

Se explora la información disponible sobre la incidencia del COVID-19 en el estado de Morelos para acercarse a conocer su perfil territorial y socioeconómico. Por un lado, se fortalece la idea de que esta incidencia es principalmente urbana, pues es mayor donde la densidad de población es más alta, pero tiende a extenderse hacia ámbitos menos densos y rurales. Por otro lado, hay cierta evidencia de una selectividad de clase a partir de la distribución de los enfermos por tipo de institución de servicios médicos, lo que apunta a fortalecer la idea de que, en tiempos de crisis, la mayor carga de la enfermedad la llevan los más pobres.

**Palabras clave:** *desigualdad socioterritorial, acceso a la salud, servicios médicos, estado de Morelos*

## La incidencia socioespacial del COVID-19: *apuntes desde Morelos*

Francisco Rodríguez Hernández  
fran@unam.mx

En los últimos meses, la pandemia de COVID-19 ha cambiado nuestra percepción del mundo y nuestras vidas. Las noticias de su avance global, en el país y en nuestro entorno cercano, así como la información en el tema que circula en las redes socioelectrónicas, afirman en nosotros una sensación de vulnerabilidad, y tal vez de escepticismo.

Hay por lo menos dos vertientes en la información que circula en los medios periodísticos. Una es sobre las características de la pandemia, su avance en otros países y en el nuestro, las cantidades de contagiados, de fallecimientos, las previsiones en cuanto a su evolución y duración, y las medidas preventivas que se recomiendan —“Quédate en casa”, la “sana distancia”—. Esta vertiente no está exenta de críticas, dudas y debates que se difunden a través



Investigador definitivo de tiempo completo del CRIM, adscrito al programa de investigación Estudios Regionales.

de los medios y en las redes socioelectrónicas. La otra vertiente de información son las afectaciones previsibles en la economía, sobre todo a partir del aislamiento social y el consecuente paro de actividades. Las autoridades anuncian apoyos que pronto empezarán a ser dispersados, dirigidos a los estratos pobres y vulnerables; los críticos se vuelcan sobre la insuficiencia de las medidas, y las cúpulas empresariales y de los negocios publican su enojo por la falta de medidas que apoyen directamente la reactivación de las empresas.

Desde el campo de los estudios de desarrollo territorial es posible abordar el comportamiento tanto de la pandemia como de su afectación a la economía nacional, las economías locales y las condiciones socioeconómicas de los hogares. Lo primero es un campo compartido con la epidemiología, y es casi incuestionable que los epidemiólogos tienen herramientas bien afiladas y dispuestas para el análisis, que de hecho han sido la base para la toma de decisiones de las autoridades. Lo segundo cae directamente en los temas prioritarios de la economía de desarrollo, la economía espacial y la geografía económica y social.

“ No hay evidencia firme de que el contagio siga un patrón determinado por clases sociales, pero la condición socioeconómica puede ser determinante en la exposición al riesgo de contagio .”

En ese contexto, una pregunta elemental es si la pandemia afecta de manera diferencial a los distintos estratos sociales. Por un lado, la posibilidad de contagio se relaciona directamente con el contacto social y, por tanto, es mayor en los lugares

de mayor densidad y movilidad de la población, de forma que la incidencia territorial ha tenido una predisposición eminentemente urbana, aunque quizá es cuestión de tiempo para que se extienda a lugares menos densos en la medida que avance territorialmente. Las personas que tienen mayor necesidad de circular en los espacios públicos, o que realizan su actividad económica en estos espacios, y que suelen ser trabajadores del sector informal, tendrían más exposición al riesgo de contagio. A la fecha no hay evidencia firme de que el contagio siga un patrón determinado por clases o estratos sociales, pero la condición socioeconómica puede ser determinante en la exposición al riesgo de contagio, y en el acceso a recursos para afrontar la enfermedad.

Al 24 de abril, el número de casos confirmados de COVID-19 a escala nacional alcanzó la cifra de 12 872 personas, con un total de 1 221 defunciones.<sup>1</sup> En la misma fecha, el número de casos confirmados en el estado de Morelos ascendió a 146, así como 61 casos sospechosos y 25 defunciones. A pesar de que durante la semana se observa en los datos una disminución de los casos que se agregan cada día, esto puede corresponder a un retraso en el registro. El 20 de abril se declaró el inicio de la fase 3, que es la etapa de la epidemia donde el contagio ocurre de forma exponencial, y las autoridades estiman que el “pico” de la pandemia se situará entre la última semana de abril y las dos primeras de mayo.<sup>2</sup> Cabe considerar que los casos registrados, conforme las mismas autoridades lo han declarado, representan solo un décimo de la cantidad real de personas contagiadas.<sup>3</sup>

En el estado de Morelos, la distribución geográfica de los casos registrados y confirmados muestra un énfasis en lo urbano. El municipio de Cuernavaca es el que registra el mayor número de casos, con 46, y si se toma en cuenta el conjunto

de su zona metropolitana, se abarca el 61 % de los casos, con 12 en Temixco, 9 en Jiutepec, 6 en Emiliano Zapata, entre los de mayor incidencia de la zona. A diferencia, en Xochitepec solo se registran 2 casos, y respectivamente uno en Huitzilac y Tepoztlán. Asimismo, respecto a cinco días antes, es en esta zona donde más ha aumentado el número de casos confirmados.

Cuatla es el segundo municipio en incidencia, con 14 casos. La zona metropolitana de esta ciudad concentra un 21 % de los casos registrados en el estado; además de Cuatla, los municipios de esta zona con más casos son Yautepec y Atlatlahucan, con 5 cada uno, así como Ayala, con 4. En una escala menor de incidencia están los municipios urbanos del sur del estado: Jojutla, Talquilemango y Zacatepec, cuyas cabeceras son adyacentes, registran 2 casos cada uno, así como 3 casos en Puente de Ixtla. Del resto de los municipios del estado, la mayoría de carácter rural, algunos presentan casos: uno o dos en Miacatlán, Coatlán del Río, Mazatepec y Tetecala, en el suroeste del estado, y Tepalcingo al sureste. En el noreste, Tetela del Volcán y Ocuituco, con 3 y 5 casos, respectivamente, se distinguen por una incidencia más alta. Quedan 11 municipios, también rurales, sin registro de casos: al norte, Tlalnepantla, Totolapan y Tlayacapan; al suroeste, Amacuzac, y al extremo este, Zacualpan, Temoac, Jantetelco, Jonacatepec y Axochiapan.

No cabe duda de que la epidemia tiene un perfil urbano y que es en la zona metropolitana de Cuernavaca donde se concentran los casos, pero el avance de los contagios parece extenderse hacia el resto del estado. Esta zona metropolitana abarcada, que el 19 de abril tenía 63 % de los casos, al 24 de abril concentra dos puntos porcentuales menos. Lo mismo sucede en la zona metropolitana de Cuatla, que en la primera fecha reunía al 23 % de los casos, y en la última información disponible, este porcentaje se redujo en dos puntos.

Para analizar con algún detalle la epidemia en Morelos, usamos la base de datos actualizada el 24 de abril, tomada del sitio web COVID-19 México. La base incluye un registro por cada caso que se sometió a análisis de laboratorio por sospecha de contagio, y se pueden distinguir los casos confirmados o positivos, los no positivos, y los pendientes de resultado o sospechosos. Tomando como base el lugar de residencia y el lugar de atención, la base reporta para esa fecha 148 casos confirmados de COVID-19. De esos casos, 133 son residentes de Morelos, atendidos en una unidad médica del estado, 13 son también residentes de Morelos con atención en otra entidad (10 en la Ciudad de México, 1 en Guerrero y 1 en Puebla), y 2 son residentes de otras entidades (Aguascalientes y Guerrero) con atención en Morelos.

Los servicios públicos de salud (Secretaría de Salud-SSA) estuvieron a cargo de la atención de la mayoría de los pacientes de COVID-19, el 55 %. El IMSS atendió al 28 %, el ISSSTE se encargó del 12 %, y el 5 % se atendió en servicios privados. El 45 % de los pacientes recibió atención ambulatoria y 55 % requirió hospitalización. Del total de hospitalizados, la SSA recibió al 63 %, el IMSS a 15 %, el ISSSTE a otro 15 %, y un 7 % se atendió en hospitales privados.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, en Morelos 41 % de la población estaba afiliada a servicios de salud de instituciones de seguridad social: 32 % al IMSS, 9 % al ISSSTE y poco menos de 1 % a otras instituciones. El Seguro Popular tenía afiliada a 59 % de la población. Cabe mencionar que

solo 31 % normalmente hacía uso los servicios médicos de la seguridad social; del resto, 48 % accedía servicios de la SSA y 22 % a servicios privados, en los cuales 4 de cada 10 casos (9 %) solía acudir a la consulta médica que se ofrece en las farmacias de franquicia. El perfil de atención de los pacientes de COVID-19 es más parecida a la distribución por afiliación o derechohabiencia que al respectivo de uso de los servicios; es natural que, ante la eventualidad de requerir hospitalización, las personas prefieran acudir a los servicios de los que son derechohabientes.

Si partimos de los datos anteriores, y suponemos que se puede tener una imagen gruesa del perfil socioeconómico de la población afectada a partir de su derecho a servicios de salud institucionales, no parece haber una selectividad del COVID-19 relativa al estrato social. Dadas las preferencias, se puede suponer que los pacientes atendidos en los servicios de la SSA son los de menor nivel socioeconómico; que los que asistieron a servicios privados son de un nivel superior, y que los atendidos por instituciones de seguridad social son de un nivel intermedio.

“ Si bien la distribución por sector institucional no aporta evidencia de una relación entre el contagio y la condición socioeconómica, la forma como cambia en el tiempo la distribución de los pacientes, parece apuntar hacia esta asociación.”

En cuanto a las defunciones, que al 24 de abril ascendían a 25, se distribuyen de forma similar al conjunto de casos positivos según el sector de servicios médicos. De los fallecidos, 13 eran pacientes de los servicios de la SSA, 6 del IMSS, 2 del ISSSTE y 4 de servicios privados, lo cual no es muy diferente de la distribución según derechohabiencia. Los datos de los fallecidos muestran que en su mayoría padecían de alguna enfermedad crónica, y que no todos fueron conectados a un respirador mecánico o tuvieron atención en una unidad de cuidados intensivos. Sus edades están en el rango ya conocido, entre los 50 y 87 años, si bien llama la atención el caso de un joven 37 años, atendido en servicios privados, y que no presentaba algún padecimiento crónico previo.

Si bien la distribución por sector institucional no aporta evidencia de una relación entre el contagio de COVID-19 y la condición socioeconómica, la forma como cambia en el tiempo la distribución de los pacientes —incluso los decesos— según el sector de atención parece apuntar hacia esta asociación. De acuerdo con la fecha de ingreso o primer registro, se advierte que la frecuencia se mantiene más o menos estable en las unidades de las instituciones de seguridad social, mientras que aumenta cada vez más en las unidades de la SSA. Algo similar ocurre con los decesos: su número aumenta a partir del 13 de abril, cuando empiezan a registrarse más de uno por día y, además, ocurren con más frecuencia en los hospitales de la SSA. Puede que esto sea un comportamiento casual, pero sugiere una expansión del contagio hacia la población sin derecho a la seguridad social, es decir, siguiendo nuestro supuesto, a población de bajo nivel socioeconómico.

Si bien la evidencia de que el COVID-19 distingue entre clases sociales no es contundente, no debe dejar de considerarse que, en situaciones de crisis, los más afectados suelen ser los más pobres. El acceso a los servicios médicos, así como las posibilidades de aislamiento del contacto social pueden ser distintas

conforme a las condiciones socioeconómicas de las personas. El aumento de los casos positivos atendidos en unidades médicas de acceso universal parece fortalecer esta aseveración. Los efectos en la economía seguramente recaerán con más fuerza en los desposeídos. Pero este último es un tema que merece su propio espacio.

## Notas

- 1 Datos del sitio web COVID-19 México, recuperado el 23 de abril de 2020.
- 2 A. Cruz Martínez, “López-Gatell: el pico de la epidemia durará 3 semanas”, *La Jornada*, 24 de abril de 2020, <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/04/24/lopez-gatell-el-pico-de-la-epidemia-durara-3-semanas-9654.html>
- 3 “Por cada caso confirmado se calcula que la cifra real es 10 o 12 veces mayor”, “Por medio de la vigilancia centinela es posible estimar los casos que no se ven”: Conferencia en Palacio Nacional, “En México se han contagiado unas 30 mil personas: Hugo López Gatell”, *La Jornada*, 9 de abril de 2020, <https://www.jornada.com.mx/2020/04/09/politica/003n1pol>

**Para citar esta nota:** Rodríguez Hernández, F. (29 de abril de 2020). La incidencia socioespacial del COVID-19: apuntes desde Morelos. *Notas de coyuntura del CRIM* No. 4, México, CRIM-UNAM, 5 pp.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores/as y no necesariamente representan la opinión del CRIM