboral, nivel de ingresos y edad.

Se han realizado 6 entrevistas 3 de ellas a personas de la zona de Pajarillos que tuvieran ingresos bajos situándose entre los 600 y 800 euros mensuales, y pertenecientes a la clase ocupacional de trabajadores manuales asalariados semicualificados y no cualificados. Y las otras 3 personas de la zona de Valladolid Sur (Parque Alameda y Covaresa) que disfruten de unos ingresos altos, 1.500-2.000 euros mensuales y que se encuentren en la

posición de profesionales, ocupaciones medias y trabajadores no manuales cualificados dentro de la estructura ocupacional.

El haber realizado varias entrevistas en estos barrios tan polarizados entre sí ha facilitado la comparación pudiéndose así obtener más contrastes y matices. Se trató, de este modo, de una muestra no probabilística e intencional o estratégica, indicada para los estudios cualitativos (Valles Martínez, 2009)

La colaboración de estas personas, así como su relato ha sido útil para entender como ha sido su manera de afrontar la pandemia, las diferencias socioeconómicas que existen entre ellos y como esto ha influido en el riesgo de contagio.

Se ha elegido la entrevista en profundidad basada en un guion establecido con anterioridad, pero con preguntas abiertas que proporcionen un espacio para que el entrevistado exteriorice sus opiniones, sentimientos y pensamientos en relación con el tema concreto, consiguiendo de esta forma que aparezcan otros aspectos que no estaban contemplados.

Las entrevistas se articularon con el objetivo de extraer información sobre los siguientes temas o variables

—Trabajo: tipo de ocupación, oportunidad de poder realizar trabajo telemático.

—Renta: nivel de ingresos.

—Transporte: Posibilidad de utilizar el coche privado, otros desplazamientos a parte del trabajo.

—Adquisición de alimentos: En caso de contagio y confinamiento, disponibilidad de alguna persona que pudiese realizar la compra, utilización de compañías de entrega rápida de comida glovo, just eat, etc...

—Apoyo social: existencia y calidad de la red de apoyo social, accesibilidad a medios de comunicación por videoconferencia.

—Vivienda y características: número de convivientes, amplitud, condiciones adecuadas para el aislamiento, tamaño aproximado del hogar

—Salud: presencia de patologías previas, padecimiento de covid-19 y en relación con esto forma de contagio y causas, disponibilidad de medios para la prevención.

Tabla 2: Ejemplos de preguntas a personas de los dos barrios

1. ¿Cuál es el tamaño de su vivienda? ¿Si se hubiese contagiado hubiese podido aislarse correctamente en una habitación?
2. ¿Tiene coche privado? ¿Ha utilizado el transporte público?
3. ¿Ha tenido posibilidad de teletrabajar en su puesto de trabajo?
4. ¿En caso de haberse contagiado de Covid- 19 tuvo algún familiar o amigo que le pudiera hacer la compra durante el aislamiento? ¿Utilizo los servicios de entrega rápida de comida como Glovo o Just Eat?

En cuanto a la forma de contactar con los entrevistados fue del siguiente modo...Publiqué en mis redes una petición, y hubo gente que me contestó dispuesta a participar, seleccionado a los que se ajustaban al perfil de interés, según ha sido explicado arriba esto me permitió realizar dos entrevistas del barrio de Pajarillos, la entrevista restante fue realizada a pie de calle. Para los entrevistados de la zona de Covaresa contacte con un conocido que luego me sirvió de semilla para los restantes.

No se consideró necesario hacer más entrevistas pues la tercera entrevista de cada barrio repetía aspectos detectados en las entrevistas previas (saturación discursiva), pudiendo establecer ciertas pautas repetitivas claramente. También dados los límites de tiempo de un trabajo de estas características, y su objetivo exploratorio, se consideró suficiente este número

La forma de análisis consistió en ir leyendo las entrevistas varias veces. Se fueron estableciendo y ajustando, en estas lecturas, las categorías o temas fundamentales que aparecían en las entrevistas—básicamente factores de riesgo, formas de encararlos y formas de abordar la enfermedad o si hubo contagio o no. Las categorías o temas extraídos en el análisis ya estaban influidos por el guion de preguntas, ya que los aspectos que se querían analizar en las entrevistas eran muy concretos. Se comparó a los entrevistados en las diferentes categorías o temas fundamentales atendiendo a si mostraban pautas distinguibles, siguiendo las recomendaciones de Gibbs (2012), en este caso en función de la clase social. Este equipo de análisis se muestra en los anexos, apartado 7.1, pp. 57-62

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO.

De acuerdo con la metodología utilizada en esta investigación. Se ha decidido hacer un análisis de datos cuantitativos manejando técnicas bivariantes que son las que estudian la relación entre dos o más variables como son las tabulaciones cruzadas.

Tabla 3: Renta del hogar cruzada con la tasa de positivos acumulada.

			Renta dicotomizada		Total
			ZBS con renta por debajo de la media	ZBS con renta por encima de la media	
Tasa dicotomizada	ZBS con tasa por debajo de la media	Recuento	5	5	10
		% columna	38,50%	62,50%	47,60%
	ZBS con tasa por encima de la media	Recuento	8	3	11
		% columna	61,50%	37,50%	52,40%
Total			13	8	21
			100%	100%	100%

Tabla 4: Pruebas de Chi-cuadrado.

PRUEBAS DE CHI CUADRADO		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	1,147	,284

Las pruebas de Chi- cuadrado sirven para constatar si en una tabla de contingencia una de las variables influye sobre la otra.

Se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5% (0,05); como la significación asintótica bilateral es $0,284 > 0,05$ quiere decir que no existe relación entre variables. No obstante, la información que proporciona la tabla si permite entrever una mínima relación entre la renta y la tasa de contagios ya que solo el 38,5% de las ZBS con renta menor a la media tienen una tasa de contagio inferior a la media también, sin embargo, se puede observar cómo el 61,5% de las ZBS con la renta por debajo de la media tienen una tasa de contagios por encima de la media.

Aparte del anterior análisis, se ha hecho un análisis de conglomerados para clasificar las ZBS según diferentes variables. Tras observar los datos estandarizados que contenían los conglomerados (más abstractos) y detectar algunas situaciones poco comunes, se ha decidido representar los conglomerados en una tabla, pero con las variables originales, con el objetivo de facilitar su interpretación.

Tabla 5: ZBS contenidas en cada conglomerado y principales variables

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Características generales	Zonas con renta alta y tasa elevada	Zonas de renta baja con un número considerable de contagios	Zonas con renta prácticamente alta con tasa por cada 10.000 habitantes
Zonas Básicas de salud	Delicias II Arturo Eyries Centro-Gamazo Huerta del Rey Parquesol Valladolid Sur Laguna de Duero	La Victoria Barrio España Canterac Circular Prado de la Magdalena Rondilla I Rondilla II San Isidro-Pajarillos San Pablo	Delicias I Pilarica Campo Grande Esperanto (Plaza del Ejército)
Tarjetas Sanitarias	22.982	12.095	19.125
Tasa por 10.00 habitantes	835	833	740

Renta	40.811€	26.004€.	34.032€
-------	---------	----------	---------

En cualquier caso, la tabla de conglomerados finales que genera propiamente el análisis K-medias se encuentra en los anexos, p 64.

Volviendo a la tabla 5, aunque se vuelve a apreciar que algunas ZBS de zonas de renta baja tienen alta incidencia, se observan también ciertos matices: pues hay un grupo de zonas de renta alta con tasa moderada, también hay otro grupo de estas zonas con rentas altas o medias con incidencias altas. Por ejemplo, es significativo que las zonas con una renta media de 42.833€ como son Centro-Gamazo, San Pablo y Parquesol presenten una tasa media de contagios de 841 por cada 10.000 habitantes y otras zonas con menor renta 26.027€ como es el caso del Barrio España tengan una tasa de contagios inferior, siendo esta de 773 por cada 10.000 habitantes. Esto llevo a reflexionar acerca de las características de estos distritos. Las conclusiones que se obtuvieron fueron las siguientes.

Centro-Gamazo: Como su nombre indica es la zona céntrica de la ciudad donde se sitúan la mayoría de las oficinas y comercios sumando un total de 1.885 unidades urbanas a las que las personas del mismo centro y de otros sitios de la ciudad acuden para trabajar generando así una gran afluencia de personas que también se concentran en el transporte público. Las personas que residen en esta zona están expuestas a mayores niveles de Co2 lo que provoca que su sistema inmunológico se debilite.

San Pablo: esta zona corresponde también al centro urbano de Valladolid, y es emisor de servicios burocráticos (ya que aquí se sitúa el registro civil), educativos (IES Zorrilla), sanitarios (hospital clínico universitario de Valladolid) y jurídicos (Palacio de Justicia, sede de la Audiencia Provincial) así mismo el número de oficinas y negocios es similar al de la zona centro. Esto hace que individuos de otros lugares se desplacen hasta aquí para hacer tramites

Parquesol: este vecindario está habitado en su mayoría por población joven ya que el índice de juventud es del 72,5% Observatorio urbano, (2021). Se conoce que las personas jóvenes transmiten más el virus porque son los que más salen a la calle, los que menos se cuidan y los que tienen una percepción del riesgo más baja.

Barrio España: Si bien buena parte de la población de este barrio tiene un perfil socioeconómico bajo, la edificación podría contribuir a evitar la expansión del virus ya

que un buen número de viviendas son casas molineras o viviendas unifamiliares adosadas lo que favorece el aislamiento y evita estar en contacto con superficies que han tocado y manipulado otras personas como portales, ascensores... además gracias a la baja altura de la edificación las calles son soleadas y ventiladas.

En pocas palabras, si bien las zonas de renta baja muestran una incidencia llamativa, no todas estas zonas se comportan igual. Las zonas de renta alta de tipo residencial (como Covaresa en la ZBS de Valladolid Sur) con calles anchas, y viviendas unifamiliares o similares, puede que se ajusten al patrón típico de renta más alta, mejores condiciones habitacionales y en la zona, y menor nivel de casos. Por el contrario, las zonas de renta alta o media-alta, céntricas, con mucha acumulación poblacional y flujos de población flotante (especialmente cuando terminó el confinamiento estricto a finales de junio de 2020), por ser centros administrativos y de negocios, pueden mostrar una pauta de mayor incidencia.

En consecuencia, en la segunda parte de la investigación puede interesar comparar los modos de prevenir y afrontar la enfermedad (según las condiciones de vida) de personas en barrios más polares que se ajustan más a la pauta: Pajarillos frente a Covaresa. Además, se buscarán personas con situaciones socioeconómicas (profesiones, ingresos, etc.) típicos de estos barrios.

4.2. RESULTADOS DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

4.2.1. Observación y contextualización previa de los barrios

Inicialmente se presenta una descripción de las condiciones habitacionales y del entorno que, en general, caracterizan a las zonas que sirvieron de escenario para las entrevistas: el barrio de Pajarillos (dentro de la ZBS homónima antes vista), y el barrio de Covaresa (en la ZBS de Valladolid Sur). La contextualización se ha basado tanto en observaciones sobre el terreno como en Red pajarillos de asociaciones y entidades (2007) y Observatorio urbano de Valladolid, (2021)

Barrio de Pajarillos.

El barrio de Pajarillos pertenece a la ciudad de Valladolid, ubicada en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Se encuentra al Este de la ciudad y su área geográfica está

limitada al Norte por el Río Esgueva (al inicio del Barrio de la Pilarica), al sur por la Av. de Soria y el barrio de las Delicias, al Oeste por las vías de ferrocarril y por el este con la Ronda VA-20.

Su construcción se remonta a entre 1950 y 1960 y está dividido en dos zonas: Pajarillos Altos y Pajarillos Bajos.

En este caso, la observación se va a enfocar a la zona de Pajarillos Bajos que es donde se concentra el grueso de la población del barrio.

La observación se ha dividido por apartados:

a) Vivienda

La tipología de los edificios es habitualmente de varias plantas con fachada de ladrillo caravista. Esta organizado por calles paralelas y perpendiculares fraccionadas por una vía central (C/ de la Cigüeña).

Las edificaciones que constituyen el barrio son:

Edificaciones del Polígono 29 de Octubre: surgieron en los años 50, convirtiéndose en las primeras promociones de viviendas públicas del barrio. Posteriormente en los años 70 el polígono vive un fuerte crecimiento de la población, en este segundo periodo el barrio se construye manteniendo el entramado ortogonal de sus inicios, pero con manzanas cerradas de bloques adosados con patio de luces y formando una “H”, modalidad que provoca altas densidades de población. Con respecto a su forma son edificios de bloque abierto y uso residencial. Son bloques de 3 alturas, con dos viviendas por altura y rectangular, al estar ordenados en una malla ortogonal, hay pequeñas plazas y espacios verdes entre bloque y bloque haciendo que la calidad medio ambiental sea buena. Las viviendas muestran un gran deterioro por la baja calidad de los materiales empleados en su construcción y por su antigüedad. Entre los problemas más comunes resaltan la falta de aislamiento, la ausencia de sistemas de calefacción y la calidad pésima de los materiales, llegando a producirse humedades y goteras, por lo que actualmente este polígono se encuentra incluido en un programa de remodelación que tiene por objetivo la demolición de los 95 bloques con un total de 570 viviendas para construir 712 viviendas, 140 de ellas serian de protección oficial. La población que ocupa estos pisos es obrera, de renta baja, con escaso nivel de estudios e índice de paro alto.

Edificaciones de la Calle San Isidro: Las obras empiezan en los años 60 y 70 debido al crecimiento de promociones públicas de alta densidad. Se construyeron un conjunto de bloques rectangulares con 651 viviendas. Entre la carretera de la circunvalación y la C/ San Isidro se proyectaron 5 bloques más, con comercios en sus bajos y otro bloque con 95 viviendas. Estos pisos presentan un alto grado de hacinamiento.

Edificaciones en torno al Polígono 29 de Octubre: aquí se ubican 2.092 viviendas agrupadas en C/Salud, C/Pelicano, C/Pavo Real, C/ Martín Pescador, C/ Gallo, C/Pato, C/ Águila y C/ Cigüeña

Finalmente, la densidad de población es de 16.137 habitantes por km²

b) Comunicaciones y barreras arquitectónicas

Esta zona se sitúa al otro lado de las vías del tren de manera que su acceso se tiene que hacer por medio de los pasos subterráneos. De igual manera el Río Esgueva dificultaría el paso de esta zona hacia el barrio de la Pilarica.

c) Zonas verdes y equipamientos:

Espacios verdes y plazas: parque de Patos, el parque de Fuente de la Salud, el parque de Patricia y la plaza del biólogo José Antonio Valverde

d) Otros recursos y servicios

— Recursos públicos y otros servicios

— Servicios de salud: Centro de salud Circunvalación y Centro de salud San Isidro Pajarillos

— Servicios sociales y culturales: el centro cívico Zona Este, la biblioteca municipal Adolfo Miaja de la Muela y el centro de personas mayores Zona Este.

— Servicios de empleo: Oficina de Empleo de Valladolid Ibáñez y Centro Nacional de formación profesional ocupacional.

— Servicios educativos públicos: CEIP Cristóbal Colón; CEIP Narciso Alonso Cortés; CEIP; Miguel Hernández; IES Leopoldo Cano, IES Galileo Galilei

Aunque como se ha visto en el barrio hay equipamientos, dada la densidad y características de la población, parece que el índice de equipamiento por habitante es bajo.

e) Realidad socioeconómica:

Según el Informe sobre el estudio de la realidad socioeconómica de los Barrios de Valladolid realizado por Centro cívico de la Zona Este (2016), el barrio de Pajarillos Bajos presenta las siguientes características:

El nivel socioeconómico de la población del barrio es medio-bajo ya que es una zona obrera que se ha visto muy afectada por la crisis económica de 2008. Esto trae como consecuencias un nivel de paro alto (más del 20% de la población activa está en situación de desempleo), lo que puede desencadenar a su vez en exclusión económica.

En cuanto al nivel educativo, es bastante bajo, el 57,42% de la población tiene una titulación inferior al graduado escolar. De igual manera solamente el 15% de la población tiene bachillerato, o FP de 2º grado frente al 26,6% del porcentaje en España.

El número de población gitana e inmigrante que se concentra en la zona del 29 de Octubre es muy alto, 260 viviendas de esa zona pertenecen a personas de etnia gitana y el 9,8% de la población total del barrio procede de otros países. Este fenómeno puede derivar en la formación de un gueto en la zona tanto por el contexto de hacinamiento en el que viven como porque la mayoría de sus recursos económicos proceden de prestaciones sociales y la venta ambulante. Esto puede generar una fuerte exclusión de estos grupos

Barrio Covaresa

El distrito de Covaresa pertenece a la ciudad de Valladolid, ubicada en la comunidad autónoma de Castilla y León. Se encuentra en el extremo sur del núcleo urbano de la ciudad. Limitado al norte por las calles García Lorca y Anselmo Miguel Nieto, que lo separan de los barrios de Parque Alameda y de Paula López. Al sur con la ronda exterior. Al oeste con la Cañada Real, que lo divide del barrio en consolidación El Peral, y al este, con las vías del ferrocarril y terreno sin urbanizar.

Las vías principales que estructuran el barrio y permiten su acceso son el Paseo Zorrilla y la carretera de Rueda, y en menor grado la Cañada Real.

La construcción del barrio comienza en 1986 con la aprobación de el plan parcial. En los años 90 se ocuparon la mayoría de parcelas y el barrio se fue ampliando.

a) Vivienda:

Los bloques de pisos de más tres alturas se combinan con las viviendas unifamiliares adosadas o pareadas siendo estas dos tipologías las que más predominan en el barrio.

Bloques lineales en la Avenida Miguel Delibes: se trata de bloques de edificios lineales de doble crujía con 4 alturas y 3 vecinos por planta disponen de ascensor para poder subir, construidos en 1992, el tamaño suele estar entre los 91 y 185 m² ordenados en conjuntos semicerrados con un patio interior privado que en muchos de los casos suele contar con amplias zonas verdes, pistas de deporte, y piscina.

Conjunto de chalets adosados C/ Manuel Mucientes: Se construyeron entre 1990 y 1993 con fachada de ladrillo con esmalte vitreo Son en su mayoría chalets de 3 plantas, con garaje, piscina, jardín interior y trastero.

El estado de la edificación es muy bueno en todo el barrio. La poca antigüedad de las edificaciones, la calidad de los materiales empleados en su construcción y el correcto mantenimiento y conservación propicia que apenas existan problemas nada reseñables en este aspecto.

La densidad de población por km² es de 4.820 habitantes (frente a los de 31.450 de Pajarillos, antes indicados).

b) Zonas verdes y equipamientos:

Espacios verdes y plazas: recorridos peatonales con extenso arbolado Paseo de los Castaños y Paseo de Alfredo Basanta, Parque de Covaresa, Plaza Torrente Ballester, Plaza Camilo José Cela y jardín junto a la calle Felipe Sánchez Román

c) Otros recursos y servicios

El número de equipamientos del barrio es bajo, por lo que existe una dependencia con otros barrios y una posible y excesiva concentración en estos espacios, que se habrá hecho patente durante la crisis sanitaria.

— Servicios de salud: Centro de salud Parque Alameda-Covaresa.

— Servicios sociales y culturales: CEAS (Centro cívico José María Luelmo)

— Servicios de empleo: instituto Nacional de la Seguridad Social ubicado en Parque Alameda

— Servicios educativos públicos: el equipamiento docente se sitúa en el barrio Parque Alameda CEIP Parque Alameda, escuela infantil El cascanueces

c) Realidad socioeconómica

El nivel socioeconómico de la población es medio-alto

Lo que respecta al nivel educativo, el porcentaje de personas sin ningún tipo de formación tan solo es del 0,4%

La población con nacionalidad extranjera que habita en la zona supone solamente el 2,6% del total

4.2.1 Análisis de las entrevistas

Para el análisis cualitativo se han empleado tablas porque es una forma de presentar el texto resultante de las entrevistas de un modo que facilita establecer comparaciones (Gibbs, 2012)

En primer lugar, se puede percibir cómo, a pesar de ser una muestra muy pequeña, todas las personas entrevistadas de Pajarillos padecieron la enfermedad, en contraposición con los residentes en Covaresa, de los cuales solo una familia tuvo la enfermedad

Tabla 6 Resumen del contenido de las entrevistas.

	CLASE ALTA	CLASE BAJA
Trabajo y teletrabajo	Con posibilidad de teletrabajar	Sin opción a realizar trabajo desde casa
Ingresos mensuales	Media de 3.000€	Media de 550€
Transporte y coche privado	Uso del coche particular para los desplazamientos	Viajes en transporte urbano o bicicleta
Artículos de 1ª necesidad y red social	Consumo de servicios de entrega rápida de comida (Glovo, Just Eat) y en un caso se solicitó la ayuda de un amigo	Se recurrió a la red social (familia y vecinos)
Vivienda y características	Viviendas amplias con una media de 118 m ² . Sin situación de hacinamiento, con posibilidad de mantener un correcto aislamiento y distancia social en caso de contagio de alguno de los miembros	Pisos pequeños de 56 m ² de media. Sin situación de hacinamiento, pero con dificultades para guardar distancia social con posibles infectados

Salud y enfermedades de base	No se han indicado problemas de salud distintos del covid-19	2 de las 3 personas entrevistadas reportan patologías de base, diabetes y alergias alimenticias
Covid-19	1 persona contagiada de las 3 entrevistadas. Forma de contagio: encuentro social con amigos.	Todas las personas entrevistadas padecieron la enfermedad. Forma de contagio: en su mayoría en su puesto de trabajo. Exceptuando un entrevistado que contrajo la enfermedad debido a una reunión social

a) Categoría 1: Trabajo y teletrabajo.

Cuando a los informantes se les pregunta sobre el tipo de empleo que tienen, y si pudieron realizarlo de forma telemática, las respuestas fueron muy variadas en función del lugar de residencia.

Como se puede observar, las personas entrevistadas de Pajarillos tienen trabajos manuales, poco cualificados y todos presenciales, ya que por las propias características del empleo resulta imposible poder realizarlo de forma telemática. En el caso del trabajador de FASA, el mismo revela que trabaja en condiciones higiénicas pobres al no tener la fábrica un buen sistema de ventilación.

Por el contrario las personas de Covaresa tienen trabajos que les permiten teletrabajar, reduciéndose de esta forma el riesgo de contraer la enfermedad ya que no se tiene la necesidad de desplazarse hasta el puesto de trabajo ni de estar en contacto con otras personas, aun así dos de los entrevistados tuvieron que desplazarse fuera de su puesto de trabajo a otras ciudades haciendo uso del coche particular. Durante estos viajes las paradas en el camino para abastecerse de gasolina, comer o ir al baño pueden suponer entrar en contacto cercano con otras personas y superficies que se tocan con frecuencia.

Asimismo, el tipo de alojamiento puede aumentar el riesgo de contagio, así pues, son menos seguros los hoteles o alojamientos para varios huéspedes con espacios comunes. En cualquier caso, el hecho de poder evitar compartir un espacio cerrado en el que se pasa muchas horas con otros en tareas repetitivas (como un taller, etc.) ha jugado en favor de los entrevistados de esta zona posiblemente.

b) Categoría 2. Ingresos mensuales

Esta categoría actúa como eje vertebrador del trabajo porque puede suponer un aumento o una reducción de las posibilidades de contagio.

Con una renta por encima de la media pueden contar con un coche particular y no moverse en transporte público, se dispone de mas espacio en casa para aislar a las personas con síntomas y más zonas para hacer ejercicio físico; tienen mejores y más grandes frigoríficos o pueden hacerse con equipamiento adicional para conservar más alimentos y así ir menos al supermercado.

Se observa una gran diferencia en los datos. Las personas residentes en el barrio de Pajarillos no llegan a los 1.000€, mientras que los entrevistados de Covaresa, superan esa cifra.

c) Categoría 3. Transporte, desplazamientos y coche particular.

Esta categoría hace referencia a los medios de transporte que se han utilizado.

Se puede apreciar que ninguno de los participantes del barrio de Pajarillos tiene coche privado. En su lugar utilizan el transporte urbano para moverse, a excepción de una persona que va en bicicleta. Por un lado, no se puede negar que actualmente los autobuses de Valladolid son espacios seguros porque están ventilados, los usuarios llevan mascarilla y se han ampliado las frecuencias de paso de todas las líneas de bus para evitar así aglomeraciones en horas punta. Por otro, el tiempo medio que pasan las personas, especialmente el empleado de FASA en estos lugares es superior a 15 minutos siendo este el tiempo de exposición necesario para transmitir y contagiarse de Covid (Pringle et al., 2020), por lo que las posibilidades aumentan. Por ello siempre va a ser más seguro el coche privado por ser un desplazamiento individual, no existe contacto entre personas permitiendo así el aislamiento. Es, por este motivo, un medio de transporte urbano mucho

más seguro que el autobús debido a que no se comparte espacio con otras personas, no se sienta ni se tocan infraestructuras que pueden haber sido contaminadas por otros usuarios.

La única razón por la que el automóvil personal puede suponer un riesgo de contagio es que su utilización significa que ha habido traslados a lugares donde pueden darse contagios y que por lo tanto se pueden contaminar piezas y elementos del coche.

Con todo, la bicicleta se convierte, en estos tiempos de pandemia en el vehículo con menor riesgo de contagio de coronavirus. Las razones son iguales a las del coche, pero aquí se incluyen los beneficios para la salud física y mental que reporta el uso de la bici.

d) Categoría 4. Adquisición de artículos de primera necesidad y red social.

En cuanto a la forma de hacerse con productos básicos se aprecian diferencias entre barrios. Por un lado, los informantes del barrio de Covaresa, exceptuando un caso, han recurrido a servicios de entrega rápida de comida, medicamentos y otros suministros. Por el otro las personas de Pajarillos que han participado en la entrevista han acudido a su red social.

Es verdad que las posibilidades de infectarse de Covid 19 se reducen si se utilizan servicios privados como Glovo en lugar de acudir a supermercados. En el caso de Covaresa, se puede ver que se contrataron estas compañías aun cuando no estaban contagiados y podían ir a las tiendas a hacer la compra. Los supermercados y comercios son espacios cerrados, con escasa ventilación y además tienen un riesgo a mayores porque los carros y las cestas sufren mayor rotación de personas que tocan el objeto, así como las basculas o los terminales tecnológicos de pago.

El coste de pedir productos a domicilio es alto (5,50€ de gastos de envío más el importe de lo que se haya solicitado) lo que impide que las personas de Pajarillos no hayan hecho uso de este tipo de cadenas de distribución.

e) Categoría 5. Vivienda y características.

En esta categoría se refleja el tipo de vivienda, sus características, las personas con las que conviven y la existencia de habitaciones para el correcto aislamiento en caso de contagio.

Como se ha comprobado tener la posibilidad de aislar a una persona con covid-19 en una habitación de la casa es fundamental para impedir la expansión del virus al resto de cohabitantes.

Si algo tienen en común los residentes entrevistados de ambos barrios es que todos ellos pudieron, de alguna manera, aislarse o mantener distancia con los demás convivientes.

Las subcategorías de tipología y tamaño del hogar varían bastante dependiendo de su ubicación geográfica en la ciudad.

Las viviendas de los entrevistados de Pajarillos tienen una media de 56m², aunque no se puede hablar de hacinamiento porque en los tres casos se supera el valor de 10m² por persona. No obstante, al tratarse de pisos pequeños es más fácil que haya más lugares de la casa donde no es posible guardar la distancia social con la persona infectada. Del mismo modo, la mayoría de los pisos de Pajarillos de entre 50 y 60 m² solo disponen de un cuarto de baño, de manera que en caso de contagio las personas con las que vive el infectado usarán el mismo baño que este, aumentando así la posibilidad de contraer la enfermedad.

Otro riesgo que tienen las viviendas antiguas, especialmente las construidas antes de 1975 es su sistema de ventilación. Es decir, los conductos de ventilación de algunos cuartos de aseo son viejos con lo cual actúan como un puente que conecta las viviendas y permite circular el aire a través de ellas y de las rejillas instaladas en los baños. Lo mismo ocurriría con los extractores de humo de los pisos, con las ventanas cerradas, en bloques de pisos con canales de ventilación antiguos, pues este aire proviene de otra u otras casas.

Asimismo, son edificios de pisos con instancias compartidas con otros vecinos, ascensores, portales, barandilla de escaleras, que pueden estar contaminadas y ser más fácil la transmisión del virus.

En el otro extremo está la zona residencial de Covaresa, donde una gran parte de las viviendas situadas allí son chalets adosados, lo que dificulta la expansión del Sars-CoV-2 ya que no existen estancias compartidas con otros vecinos, (a excepción de las parcelas interiores) y apenas se tiene contacto con ellos. De igual forma, el tamaño medio de estos hogares se sitúa en los 118m², por lo que no existe situación de hacinamiento, más bien al contrario, disponer de más m² supone tener más espacio, más habitaciones y más de

un cuarto de aseo, por lo cual es más fácil mantener la distancia de seguridad en caso de contagio.

Además, la localización geográfica de estas casas permite disfrutar de mayor luminosidad y aire puro tanto en el jardín como dentro del hogar, algo que eleva bastante la calidad de vida y la salud de sus residentes. No están tan expuestos a las partículas contaminantes, capaces de favorecer la propagación.

f) Categoría 6. Salud y enfermedades de base.

Esta categoría responde al estado de salud de los entrevistados más allá de la enfermedad por covid-19

Tal y como se indica en el marco teórico, la pobreza y las condiciones sociales afectan considerablemente la salud de las personas.

Mientras que ninguna de las personas consultadas del barrio de Covaresa padecían enfermedades, solo una de 3 personas de los participantes del barrio de Pajarillos indico estar libre de afecciones. Cabe destacar que las patologías que se reportaron, diabetes y alergias (y aunque esta última no está considerada enfermedad como tal sino, más bien como una causa de la misma) guardan relación con la pobreza y el entorno.

En cuanto a la diabetes, esta guarda una estrecha relación con la obesidad y el sobrepeso, y esto a su vez con la alimentación. Los productos sobreprocesados (de bajo precio), el escaso consumo de proteínas y verduras aumenta el índice de glucosa en sangre. Las personas con diabetes deben cuidar su alimentación porque regula los niveles de azúcar en sangre. Esto se vuelve difícil cuando no se disponen de los ingresos mensuales suficientes para adquirir comida de mayor calidad como verduras, y frutas. En su lugar se opta por los carbohidratos por su bajo coste pero que desencadena un aumento de glucosa en el cuerpo.

En el caso de las alergias alimentarias no se han encontrado estudios que las relacionen con bajos recursos económicos. No obstante padecer este tipo de reacciones influye en la nutrición de la persona pudiendo provocar malnutrición siendo esta un factor de riesgo para el covid-19 que afecta a varios niveles. En primer lugar, el sistema inmune no funciona correctamente algo que incrementa la susceptibilidad a la enfermedad. Después la desnutrición (calórica y/o proteica) puede provocar cuadros más severos de la

enfermedad ya que el exceso de grasas facilita la infiltración de macrófagos (célula inflamatoria) en los alveolos. (Carrasco et al., 2020)

g) Categoría 7. Padecimiento de covid-19.

Aunque se trate de una muestra muy pequeña y no representativa. Es preciso señalar que solo una persona de las tres entrevistadas en Covaresa afirmó haber tenido la enfermedad y que esto se debió a que un familiar estuvo en contacto con una persona infectada durante una reunión de amigos, pudiéndose haber evitado el contagio. Esta situación contrasta con la de los entrevistados en Pajarillos, donde todos los participantes pasaron la infección y la mayoría (2 de 3) de ellos se contagiaron en el centro de trabajo, siendo más difícil evitar estos contagios ya que no se puede prescindir de trabajar y obtener un salario para vivir, dada la actual organización social. Además, como indicamos, el tipo de trabajo que tienen las personas de Pajarillos son importantes factores de riesgo, pues transcurre en líneas o talleres de montaje donde los compañeros intercambian piezas frecuentemente o comparten durante un tiempo largo el mismo aire. También es el caso de algunos empleos de servicios a personas (empleados de hostelería, cuidadores, etc.). Lo mismo ha sucedido con peones agrícolas que trabajan en cuadrillas en el campo de hecho (“el 31% de los contagios en el entorno laboral se han producido en el campo” 2021). Por el contrario, es muy difícil que los entrevistados en Covaresa se contagien en su puesto de trabajo ya que todos han podido teletrabajar y en caso de no haber realizado teletrabajo el tiempo que han pasado en su lugar de trabajo es mucho menor que las personas de Pajarillos donde no han podido trabajar desde casa en ninguna situación y su jornada laboral ha sido más larga. También en los trabajos no manuales o de oficina, no hay que interaccionar tanto con compañeros o personas (como en los servicios personales), son trabajos más individualizados, de manipulación de información básicamente donde las interacciones se han digitalizado, además.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La pandemia ha puesto de relieve las desigualdades sociales en salud. Y a pesar de los esfuerzos de la Administración por afrontar esta situación existen diferencias entre ciudadanos.

El propósito de esta investigación ha sido conocer las diferencias que pueden existir en la incidencia del covid-19 según el lugar de residencia y su nivel socioeconómico mediante la puesta en práctica de técnicas cuantitativas. Además, se ha investigado mediante entrevistas, las formas de vivir y afrontar la pandemia de cada clase social. De esta forma se ha podido realizar un estudio más completo con información obtenida directamente de las personas de cada estrato social

5.1. PRINCIPALES HALLAZGOS

Aunque, en líneas generales, existen diferencias en la tasa de covid-19 según la zona de la ciudad en la que se vive, estas diferencias no son tan grandes como se esperaba al inicio de la investigación, ni tan concluyentes, pues algunos contrastes estadísticos no son significativos. Al final de este apartado, abordamos algunas limitaciones del estudio que pueden explicar estos resultados. En cualquier caso, en el estudio cuantitativo se observan algunos indicios. Pajarillos, la zona con la renta per cápita más baja de la ciudad tiene una densidad de población de 16.137 personas por km² frente a las 8.326 habitantes por km² de la zona de Covaresa. De igual modo, la variación en la incidencia del virus también es apreciable en las dos zonas: 852 casos por cada 10.000 habitantes en el barrio obrero y 771 en el vecindario de clase alta. Por tanto, existen indicios de que también en Valladolid la zona de residencia ha sido un factor de riesgo a la hora de contraer la enfermedad, ya que la incidencia del Covid 19 ha sido ligeramente mayor en aquellas zonas con nivel de renta más bajo, y especialmente núcleos urbanos donde las condiciones de vida están más degradadas. Observándose, no obstante variaciones ya que no todas las zonas con ingresos altos se han comportado igual. Esto puede deberse a la densidad de la población o porque tales áreas concentran un número de servicios mayor que hace que residentes de otros barrios acudan, aumentando de esta forma la afluencia de personas. Pese a esto la zona con menos incidencia ha sido Campo Grande, cuya renta por hogar se sitúa en los 49.793€, en comparación con los 19.686€ del barrio de Pajarillos. De igual manera, otra excepción es la zona básica de salud Canterac, perteneciente al barrio de las Delicias,

considerado barrio obrero y de personas de clase media-baja, que presenta la tasa de incidencia mas baja de toda la ciudad, 698 casos por cada 10.000 habitantes, inferior incluso a Covaresa. Probablemente la localización del barrio en el borde de las vías del ferrocarril hace que este quede desvinculado del centro histórico, favoreciendo así su aislamiento y una menor expansión del virus.

Por lo que respecta a la dimensión cualitativa aunque la muestra seleccionada es limitada, las conversaciones mantenidas en el trabajo de campo conducen a reflexionar sobre.

- Los trabajadores del barrio de Pajarillos tienen trabajos fundamentalmente presenciales frente a los trabajos con menor riesgo de contagio de las personas entrevistadas de Covaresa, quienes han tenido la oportunidad de poder realizar sus funciones desde casa.

- Las personas del barrio de pajarillos tienen menos ingresos mensuales por lo tanto han acudido en mayor medida a su red social formada por vecinos, familiares y amigos cuando han estado confinados. En este sentido no han usado servicios como Glovo por su elevado precio y por la disponibilidad de su red social. Por el contrario, los vecinos de Covaresa han optado por utilizar empresas de entrega de pedidos, y han acudido menos a su red social.

- Las formas de desplazamiento por la ciudad han sido muy distintas de un grupo a otro. Mientras que las personas de clase alta han podido usar su propio coche para moverse, los residentes en Pajarillos han tenido que hacer uso del transporte público, incrementando el riesgo de contagio y de la bicicleta. Esta última forma de moverse por la ciudad puede actuar como factor protector ya que al igual que el coche, es un medio de transporte individual, posibilitando así el aislamiento con el resto de personas, su uso podría ser promovido con fines de prevención.

- A pesar de que existen desigualdades en las viviendas y sus características entre la zona de Pajarillos y Covaresa. Todas las personas entrevistadas han podido mantener aislamiento social con las personas infectadas

Estos resultados son similares a los hallados por (Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña [AQuAS], 2020). Otros estudios posteriores (Mena et al. 2021 o el Grupo de Trabajo Multidisciplinar [GTM], 2021) también arrojan mayores niveles de incidencia en zonas de bajo nivel socioeconómico.

5.2. METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

Los resultados aquí obtenidos pueden servir de inspiración para diseñar y proponer metodologías de intervención desde el Trabajo Social.

En la sociedad actual ni el empleo ni el acceso a bienes colectivos (capacidad de consumo) es suficiente para poder hablar de integración. Los dos elementos deben ir de la mano de estructuras relacionales sólidas que permitan afrontar los múltiples retos e imprevistos que surgen en la vida cotidiana y que generan vulnerabilidad, y que la situación extrema de la pandemia ha demostrado más que nunca.

Por ello, para ayudar a la capacidad de afrontamiento de estas situaciones, especialmente para aquellos más vulnerables cuyos ingresos laborales no son suficientes, han surgido durante la pandemia las siguientes iniciativas. Algunas nacieron antes de la crisis sanitaria, pero han recibido un impulso tras la misma:

En El Gancho, uno de los barrios más empobrecidos de Zaragoza, surgió la iniciativa “Liberad a Wi-Fi” no solo para reducir la brecha digital instando a los vecinos a compartir de una forma responsable y segura su conexión a internet con quienes más lo necesitan sino también para proporcionar dispositivos electrónicos como tabletas y ordenadores y hacer traducciones a las familias en las que ninguno de sus miembros habla castellano. De este modo se garantiza la autonomía del individuo, se minimizaban factores de riesgo y se lucha contra la brecha y la analfabetización digital. Alconchel, I. (14 de abril de 2020) *El diario*

La iniciativa “Operación vecino”, que se encuentra dentro del grupo “Cuidados Madrid Centro” nació en el distrito centro de la ciudad. Este proyecto presta asistencia en actividades como hacer la compra, llevar medicinas a personas que lo necesiten, ofrecer asesoría laboral y legal, entre otras. Además en el participa una trabajadora social que trabaja con el fin de organizar un sistema de videollamadas entre personas mayores y poder así paliar el aislamiento que sufren, todos los días les prepara un cuento o una adivinanza y les informa acerca de lo que pueden hacer y como pueden colaborar dentro del grupo. Zuazua, P. (5 de Abril de 2020) *El País*

La figura del trabajador social también ha estado presente en la red de comunicación “chafarderos” que se ha formado en el Valle del Hecho. En este pequeño municipio de la

provincia de Huesca se coordinan la trabajadora social de la comarca, el ayuntamiento, la guardia civil y el centro de salud para enviar información sobre la normativa a seguir adaptada al entorno rural a todos los vecinos vía WhatsApp o en el caso de no disponer de esta aplicación se nombra a un vecino responsable de informar de las novedades por otros medios. Sarsa, L. (24 de Marzo de 2020) *Efe*

Desde la Escuela del barrio Prosperidad en Madrid se ha creado una red de cuidados para hacer más fácil la vida de los vecinos a través de voluntarios que prestan su ayuda ante las siguientes necesidades: realización de compras en tienda física o ayuda para hacerla por Internet, cuidado de menores que estén solos por las dificultades para conciliar y paseo de mascotas a personas mayores o de riesgo. [Prospereando.es https://bit.ly/3wZfo4c](https://bit.ly/3wZfo4c)

También en algunas ciudades de EE. UU varias entidades han diseñado aplicaciones a las que se puede enviar mensajes de texto para pedir ayuda ante algunas situaciones (rescates, situaciones de violencia, etc.), y que se han reactivado con la pandemia (McGuinness y Schank, 2021). Estas formas no siempre tienen que resultar difíciles de utilizar con personas mayores, si se les da formación. Aparte, la flexibilidad y mayor cercanía que brindan favorece el contacto con los profesionales de intervención sin que sea necesario ir a centros o seguir los canales tradicionales más rígidos. Estas nuevas formas de atención, especialmente por su cercanía, han contribuido a la accesibilidad de colectivos como jóvenes, etnias más vulnerables, minorías sexuales, etc.

De ahí que la creación de plataformas ciudadanas y redes vecinales en las que voluntarios, vecinos del barrio, activistas y organizaciones sociales colaboran para dirigir y gestionar el potencial social y la resiliencia cívica frente a la pandemia, ofreciendo una respuesta desde la sociedad civil sea imprescindible para mantener el nivel de autonomía del individuo, brindar apoyo emocional y potenciar habilidades de desenvolvimiento en el medio social.

Siguiendo los anteriores antecedentes propuestos por otros autores o por el tercer sector para afrontar mejor un agravamiento de situaciones de vulnerabilidad con la pandemia, y también tras las necesidades o soluciones detectadas tras el análisis de las entrevistas, se propone crear una red de apoyo vecinal constituida por vecinos del barrio que con su participación ayudan a las personas mas vulnerables del barrio (personas mayores,

familias con bajos ingresos y personas de etnia gitana principalmente) que ofrezca acompañamiento mediante llamadas o videollamadas, dispositivos activos las 24 horas con personal de asistencia en una línea de WhatsApp o plataformas de mensajería similares (en el caso de aquellas personas que no sepan manejar el ordenador o el teléfono se intentará contar con la ayuda de voluntarios del barrio con conocimientos informáticos para la configuración de estos dispositivos o para dar formación en el manejo de los mismos)

Dentro de la red de apoyo vecinal se incluyen las siguientes iniciativas:

Tal y como se observó en las entrevistas, las personas del barrio de Pajarillos no hicieron uso de los servicios de comida a domicilio, por su elevado coste como uno de los motivos. De ahí que sea de utilidad el diseño de una aplicación de mensajería instantánea con la posibilidad de hacer pedidos de comida, medicamentos y otros productos. La aplicación funcionaría de la siguiente manera: el usuario una vez se descarga y se registra en la aplicación (señalando nombre, número de teléfono y dirección) publica en el apartado de novedades un anuncio explicando lo que necesita que le traigan a casa. Seguidamente, los vecinos del barrio consultan dicha sección y deciden si pueden hacer el encargo. En caso de poder realizar el pedido se pondrían, haciendo uso del servicio de mensajería instantánea que viene integrado, en contacto con la persona que lo solicita para especificar el pedido y otros detalles. Después de que se haya hecho la tarea, quien ha solicitado el encargo podrá darle una propina u ofrecer su ayuda para cualquier necesidad que el repartidor, a su vez, tenga, construyendo así redes de reciprocidad más espontáneas o comunitarias que se habían debilitado tanto por el dominio del mercado como del Estado u otras organizaciones. De todos modos, estas redes y servicios de ayuda pueden organizarse de otras formas aparte de las aquí propuestas: con más apoyo y coordinación por parte de entidades del tercer sector, recibiendo financiación pública que permitiría dotarse de mejores instalaciones (cocinas comunitarias, etc.) para organizar estos servicios, etc. Como todo, solo con la experimentación con la práctica estas iniciativas pueden perfeccionarse.

El software que llevaría la aplicación antes propuesta se diseñaría pensando en las personas del barrio que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad (personas mayores, con discapacidad, personas con un nivel de ingresos bajos, sin apoyo social por ejemplo). Con el objetivo de facilitar a estas el uso y manejo del programa la

aplicación contaría con una herramienta de accesibilidad en la que los artículos que precisen vendrán representados como pictogramas o dibujos, así como instrucciones por voz.

Con la finalidad de fomentar la participación e inclusión de la comunidad gitana de Pajarillos y asegurar la cobertura alimentaria. Se podía crear instalaciones comunitarias para la elaboración de comidas, y que sirviese a su vez para dar trabajo o ser las primeras practicas a colectivos vulnerables que hayan recibido formación en hostelería.

5.3. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

A lo largo del trabajo se ha expuesto un ejemplo de lo que serían las desigualdades en salud. Las diferencias que existen entre los barrios comparados, no solo en la estructura de los mismos también en los estilos de vida de sus habitantes y como esto ha influido en mayor o menor grado a la hora de contraer la enfermedad. No obstante, durante la realización de esta investigación han surgido algunas limitaciones:

En primer lugar, no se encontraron datos sobre la tasa de incidencia y número de contagios relativos a los barrios de la ciudad, más bien, dicha información aparecía organizada por zonas básicas de salud, sumando un total de 21 zonas, un número reducido de casos, algo que afecto a la significatividad de los test de independencia de las variables, siendo la relación entre las variables algo débil, por lo que no se obtuvieron resultados muy sólidos. Por este motivo se decidió aumentar el análisis para todas las ciudades de Castilla y León juntas, los resultados no fueron muy distintos de lo que ocurre en Valladolid, incluso la relación entre las variables (tasa de incidencia y renta) es aún más débil. Esto se pueda deber, quizás a que la renta no es la única forma de medir la clase social, también influyen otras variables, como la educación, la profesión, etc., que no se pudieron utilizar en el análisis cuantitativo, pues solo teníamos la renta por hogar de la sección censal donde está ubicado el centro de salud de cada zona. También quizás los resultados habrían podido ser más claros en caso de tener los contagios por barrios pues tradicionalmente los barrios coinciden más con divisiones de ingresos, clases y etnias incluso, frente a los datos por zonas básicas de salud. Estas zonas se solapan a veces con los barrios, pero no siempre, siendo más bien una demarcación administrativa de interés para las autoridades sanitarias regionales, pero no tanto con propósitos de investigación social.

En este sentido, se consideró relevante para la investigación incluir información sobre la actividad socioeconómica e indicadores sociodemográficos como el porcentaje de personas de cada grupo de edad, entre otros, de las zonas básicas de salud. Sin embargo los datos que se facilitaron desde el servicio de Transparencia y Reutilización de la Información de Junta de Castilla y León contenían (aparentemente) imprecisiones, ya que la información que aparecía en una zona básica de salud era idéntica para otra. Se pidió a la Viceconsejería de Economía y Competitividad (responsable de esos datos) que aclarasen esta situación, pero no se obtuvo respuesta.

Por último también se han encontrado dificultades en el momento de buscar a personas que quisieran hacer la entrevista. Muchas de ellas se mostraron reticentes cuando se les pregunto por los ingresos mensuales y decidieron abandonar la conversación, aunque en todo momento se les prometió confidencialidad y un tratamiento adecuado de la información según los estándares éticos y legales.

En cuanto a línea de investigación futuras en las que se podría profundizar a partir de lo investigado aquí, se observan las siguientes temas emergentes o hipótesis.

Estudiar si las diferencias en el numero de fallecidos guarda relación con la renta y las formas de vida.

Analizar el impacto del COVID-19 sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. En particular del objetivo 10: reducir las desigualdades.

Otra posible e interesante línea de trabajo consiste en investigar si las condiciones laborales precarias dificultan acudir al sistema sanitario en el caso de presentar síntomas o aislarse por miedo a perder el empleo y como esto puede repercutir en la tasa de contagios de los barrios obreros.

6. BIBLIOGRAFIA

Agricultura. (10 de mayo de 2021). Covid-19: El 31% de los contagios en el entorno laboral se han producido en el campo. *Agrónoma* <https://bit.ly/3gY8sNP>

Aguilar, I. (2015). Desigualdades en la distribución de salud y enfermedad: la influencia de factores socioeconómicos [Tesis doctoral, Departamento de microbiología, medicina preventiva y salud pública, Universidad de Zaragoza]. Zaguán. <https://bit.ly/3vUSMAM>

Alconchel, I. (14 de abril de 2020) Falta de alfabetización digital y acceso a internet, las otras carencias que descubre la COVID-19. *El Diario*. <https://bit.ly/3xOYEwl>

Amengual, M. Calafat, M. Carot, A. Rosa, A. Rio, C. Rovira, J. Valenzuela, C. & Ventura, C. (2020). Determinantes sociales de la incidencia de Covid 19 en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Revista Española de Salud Pública*, 94 <https://bit.ly/3gIaphj>

Barranco, C. & Rodríguez, H. (2008). Trabajo Social en Salud. Visión histórica y práctica profesional en Atención Primaria de Salud: los avances y el reto de la calidad. *Trabajo Social y Salud*, 61, 7-35. <https://bit.ly/3f3UBoc>

Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-23. <https://bit.ly/3ez5qzs>

Bennasar, Miguel. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud [Tesis doctoral, Departamento de enfermería y fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares].

Blas, E., Sivasankara Kurup, A & World Health Organization. (2010). Equity, social determinants and public health programmes. editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. World Health Organization. <https://bit.ly/3vx1ULi>

Borrel, C. & Artazcoz, L. (2008) Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22 (5), 465-473. <http://.doi.org/10.1157/13126929>

Colom, D. (2006). Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante. *Revista de Treball Social*, 177, 102-119. <https://bit.ly/3uPRiry>

D` Ancona, C. (1998) *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata. <https://bit.ly/3yjnR2U>

González, Y., Cuartango, I, & Bacigalupe. (2015). Desigualdad social y salud en España: ¿Cómo influyen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios la clase social, el nivel educativo y la situación laboral? *Praxis Sociológica*, 19, 103-124.

González, J., Piñeira, M^a. (2020). La ciudad desigual en Palma (Mallorca): geografía del confinamiento durante la pandemia de Covid 19. *Boletín de la Asociación de geógrafos españoles*, (87) <https://bit.ly/3zFGb71>

Grant, R. A., Morales-Nebreda, L., Markov, N. S., Swaminathan, S., Querrey, M., Guzman, E. R., Abbott, D. A., Donnelly, H. K., Donayre, A., Goldberg, I. A., Klug, Z. M., Borkowski, N., Lu, Z., Kihshen, H., Politanska, Y., Sichizya, L., Kang, M., Shilatifard, A., Qi, C., ... Wunderink, R. G. (2021). Circuits between infected macrophages and T cells in SARS-CoV-2 pneumonia. *Nature*, 590(7847), 635–641. <https://bit.ly/3j2hf46>

Hernández, I., Santaolaya, M, & Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>

Huertas, R. (2002). Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923). *Research Gate*.54,253–276 <https://bit.ly/2SCD2Vc>

Huijsmans, I., Ma, I., Micheli, L., Civai, C., Stallen, M., & Sanfey, A. G.(2019). A scarcity mindset alters neural processing underlying consumerdecision making. *Proceedings of the National Academy of Sciences ofthe United States of America*, 116,11699–11704. <https://bit.ly/3xAURtn>

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Atlas de distribución de la renta de los hogares*. <https://bit.ly/3qeqQWP>

Junta de Castilla y León. (s.f.) *Tasa de enfermos por zonas básicas de salud*. <https://bit.ly/3gHsXyg>

- Leveau, C. (2021). Variaciones espacio temporales de la mortalidad por Covid 19 en barrios de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13 (Supl COVID-19)
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science*, 341, 976–980. <https://bit.ly/35xbnHM>
- Ministerio de Sanidad. (s.f.) *Definiciones y aclaraciones*. <https://bit.ly/3gEVA0f>
- Moreno, C. (2015). El impacto de las desigualdades socioeconómicas en la salud adolescente: retos metodológicos y factores psicosociales que influyen en el estudio [Tesis doctoral, Departamento de psicología evolutiva y de la educación, Universidad de Sevilla].
- Observatorio Urbano. (2021). *Información zonal de Valladolid*. Ayuntamiento de Valladolid <https://bit.ly/3gFbrvJ>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud* <https://bit.ly/3jgOErw>
- Palomino, P., Grande, M.^a, & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del S.XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72, 71-91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Peroni, A. (2009). *Obesidad y sobrepeso en la pobreza. Estilos de vida de las familias pobres con obesidad y sobrepeso infantil, en situación de pobreza*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://bit.ly/3gU160o>
- Pringle, J. Leikauskas, J. Ransom, S Webster, B. Santos, S. Marcoux, S. Kelso, P. & Kwit, N. (2020). *COVID-19 en un empleado de una instalación correccional después de múltiples exposiciones breves a personas con COVID-19*, 69 (43), 1569-1570.
- Probost, T., Lee, H, & Bazzoli. (2020) Estresores económicos y la promulgación de conductas de prevención de COVID-19 recomendadas por los CDC: el impacto del contexto a nivel estatal. *Revista de psicología aplicada*, 105 (12), 1397-1407. <http://doi.org/10.1037/apl0000797>

Red de pajarillos de asociaciones y entidades. (2007). *Estudio de la realidad del barrio de Pajarillos*

Salas, J. & Mac-Donald, J. (2020). 10 parámetros para la identificación de colectivos más vulnerables en Salas, A. & Fernández, L (Eds.), *Contra el hambre de vivienda en tiempos de Covid 19* (pp. 10-13). Escala

Sánchez, M. (2016). *Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid] <https://bit.ly/3zU09vg>

Sarsa, L. (24 de marzo de 2020) El Valle de Hecho crea 'Chafarderos', una red para informar en tiempo de la pandemia. *Efe*. <https://bit.ly/3xLHJuA>

Standing, G. (2013). *El precariado: una nueva clase social*. Pasado y presente

Urbanos, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30 (1), 25-30. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>

Vidal, D. & Chamblas, I. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Research Gate*, 20 (1), 61-74. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>

Zuazua, P. (5 de abril de 2020). “Operación vecino”: cuando la atención en cadena es solidaria e inmediata. *El País*. <https://bit.ly/2SZrpYk>

7. ANEXOS

7.1. ENTREVISTAS COMPLETAS

PAJARILLOS			
	E1	E2	E3
TRABAJO Y TELETRABAJO	<p>“Yo trabajo en FASA en la cadena de montaje como operario en chapa II”</p> <p>“No porque es un trabajo manual que tienes que estar en la cadena resulta imposible hasta ahora teletrabajar”</p>	<p>“Trabajo en una tintorería”</p> <p>“No, no tuve posibilidad” (referido a la posibilidad de teletrabajar)</p>	<p>“Actualmente estoy como autónomo. Quiero trabajar para Glovo aunque actualmente no he llegado a ello”</p> <p>“Si” (en respuesta a la pregunta de si trabaja como rider)</p> <p>“no, porque no trabaja en ese periodo de confinamiento extremo que tuvimos” (referido a la posibilidad de teletrabajar)</p> <p>“Si, empecé a trabajar pero no a teletrabajar” (en alusión a si cuando termino el confinamiento nacional puedo teletrabajar)</p>
INGRESOS MENSUALES	<p>“Pues alrededor de unos 800€”</p>	<p>“850€ mas o menos”</p>	<p>“actualmente 0€, no hay trabajo para mi que vivo solo, entonces 0”</p>

<p>TRANSPORTE, DESPLAZAMIENTOS Y COCHE PARTICULAR</p>	<p>“No, no tengo” (referido al coche privado)</p> <p>“Si bueno para desplazarme a mi trabajo ponen a disposición unos autobuses de la regional y bueno luego también para desplazarme por la ciudad los autobuses AUVASA”</p> <p>“Pues en verano fui a la casa de unos familiares en el pueblo y nada mas”</p>	<p>“No, no tengo coche. Me muevo por el transporte publico para ir a trabajar y de vez en cuando ir a ver a mi hermana que esta enferma”</p>	<p>“No” (en respuesta a si tiene coche particular)</p> <p>“No” (aludido al uso de transporte publico)</p> <p>“Actualmente voy en bici a todos los sitios, trabajo... o lo que fuera”</p> <p>“Si, es decir si tengo que ir a una entrevista o quedar con los amigos o lo que fuera si, voy mayoritariamente en bici”</p>
<p>ADQUISICIÓN DE ARTICULOS DE 1ª NECESIDAD</p>	<p>“tuve suerte de el vecino muy amable pues según iba a hacer la compra pues me hacia a mi la compra del mes a mis dos hijos”</p>	<p>“Mi madre iba a la compra”</p>	<p>“Mi padre, venia mi padre y me daba la compra”</p>
<p>AYUDA FAMILIAR O DE ALLEGADOS</p>	<p>“Mi red social pues mis padres, algún amigo y eso y mi ex mujer cuando voy a llevarla a los hijos y poco mas”</p>	<p>“No” (referido a si cuenta con algún amigo que le pudiera ayudar)</p>	<p>“Apoyo a parte de mi padre, madre, de la familia por así decirlo si”</p>

<p>VIVIENDA Y CARACTERISTICAS</p>	<p>“Vivo con mis dos hijos” “Unos 55 m²” “Si, efectivamente” (referido a confinarse en la misma casa durante el contagio”</p>	<p>“Con mi madre, mi hija y yo” (referido a las personas con las que vive) “53m²” “Si, me mantuvieron en una habitación” (referido a la posibilidad de aislarse durante el contagio de Covid)</p>	<p>“Yo solo” (en respuesta a la pregunta de con quien vive) “mas o menos unos 50, 60 m²” “Si, vivo solo asique si” (en referencia a la posibilidad de aislamiento)</p>
<p>SALUD Y ENFERMEDADES DE BASE</p>	<p>“enfermedad y eso pues tengo una cardiopatía [...] alergias pues tengo al marisco”</p>	<p>“Diabetes”</p>	<p>“No, que yo sepa”</p>
<p>COVID-19</p>	<p>“Si, me contagié a finales de verano [...] yo pues eso di positivo y me tuvieron que confinar a mi y a mis dos hijos” “Pues a través del trabajo, en la cadena, esto del vestuario eso de que dieron positivo un par de compañeros y supongo que fue ahí” “Si pues yo estuve solo para almorzar me baje la mascarilla lo que estamos a distancia lo malo es que en</p>	<p>“Por una compañera de trabajo” “No” (referido a poder prevenir la enfermedad)</p>	<p>“Si, pues por los amigos” “No, nos lo dijeron ya cuando lo tenia el y nos quedamos en aislamiento cada uno, pero no, no se pudo prever”</p>

	verano las instalaciones están mal ventiladas”		
--	--	--	--

COVARESA			
	E1	E2	E3
TRABAJO Y TELETRABAJO	<p>“Soy financiero en Nissan”</p> <p>“Si” (en alusión a la posibilidad de teletrabajar durante el confinamiento)</p>	<p>“Soy directivo de un banco”</p> <p>“Si, 3 meses” (en respuesta a si pudo teletrabajar)</p>	<p>“Soy abogada”</p> <p>“Si” (en alusión a si tuvo opción de teletrabajar”</p> <p>“Pues mitad, a veces hago presencial y a veces hago teletrabajo, tengo mi propio despacho o sea que voy a lo mejor una vez o dos a la semana de presencial”</p>
INGRESOS MENSUALES	<p>“En total, entre mi mujer y yo 4.200€ a lo mejor, si”</p>	<p>“ingresos totales unos 3.000€”</p>	<p>“Bueno, pues mas o menos unos 1.800€”</p>

<p>TRANSPORTE, DESPLAZAMIENTOS Y COCHE PARTICULAR</p>	<p>“Si” (referido a si tiene coche particular)</p> <p>“Si, me toco usarlo poco también te digo pero si, lo utilice” (en alusión a si utilizo el coche para ir al trabajo)</p> <p>“No, transporte publico no hemos utilizado”</p> <p>“Si, si si, me toco ir a Lugo y a Palencia alguna que otra vez”</p>	<p>“Si” (en alusión a si dispone de coche particular)</p> <p>“Si”(referido a si utilizo el coche para desplazarse)</p> <p>“Durante el confinamiento no, después del confinamiento si lógicamente” (en respuesta a si a parte del trabajo realizo otro tipo de traslado)</p> <p>“Viajes de trabajo, básicamente”</p> <p>“No” (en alusión a la utilización del transporte público)</p>	<p>“Si” (en respuesta a si tiene coche particular)</p> <p>“No, para nada, o sea por el tema del covid lo evito y además teniendo coche propio para que voy a utilizar ahora el transporte publico”</p>
<p>ADQUISICIÓN DE ARTICULOS DE 1ª NECESIDAD</p>	<p>“un amigo nuestro nos dejaba la compra en la puerta y nosotros solo teníamos que esperar a que se fuera salir y recogerlo”</p> <p>“No” (referido a si utilizo servicios de entrega de comida)</p>	<p>“La pedí a domicilio”</p> <p>“Si” (referido a si utilizo alguna compañía de entrega rápida de comida)</p>	<p>“Si, ya sea Glovo, Just Eat, por el tema de Covid y demás, muchas veces para no ir a comprar, utilizamos el tema de pedido a domicilio”</p>

<p>AYUDA FAMILIAR O DE ALLEGADOS</p>		<p>“No, porque no la necesite tampoco” (en respuesta a si tuvo ayuda de algún familiar o amigo)</p>	<p>“Si claro, familiares sobre todo” (en alusión a su red social de apoyo)</p>
<p>VIVIENDA Y CARACTERISTICAS</p>	<p>“4, bueno, 3, 4 contando con mi mujer” “125 m² mas o menos” “Si” (en alusión a si pudieron aislarse correctamente en una habitación)”</p>	<p>“Vivo con dos personas, familiares claro” “unos 130m² por ahí” “Si me podía haber aislado, tuvimos un familiar aislado”</p>	<p>“Si, claro, aparto a los niños y sin problema” (en alusión a si dispone de una habitación para aislarse) “Con mi marido y dos hijos” “pues unos 100m² podría ser aproximadamente”</p>
<p>SALUD Y ENFERMEDADES DE BASE</p>	<p>“No”</p>	<p>“No”</p>	<p>“No, así ninguna, no”</p>

7.2. PROMEDIOS DE LAS VARIABLES MEDIAS PARA TODAS LAS ZBS DE VALLADOLID

	Media
Tasa por 10.000 habitantes	817
Renta por hogar de la calle del centro de salud	32.469
Promedio de pacientes por sanitario en 2019	1.433
Consultar por medico y día	34
Número de tarjetas en cada zona	17.064

7.3. TABLAS GENERADAS EN EL ANALISIS DE CONGLOMERADOS K-MEDIAS

	Conglomerado		
	1	2	3
Puntuación Z: Tasa por 10.000 habitantes	0,3	0,2	-1,1
Puntuación Z: Renta por hogar de la calle del centro de salud	0,8	-0,7	0,2
Puntuación Z: Promedio de pacientes por sanitario (médicos y enfermeras) en 2019	1	-0,8	0,2
Puntuación Z: Consultas por médico y día (promedio de 4 trimestres de 2019)	-0,3	-0,4	1,4
Puntuación Z: número de tarjetas en cada zona	1	-0,8	0,3

7.4. TABLA ANOVA

Tabla de ANOVA						
	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Puntuación Z: Tasa por 10.000 habitantes	2,7	2	0,8	18	3,4	,056
Puntuación Z: Renta por hogar de la calle del centro de salud	4,7	2	0,6	18	7,8	,004
Puntuación Z: Promedio de pacientes por sanitario (médicos y enfermeras) en 2019	7	2	0,3	18	20,8	0
Puntuación Z: Consultas por médico y día (promedio de 4 trimestres de 2019)	4,7	2	0,6	18	8,1	,003
Puntuación Z: número de tarjetas en cada zona	6,2	2	0,4	18	15	0

7.5. NUMERO DE CASOS EN CADA CONGLOMERADO

Número de casos en cada clúster		
Conglomerado	1	7,000
	2	10,000
	3	4,000
Válidos		21,000
Perdidos		,000