

INFORME TÉCNICO AMASAP

Comentarios al artículo “Vivir a la Madrileña...” publicado en el Diario “La Razón” el 14 de diciembre de 2023

Con relación al artículo firmado por Rocío Ruiz, titulado [“«Vivir a la madrileña» alarga casi dos años la esperanza de vida”](#), publicado en el diario La Razón el 14 de diciembre de 2023 se pueden hacer algunos comentarios y puntualizaciones.

En primer lugar, sorprende que se hayan calculado las esperanzas de vida al nacer (EVN) de la ciudad de Madrid, la Comunidad de Madrid y de España, correspondiente al año 2023 sin que este haya concluido, a partir de datos provisionales de las defunciones ocurridas en las poblaciones correspondientes en las primeras 44 semanas del mismo, es decir, a partir de datos acumulados a 5 de noviembre. Y extraña aún más que se saquen ciertas conclusiones a partir de la comparación de los mismos.

Se trata, como se advierte en el texto, de una estimación de defunciones semanales. Lo habitual es calcular este indicador por años naturales y tras contar con datos de defunciones y de población consolidados. La última EVN que el INE tiene publicada relativa a población española en este momento es de 2022, publicado el 22 de noviembre de 2023, por lo que existe un decalaje de aproximadamente 1 año entre la finalización del periodo y la publicación oficial del indicador.

Hacer estos cálculos de otra forma o a partir de fuentes cuya información no es adecuada para ello, implica que las cifras puedan ser erróneas e imprecisas. En primer lugar, porque si el año no es completo puede arrastrarse un infraregistro de defunciones en algunas edades, por estar sujetas a variaciones importantes por la estacionalidad (gripe, olas de calor) y, después, porque durante el proceso de consolidación y comprobación de los datos, el número de defunciones provisionales puede ser notablemente diferente al definitivo. Y todo esto considerando la población española, pues cuando desagregamos territorialmente (comunidades autónomas, ciudades, distritos) el decalaje es aún mayor.

La última EVN publicada para España por el INE para 2022 es de 80,4 años en los hombres y 85,7 en las mujeres, prácticamente iguales a las del año previo (80,3 y 85,8 respectivamente). Los hombres y mujeres madrileños en ese año estaban un poco mejor (81,4 y 87,2 años respectivamente) y ambas poblaciones mucho mejor que la de la UE de 27 miembros (77,2 y 82,8 respectivamente según EUROSTAT). En general y con excepción de lo ocurrido en el primer año de la pandemia de COVID-19, la EVN de la población madrileña se sitúa aproximadamente un año por encima de la española, igual para hombres que para mujeres. Como se ve, en 2022 esta ventaja alcanza, de nuevo,

aproximadamente 1 año para hombres y 1,5 años para mujeres, volviendo a márgenes de antes de la pandemia. En la ciudad de Barcelona en 2021 se observan también mejores cifras que las nacionales, ventaja que, no obstante, no alcanza un año ni en hombres ni en mujeres, lo que nos orienta a pensar que puede ser que la mejor EVN de la población madrileña no se deba tanto al “estilo de vida madrileño”, como se afirma en ese artículo, como a que este principal indicador de salud es mejor en las grandes ciudades que en el resto del país, llamando la atención sobre las posibles diferencias en salud según el medio geográfico (urbano/rural) o las condiciones de vida.

Pero el zarpazo de la COVID-19 en el primer año pandémico fue mucho mayor en las grandes ciudades que en España, especialmente en Madrid. La caída de la EVN en 2020 fue en España de 1 año, mientras que en Madrid legó a los 3 años (hombres) y en Barcelona a los 2,5 años (mujeres). Si el impacto fue mayor en las ciudades, la recuperación también fue muy llamativa en ellas, pue en 2021 Madrid había recuperado el 77% de la EVN de los hombres y el 100% de las mujeres, mientras que Barcelona lo hizo entre un 60% y un 80% respectivamente. Debe apuntarse, no obstante, que las grandes ciudades no solo aventajan en EVN y, posiblemente en salud en general, al país, sino que son también más vulnerables a las crisis sanitarias como la vivida por esta pandemia.

Por continuar con las comparaciones que de este indicador se hacen en ese artículo entre algunos distritos de Madrid y Japón u otros países, se debe señalar que aunque técnicamente sea posible, parece un poco arriesgado hacerlo pues son poblaciones con volúmenes muy distintos, con grados de desarrollo y urbanización también diferentes y viven realidades y corren riesgos para la salud disímiles, de modo que, posiblemente, la mera equiparación de unas cifras no sea capaz de hacer comprensivas situaciones de salud tan separadas, si es de lo que se trata cuando se coteja ese indicador. No solo eso, sino que cuanto más pequeña es la población que se estudia, mayor es la incertidumbre sobre el valor de EVN obtenido y mucho mayor es el riesgo de que una circunstancia coyuntural (quizás un brote epidémico) pueda desvirtuar el auténtico nivel de salud de esa población, al menos el que apreciaríamos en la comparación de datos basales en un periodo de tiempo más amplio.

Ocurre además que, aunque es cierto, como se afirma en el susodicho artículo, que la EVN permite acotar de forma comparable la salud de una población, no lo es menos que posiblemente cada vez sea menor su capacidad de representarla. Durante mucho tiempo, hace años, y a falta de otras herramientas más adecuadas, se medía la salud y hasta el desarrollo de una población mediante la monitorización de su tasa de mortalidad infantil. Con el tiempo se comprobó que ese indicador dejó de ser sensible para lo que pretendía demostrar, de modo que mejoraba objetivamente la salud de la gente sin que esa cifra se modificara, pues había llegado a un nivel mínimo a partir del que era prácticamente irreductible con los conocimientos y el desarrollo sanitario y técnico que se tenían entonces. Para la EVN podemos encontrarnos en un escenario similar relativamente pronto, ya que no estaremos muy lejos de llegar a ese techo de cristal, marcado por cuestiones biológicas, que haga que su estancamiento le impida

demostrar esos avances. Es lo que ocurre cuando en algunas proyecciones comienzan a barajarse EVN superiores a los 100 años de media en las mujeres para próximos años.

Lo cierto es que por algunos otros datos parece que la salud de la población madrileña tiende a estancarse (autopercepción positiva de la salud) o, incluso, a empeorar, si tomamos en consideración la tasa de madrileños y madrileñas con problemas de salud mental, según se desprende de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2021, si bien esto último puede reflejar, al menos en parte, el efecto de la COVID-19 y sus secuelas. Y, además, aunque los datos de mortalidad sean buenos (EVN), la información sobre carga de enfermedad y calidad de vida de la población de la capital pueden no serlo tanto. Sin duda es lo que recoge la Esperanza de vida en buena salud (sin limitaciones por algún problema crónico), que es más baja para los ciudadanos y ciudadanas madrileñas que para la población nacional: entre el 70% (mujeres) y el 77% (hombres) del tiempo de vida total que puede aspirar a vivir la población madrileña, con datos de 2021, lo vivirá en buenas condiciones de salud, proporción algo más baja que la de la población nacional (73% y 78,4% respectivamente).

De lo que se puede disentir de manera clara es de la afirmación de que en Madrid no exista pobreza severa y se desprenda esa afirmación del hecho de que la esperanza de vida sea alta, o de que lleguen muchos migrantes. El 25,1% de la población madrileña está en riesgo de pobreza y exclusión social (Tasa AROPE), según el umbral de renta de la ciudad, mientras que en la población nacional se sitúa en el 20,4% (umbral de renta de España), según la Encuesta de Condiciones de Vida del INE de 2022, explotada para los datos madrileños por los servicios de estadística municipales. Si por pobreza severa podemos entender lo que el INE y Eurostat denominan “carencia material severa” constatamos que el 7,8% de la población madrileña se encuentra en esa penosa situación, siendo especialmente grave la de los jóvenes (13%) o de la población extranjera que procede de países en desarrollo (32,7%). Además, la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid de 2021 informó de que el 9,4% de la población madrileña tiene dificultades para encontrar suficientes alimentos para atender las necesidades de la familia por motivos económicos, el 5,2% no puede hacer una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días y el 5,9% ha necesitado acudir a una organización para recibir ayuda alimentaria desde el inicio de la pandemia. Además, el 42,1% de la población de la capital refiere dificultades para llegar a fin de mes.

Estas situaciones provocan multitud de problemas de salud en la población afectada (mala salud mental, sobrepeso y obesidad, alta prevalencia de enfermedades crónicas, limitación para la actividad), incrementando el riesgo de mortalidad prematura y de mortalidad general (un 38% más riesgo de fallecer por cualquier causa en las secciones censales de Madrid con más privación), de mortalidad por causas respiratorias (un 56% más), circulatorias (un 41% más) y por cáncer (un 21 % más). Por ese motivo la población que vive con más precariedad ve acortada su esperanza de vida como se ha observado en la capital cuando se analiza ese indicador por barrios y distritos y se le correlaciona con indicadores de renta y con otras variables socioeconómicas. Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) tiene publicados muchos informes que así lo acreditan.

Intentar deducir lo contrario forzando el sentido, la dirección y la cronología de los hechos (como el efecto que se analiza es positivo -alta EVN- se demuestra que los factores causales negativos -pobreza severa- no existen o su presencia es insignificante) es una falacia en términos epidemiológicos que no se puede sustentar en este caso, además de renegar del principio básico de la multicausalidad de los problemas de salud, incluidos los que provocan mortalidad prematura como sería el caso. Con la misma lógica, aunque ahora en la correcta dirección causa/efecto, podríamos pensar que, si la cantidad de personas en situación de pobreza o de pobreza severa fuera menor en la ciudad de Madrid, la EVN aún sería más alta.

Efectivamente, así es. Igualmente, el hecho de que vengan a vivir a nuestra ciudad muchas personas procedentes de otros países no demuestra que no exista en la ciudad pobreza severa y que, por lo tanto, todas las estadísticas e informes oficiales estén equivocados, como parece deducir el demógrafo Alejandro Macarrón, sino que si lo hacen es porque tienen más oportunidades para trabajar y vivir mejor que en sus lugares de origen, a pesar de que muchos de ellos vayan a engrosar esas listas de la precariedad extrema, como también demuestran los análisis.

Pero si la pobreza es un fenómeno tristemente alto en la ciudad de Madrid, aún lo es más la desigualdad: en esto la ciudad de Madrid sobresa de manera notable. El índice de Gini, el más habitualmente usado para cuantificar la desigualdad en renta o ingresos, es de 33% en España mientras que en la ciudad de Madrid se sitúa en el 37%, siendo el de la UE-28 de 30,6%, con datos de Eurostat para 2019, una información que habla muy mal de nuestro país y, aún más de nuestra ciudad, si consideramos que cuanto más grande es el índice mayor es la desigualdad. Estas cifras nos deben hacer reflexionar también como salubristas si consideramos que, como demostraron Wilkinson y otros expertos, por encima de la mala salud que se puede justificar por la propia precariedad, la desigualdad aporta un “extra” de problemas de salud que van más allá de lo esperable y que afecta a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico.

El grado de correlación tan elevado que se observa en esta ciudad, también en los análisis ecológicos con datos agregados por distritos y barrios, entre precariedad y mala salud (baja esperanza de vida, alta mortalidad, elevadas tasas de depresión y ansiedad o de sobrepeso y obesidad, entre otras muchas) es incontestable, calculándose en aproximadamente un 6% las defunciones anuales que posiblemente no ocurrirían si la población de toda la ciudad tuviera la tasa de mortalidad general más favorable, que no es otra que la de aquellos distritos de mayor desarrollo, con datos de 2013.

Por lo demás, la relación entre contaminación del aire y mortalidad prematura y, por tanto, pérdida de años de esperanza de vida, está muy consolidada y prácticamente no admite discusión. Existen muchos trabajos científicos que lo demuestran, algunos realizados [con datos de nuestro país](#), situándose en un 3% los fallecimientos que en España son atribuibles a la contaminación atmosférica. En relación a la publicación referida, el esfuerzo que hace el aludido demógrafo por torcer de nuevo el sentido lógico de las cosas, intentando deducir la existencia de las causas a partir de sus posibles efectos, cuando esa relación solo admite una dirección según el análisis epidemiológico,

sitúa su teoría en una suerte de negacionismo ambiental abiertamente enfrentado no solo al conocimiento científico sino también al sentido común. De nuevo aquí, el rechazo implícito a la multicausalidad de la mortalidad, no merece más comentarios.

Y que se recojan estas teorías sin fundamento en algunos medios de comunicación, desinformando de esta manera tan flagrante a quienes los leen, tampoco debería, después de constatarlo y lamentarlo, distraernos demasiado.

27 de diciembre de 2023

José Manuel Díaz Olalla

Socio de AMA SaP