

La mayor mortalidad por COVID-19 refleja la mala gestión de la pandemia en Madrid: Comparación entre Comunidades Autónomas

María Victoria Zunzunegui, Rafael Fernández-Cuenca

La gestión de la pandemia de COVID-19 ha entrado de lleno en la campaña electoral en Madrid. La propaganda oficial se empeña en destacar su éxito, traducido en que Madrid es una de las comunidades con la mortalidad más baja. Sin embargo, es ya conocido que la mortalidad por COVID-19 en Madrid supera la de otras comunidades autónomas de España. El Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid argumenta que esto ocurrió en la primera ola cuando la epidemia se propagó rápidamente en Madrid debido a la gran densidad de población de la capital española. Un comentario publicado recientemente en *The Lancet Regional Health - Europe* por las autoridades sanitarias de esta Comunidad, donde se intentaba defender que se había desarrollado una buena gestión¹ fue respondido por varios grupos de profesionales sanitarios de Madrid en cinco cartas de respuesta²

La realidad desmiente la propaganda oficial, como podemos ver a continuación.

La mortalidad por COVID-19 desde marzo 2020 hasta marzo 2021

A lo largo de la pandemia por COVID-19, entre marzo de 2020 y marzo de 2021 han fallecido en España, según los datos oficiales, 75.490 personas, el 64% de 80 o más años y el 22% entre 70 y 79 años. Tomando como referencia la tasa de fallecidos menores de 50 años, el riesgo de morir se multiplica por 34 entre 60 y 69 años, por 109 entre 70 y 79 años y por 446 en personas de 80 o más años. Además de estas diferencias por edad, la mortalidad por COVID-19 presenta grandes diferencias entre Comunidades Autónomas. Han fallecido por esta causa en Madrid veintitrés de cada mil personas mayores de 80 años, mientras que en Canarias han fallecido tres por mil en este grupo de edad.

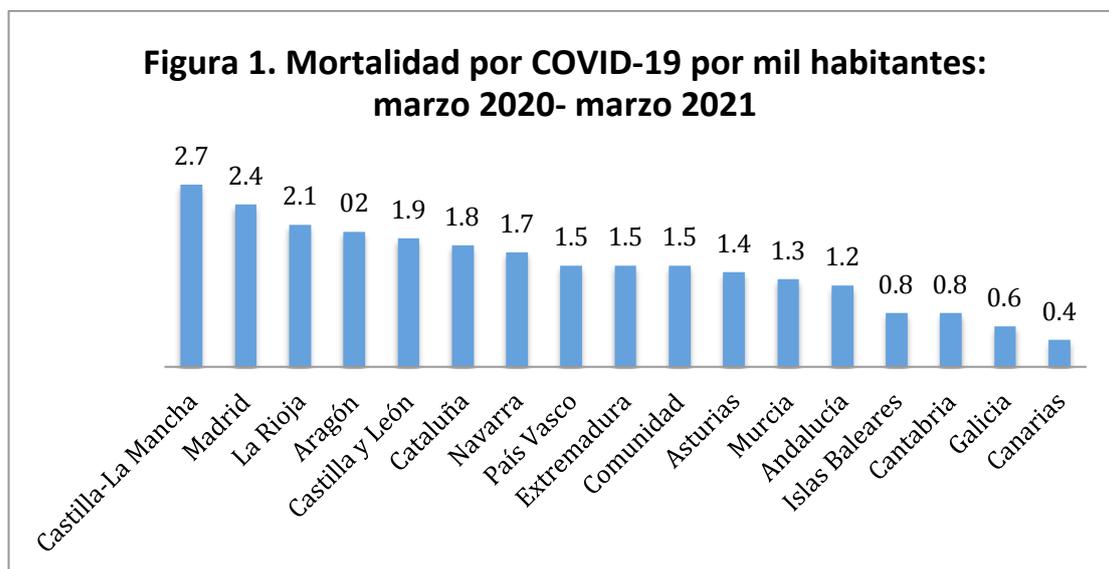
La composición por edad de la población de las comunidades autónomas es variada, lo que unido a la gran diferencia en el riesgo de morir por COVID-19 determinada por la edad, hace que para comparar de forma correcta la mortalidad general entre comunidades autónomas en España sea necesario controlar las diferencias de edad de sus poblaciones.

La figura 1 muestra las tasas de mortalidad ajustadas por edad por mil habitantes. Castilla-La Mancha tiene la mayor tasa; 2,7 de cada mil personas en Castilla-La Mancha han fallecido por Covid-19 en este último año. Madrid ocupa el segundo lugar con 2,4 por mil habitantes. Esto contrasta poderosamente con otras regiones, especialmente con Canarias y Galicia, con

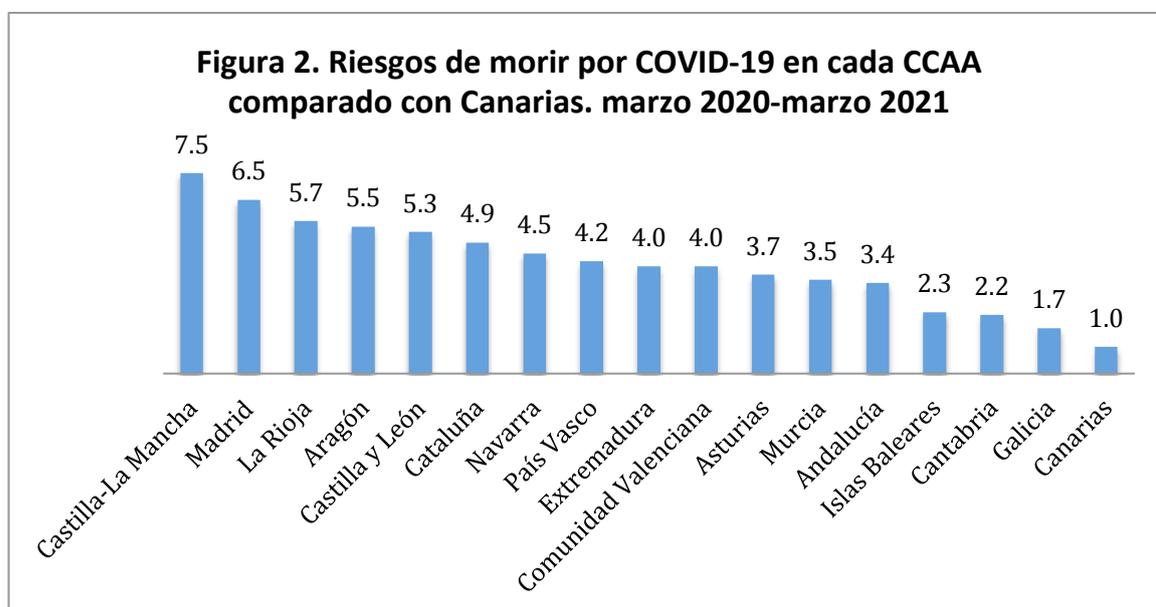
¹ [Integral management of COVID-19 in Madrid: Turning things around during the second wave. - The Lancet Regional Health - Europe](#)

² [Reply to "Integral management of COVID-19 in Madrid: Turning things around during the second wave" - The Lancet Regional Health - Europe, Reply to "Integral management of COVID-19 in Madrid: Turning things around during the second wave" - The Lancet Regional Health - Europe, Reply to "Integral management of COVID-19 in Madrid: Turning things around during the second wave" - The Lancet Regional Health - Europe, Reply to: Integral management of COVID-19 in Madrid: Turning things around during the second wave - The Lancet Regional Health - Europe, The management of COVID-19 in Madrid - The Lancet Regional Health - Europe](#)

unas tasas respectivamente de 0,4 y 0,6 por mil habitantes. La mortalidad por COVID-19 en el Estado es de 1,6 por mil habitantes durante estos 13 meses aunque esta media esconde la heterogeneidad de la pandemia entre Comunidades.



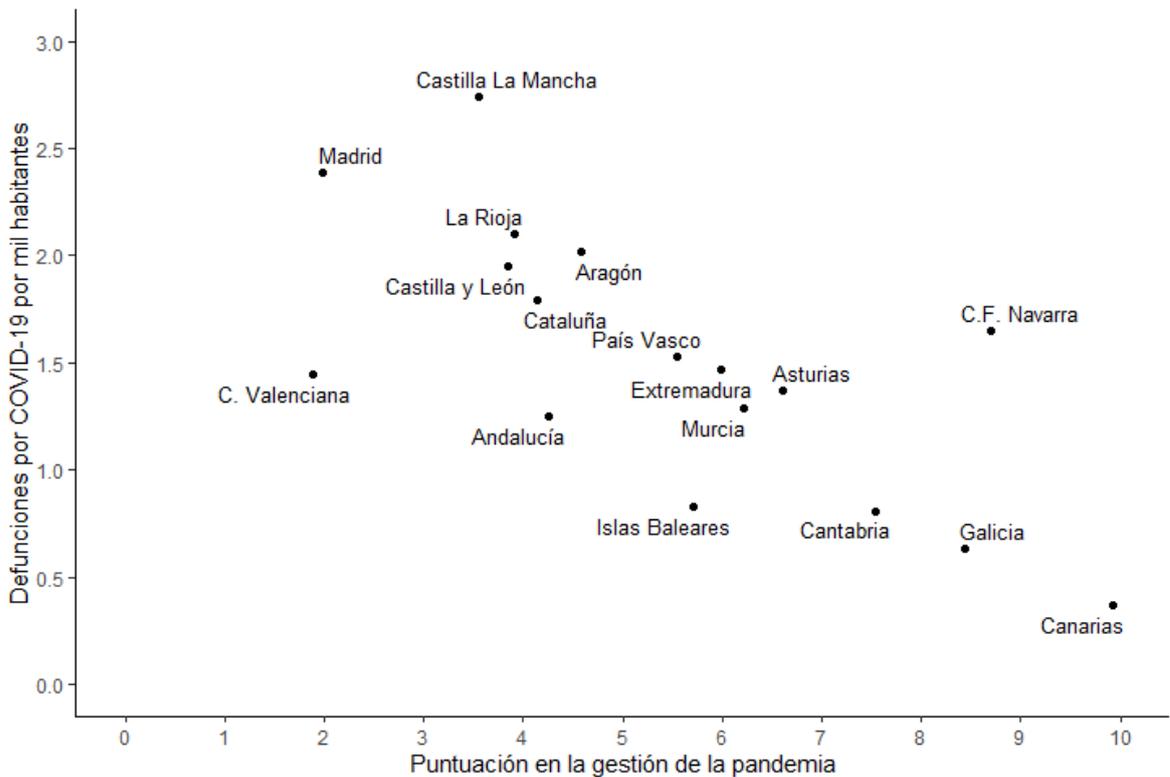
Para expresar de otra forma esa gran variabilidad de la mortalidad entre Comunidades Autónomas hemos dividido el riesgo de morir por COVID-19 en cada comunidad autónoma por el riesgo en la comunidad con la mortalidad más baja, Canarias. Los resultados se observan en la figura 2. El riesgo de morir por COVID-19 fue más de 7,5 veces mayor para un residente de Castilla La Mancha, y 6,5 veces mayor para un residente de Madrid que para una persona que vive en Canarias.



Asociación entre la mortalidad por COVID-19 entre marzo de 2020 y marzo de 2021 y la gestión de la pandemia

La figura 3 muestra la asociación entre la tasa de mortalidad ajustada por edad, expresada por cada 1.000 habitantes y la puntuación de la gestión en las 17 comunidades autónomas. Se observa una correlación estadísticamente significativa y negativa con un valor de $-0,72$: **a peor puntuación de la gestión, mayor mortalidad**. Castilla-La Mancha, la comunidad con la mayor mortalidad, tiene una gestión algo mejor que la Comunidad de Madrid, que ocupa el segundo lugar en mortalidad y el segundo también en peores indicadores de la gestión. Ambas comunidades están seguidas de cerca por Castilla y León y La Rioja, con alta mortalidad y baja puntuación de la gestión.

Figura 3. Mortalidad y gestión de la pandemia en las comunidades autónomas, marzo 2020- marzo 2021



En el otro extremo se observa que Canarias es la comunidad autónoma con la menor mortalidad y los mejores indicadores de la gestión de la pandemia. Otras comunidades con baja mortalidad y alta puntuación de la gestión son Galicia y Cantabria.

Cómo se puntúa la gestión de la pandemia

Utilizando cinco indicadores de seguimiento epidemiológico publicados semanalmente por el Ministerio de Sanidad desde el 3 de diciembre de 2020, la figura presenta la puntuación global de la gestión de la pandemia en cada comunidad autónoma. La mejor puntuación la

obtuvo Canarias y las peores la Comunidad Valenciana y Madrid. Este ordenamiento se basa en la posición que ocupa cada comunidad en relación con las demás basada en los cinco indicadores: incidencia acumulada en los últimos 14 días, trazabilidad, positividad en las pruebas de detección de infección activa, porcentaje de camas hospitalarias y porcentaje de camas de cuidados intensivos ocupadas por enfermos Covid. (tabla 1).

Tabla 1. Cinco indicadores para calcular la puntuación en la gestión desde el 3 de diciembre de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021			
Indicador	Definición	Valor recomendado y valor indicador de riesgo alto	La Comunidad de Madrid es:
Incidencia acumulada en 14 días	Número de personas diagnosticadas de Covid por 100 000 personas en últimos 14 días (infecciones activas)	Recomendado: Menos de 50 por 100 000 Riesgo alto: más de 200 por 100 000	la segunda comunidad con mayor incidencia media desde el 3 de diciembre
Trazabilidad	Porcentaje de casos en los que se ha identificado el origen, como contactos de otros casos confirmados en los últimos 7 días	Recomendado: Más de 80% Riesgo alto: Menos de 50%	la comunidad con la peor trazabilidad desde el 3 de diciembre
Positividad en pruebas de infección activa	Porcentaje de positividad en las pruebas diagnósticas de infección activa	Recomendado: Menos de 5% Riesgo alto: Más del 10%	la quinta comunidad con mayor porcentaje de positividad desde el 3 de diciembre
Camas hospitalarias ocupadas por enfermos Covid	Porcentaje de camas hospitalarias ocupadas por enfermos Covid	Recomendado: Menos de 5% Riesgo alto: Más de 10%	la segunda comunidad con mayor ocupación hospitalaria por enfermos Covid, con ocupaciones de camas por enfermos de COVID-19 que han superado el 10%, en 13 de las 18 semanas.
Porcentaje de camas de cuidados intensivos ocupadas por enfermos Covid	Se registran como cuidados intensivos todas las camas de críticos: estructurales de cuidados intensivos (UCI), y otras camas (reanimación y quirúrgicas)	Recomendado: Menos de 10% Riesgo alto: Más de 15%	la segunda comunidad con mayor ocupación de camas de cuidados intensivos por enfermos Covid, se superó el valor de riesgo muy alto, 25%, en todas las semanas.

Para obtener la puntuación global, se calcula para cada indicador la distancia relativa entre cada comunidad y la que mejor gestiona la pandemia y se computa la media de las distancias³.



La Comunidad de Madrid ha tenido una **incidencia acumulada superior** a 200 casos por 100.000 desde la primera semana de diciembre. Estas cifras indican una fuerte transmisión comunitaria cuyo control requiere la implantación de restricciones de movilidad y confinamiento domiciliario de la población, exceptuando los servicios esenciales, la escolarización y los paseos, pero solo se han tomado medidas de mayor o menor intensidad en algunas CC. AA. La laxitud de las medidas es máxima en la Comunidad de Madrid, donde se establecieron controles perimetrales de zonas básicas de salud de dudosa eficacia, sin apenas limitación de actividades de riesgo, como hostelería, centros comerciales y de ocio⁴⁵.

Madrid ocupa el último lugar en su posicionamiento de **trazabilidad** relativo a otras CC.AA. En esta comunidad el estudio de contactos es escaso y se suele limitar a los convivientes, lo que a su vez conlleva un reconocimiento mayor de brotes familiares. Esta es la explicación que han utilizado las autoridades gubernamentales de Madrid para afirmar erróneamente que la mayoría de contagios se originan en el propio hogar.

Los **porcentajes de positividad en las pruebas diagnósticas** de infección activa no son estrictamente comparables porque en algunas CC. AA. un porcentaje considerable de las pruebas de diagnósticas utilizadas son pruebas de antígenos, que tienen baja sensibilidad en personas asintomáticas.

En algunas CC.AA., y entre ellas la Comunidad de Madrid el “**Porcentaje de camas de críticos ocupadas por enfermos de COVID-19**” se calcula sumando las camas de críticos que incluyen las camas de unidades de cuidados intensivos (UCI) y otras camas (de

³ [gestioncovid_cincoindicadorescontexto23marzo2021.pdf \(wordpress.com\)](#)

⁴ [Selective perimeter lockdowns in Madrid: a way to bend the COVID-19 curve? \(repec.org\)](#)

⁵ [La inexplicable política sanitaria de confinamientos por zonas básicas de salud en Madrid \(infolibre.es\)](#)

reanimación, quirúrgicas, etc.) adaptadas para prestar cuidados intensivos durante la pandemia. A pesar de esta manera de contabilizar las camas de UCI, en Madrid se superó el umbral de riesgo muy alto de 25% en todas las semanas, alcanzando un máximo de 52% en la primera semana de febrero.

Comparabilidad de las estadísticas de defunción por Covid en las 17 CC.AA.

Este trabajo cubre el período desde el 1 de marzo de 2020 al 31 de marzo de 2021. Los datos de mortalidad por Covid son enviados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) por las CC.AA a través de la plataforma SiViEs. Hay que advertir que su comparabilidad está comprometida por la variabilidad en los registros de defunción en las 17 CC.AA. Por ejemplo, en Madrid se envían solamente aquellas defunciones que han ocurrido en el hospital y para las que se valora que el certificado de defunción está completo.

Comparando los datos de los cinco primeros meses de 2020, de enero a mayo, con los ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), de forma provisional para ese período, a partir de la Estadística de Defunciones según causa de muerte, en muchas comunidades. los fallecimientos comunicados a SiViEs coinciden, con pequeñas diferencias, con los recogidos como identificados en el INE. Pero en Cataluña y Madrid el SiViEs recoge, respectivamente, un 19,6% y 16,7% menos de fallecidos que el INE.