

Manuel Hernández Pedreño
(Director)

DETERMINANTES SOCIALES Y ENFERMEDAD COVID-19 EL PROYECTO COMUNITARIO DE TOTANA



Determinantes sociales y enfermedad covid-19.
El proyecto comunitario de Totana

Determinantes sociales y enfermedad covid-19. El proyecto comunitario de Totana

Director

Manuel Hernández Pedreño

Equipo investigador

Olga García Luque

Francisco Eduardo Haz Gómez

Manuel Hernández Pedreño

Diego Pascual López Carmona

Carmen Romero Ruíz

Eduardo Romero Sánchez

Gustavo Solórzano Pérez

Colaboradores

Juan José Cánovas Martínez

Agustín García Egea

2021

Observatorio de la Exclusión Social

Universidad de Murcia

La publicación y los contenidos de este libro proceden del estudio, financiado por el Servicio Murciano de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, “Vulnerabilidad social y riesgo de propagación del covid-19 en Totana”.

Título: Determinantes sociales y enfermedad covid-19. El proyecto comunitario de Totana

Director: Manuel Hernández Pedreño

Equipo investigador: Olga García Luque, Francisco Eduardo Haz Gómez, Manuel Hernández Pedreño, Diego Pascual López Carmona, Carmen Romero Ruíz, Eduardo Romero Sánchez, Gustavo Solórzano Pérez.

Colaboradores: Juan José Cánovas Martínez, Agustín García Egea.

Edita: Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia. Vicerrectorado de Empleo, Emprendimiento y Sociedad.

Imprime: Compobell, S.L.

ISBN: 978-84-09-27371-3

Depósito Legal: MU 221-2021

Páginas: 216

Palabras clave: Condiciones sociales, pandemia, enfermedad covid-19, Totana.

Imagen cubierta: Manuel Izquierdo

La consecuencia más importante de considerar la covid-19 como una sindemia es subrayar sus factores sociales. La vulnerabilidad de los mayores; las minorías étnicas; y los trabajadores esenciales precarizados, mal pagados y con escasa protección social, apuntan a una verdad hasta ahora apenas reconocida: a saber, que no importa cuán efectivo sea un tratamiento o una vacuna protectora, la búsqueda de una solución puramente biomédica para la covid-19 fracasará. A menos que los gobiernos diseñen políticas y programas para revertir las profundas disparidades, nuestras sociedades nunca estarán verdaderamente seguras contra la covid-19.

Richard Horton, "Offline: COVID-19 is not a pandemic",
The Lancet, septiembre 2020

Índice

Introducción	11
1. Objetivos y metodología	19
Introducción	19
1.1. Objetivos	19
1.2. Metodología	20
1.2.1. La encuesta.	23
1.2.2. La entrevista	28
1.2.3. El grupo de discusión	30
1.2.4. Apéndice	32
2. Contexto sociodemográfico, laboral y sanitario de Totana	37
Introducción	37
2.1. Evolución de la población	38
2.2. Evolución del desempleo	46
2.3. Incidencia de la enfermedad covid-19	51
3. Vulnerabilidad social y riesgo de propagación de la enfermedad covid-19 en Totana	61
Introducción	61
3.1. Opinión de los trabajadores	61
3.1.1. Condiciones sociales	62
3.1.2. Prevención y riesgo de contagio	70
3.1.3. Posibilidades de aislamiento	90
3.2. Opinión de los hogares	93
3.2.1. Condiciones sociales	94
3.2.2. Prevención y causas de contagio	101
3.2.3. Posibilidades de aislamiento	111
3.2.4. Impacto de la enfermedad covid-19	116
3.3. Opinión de los profesionales	119
3.3.1. Condiciones sociales	119
3.3.2. Impacto de la enfermedad covid-19	122
3.3.3. Recursos de apoyo ante la pandemia	126
3.3.4. Estrategias de intervención futura	130

4. Conclusiones	133
Introducción	133
4.1. Factores de riesgo social y sanitario	135
4.2. Repercusiones sociales de la enfermedad covid-19	145
4.3. Retos y propuestas	148
Bibliografía	151
Anexos	157
Anexo 1. Tablas de análisis de la encuesta	157
Anexo 2. Contraste estadístico	199

Introducción

“Para nosotros ha sido una locura, porque los lunes empezábamos con un protocolo y el miércoles ya teníamos otro distinto al anterior, y así todos los días: trabajando mañanas, tardes, sábados y domingos durante meses. ¿Y pruebas? Pues no había. Aquí en Totana nos hemos visto desbordados porque ha habido mucha incidencia” (Técnico sociosanitario).

Investigación sobre covid-19 y repercusiones sociales

Existen multitud de estudios que abordan la relación entre la pobreza y la salud de las personas. Todos ellos convienen en afirmar que las diferencias socioeconómicas se encuentran estrechamente correlacionadas con los niveles de salud (EAPN, 2020: 7).

Aunque solo hace un año de la declaración oficial de la pandemia, ya se cuenta con una amplísima producción científica referida a la enfermedad covid-19 (Ortiz-Núñez, 2020), planteando importantes retos en el ámbito de la investigación social (Luna-Nemencio, 2020). En particular, son muchos los estudios que analizan las principales áreas y colectivos afectados. De hecho, hay quienes prefieren calificar la situación actual de sindemia, con el objeto de enfatizar los factores sociales, económicos o políticos que influyen sobre la evolución de la enfermedad covid-19 (Horton, 2020).

Algunas investigaciones se centran en los aspectos económicos y laborales (Banco Mundial, 2020; Hernández de Cos, 2020); otros, en los educativos (Murillo y Duk, 2020; Rodicio-García et al., 2020); sin olvidar los relativos a la salud y el bienestar (CIS, 2020; Ramirez-Ortiz et al., 2020; Valero Cedeño et al., 2020); además de los que abordan varias áreas, simultáneamente (Bourgoin et al., 2020). Las instituciones suelen referir las consecuencias sobre un amplio abanico de grupos sociales (EAPN, 2020; Fundación FOESSA, 2020; Agencia Estatal del BOE, 2021); si bien, otros estudios se

centran en colectivos concretos, como personas mayores (Pinazo-Hernandis, 2020), población extranjera (Pedreño, 2020), o población gitana (Arza, 2020). Asimismo, son objeto de estudio el aumento de las desigualdades transversales de género (Castellanos et al., 2020) y de etnia/nacionalidad (Freitas et al., 2020). Por último, destacar los estudios que refieren cambios sociales devenidos de la incipiente digitalización de la sociedad, haciéndose patente la brecha social en este campo (Murillo y Duk, 2020), junto con la difusión de nuevas formas de información (Salaverria et al., 2020) y de relación en las redes sociales (Piedra, 2020).

Este estudio realizado por el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia, se suma a los preexistentes, con el objetivo de avanzar en el conocimiento de los condicionantes sociales de la salud en los niveles prevención y contagio de la enfermedad covid-19, contextualizados en la Región de Murcia, y en particular en el municipio de Totana, que como es sabido ha presentado en varias ocasiones niveles de contagio superiores a la media regional y nacional.

Vulnerabilidad social y enfermedad covid-19

La pandemia ha originado una crisis económica y social, con un impacto sin precedentes a nivel mundial, que se suma a los efectos, todavía perceptibles, de la crisis iniciada en 2008 (Hernández et al., 2016). Sin embargo, este impacto no está siendo igual para todas las personas. Se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad, que se encuentran, además, interrelacionados. La vulnerabilidad clínica, la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad epidemiológica (Ministerio de Sanidad, 2020: 5). Así, algunas características individuales, como la edad o diversos problemas de salud crónicos (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias), conllevan una mayor vulnerabilidad y una peor evolución ante la enfermedad covid-19. Más allá de esta vulnerabilidad clínica, los brotes vinculados a contextos de precariedad laboral y habitacional ponen de manifiesto que la pandemia no afecta a todos los grupos de población por igual, e ilustran la relación de retroalimentación entre la pandemia y otras vulnerabilidades relacionadas con las condiciones de vida.

Por todo ello, se hace prioritario incluir un análisis específico de las diferentes situaciones de vulnerabilidad antes de la pandemia y durante la pandemia para plantear medidas cuya implementación sea efectiva y equitativa. Como señala el propio Ministerio de Sanidad (2020: 5):

La vulnerabilidad social se produce ante la privación total o parcial de recursos y estructuras públicas y comunitarias y puede llevar a individuos y a comunidades a sufrir desprotección material, emocional y relacional. Es el resultado de dinámicas sociales de no reconocimiento de plenos derechos e igualdad entre personas y colectivos en base a ejes de desigualdad, como la situación económica, el nivel educativo, la situación laboral, las condiciones laborales, el estatus migratorio, el género, la etnia, la diversidad sexual o la diversidad funcional, entre otros. Estos ejes de desigualdad interaccionan entre sí en cada persona o comunidad en múltiples y a menudo simultáneos niveles, haciendo crecer su vulnerabilidad de manera exponencial, por lo que es necesario un enfoque inter-seccional. La vulnerabilidad social se relaciona con la inseguridad y la indefensión que experimentan algunas comunidades y familias en sus condiciones de vida y con su capacidad para manejar recursos y para movilizar estrategias de afrontamiento. Se trata de un concepto multidimensional y dinámico y remite a una zona intermedia entre la integración y la exclusión social.

En suma, la crisis sanitaria de la enfermedad covid-19 ha puesto de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud, es decir, de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estos determinantes se distribuyen de manera desigual en la población, produciendo desigualdades sociales en salud. Esto conlleva que las personas en situaciones de vulnerabilidad social suelen soportar también una mayor vulnerabilidad epidemiológica, entendida como un mayor riesgo epidemiológico por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico e identificación de contactos, o mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento o cuarentena. Esto es debido a sus condiciones de vida y a la limitada efectividad que las estrategias de prevención, detección de casos y estudio de contactos, así como de control de la transmisión presentan en ellas.

Altas tasas de incidencia de la enfermedad covid-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) notifica el 31 de diciembre de 2019 la detección de brotes de neumonía atípica en la ciudad china de Wuhan. Los primeros casos confirmados en Europa, se producen el 24 de enero de 2020, en Francia. El 11 de febrero, la OMS establece la denominación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus, covid-19 y el 11 de marzo, la OMS declara la situación de pandemia. En España, el primer caso de covid-19 contabilizado se produce el 31 de enero de 2020.

Justo un año después, a 31 de enero de 2021, el mundo había superado los 100 millones de contagios y rebasado los 2 millones de muertes (en concreto, en esa fecha, se registraron en todo el mundo 102.141.366 casos confirmados de covid-19 y 2.227.878 de defunciones por su causa)¹. Para esa misma fecha, las cifras en la Unión Europea rondan los 20 millones de contagios (19.633.934) y las 500 mil muertes (471.122), mientras que España se acerca a los 3 millones de personas contagiadas (2.743.119) y a los 60 mil fallecidos (58.319).

En España, la situación por autonomías es muy dispar, encontrándose la Región de Murcia en una posición intermedia, si bien contando con municipios con elevadas tasas de incidencia acumulada.

Dados los altos niveles de contagio presentados en el municipio de Totana, se inicia en esta localidad un proyecto de intervención comunitaria promovido por el Servicio Murciano de Salud y ejecutado por el CORECAAS (Coordinación regional estratégica para la cronicidad avanzada y la atención sociosanitaria). En este marco de intervención se considera apropiada la colaboración del Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia (OES), al que se encarga el presente estudio de campo, con la finalidad de analizar las situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica que se concentran en la población de Totana y sus vínculos con las altas tasas de contagio. El estudio lo integran varios miembros del OES de diferentes áreas de conocimiento (Sociología, Economía, Antropología, Trabajo Social y Educación). La interdisciplinariedad del equipo permite no solo combinar técnicas cuantitativas y cualitativas de

¹Los datos proceden de COVID-19 dataset, disponible en <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data>. Un mayor detalle sobre las características de la base de datos puede verse en Hasell et al. (2020).

análisis de la realidad social del municipio, sino también realizar propuestas de intervención desde diferentes áreas que permitan mejorar las condiciones sociales y, por ende, las medidas de prevención.

La investigación comprende una amplia revisión de fuentes secundarias, fundamentalmente estudios sobre la incidencia y repercusiones de la enfermedad covid-19. No obstante, se cuenta con tres fuentes de información primarias, desarrollando una metodología mixta, donde se combinan la encuesta, aplicada a trabajadores y trabajadoras de una empresa local frutícola; la entrevista a hogares en situación de especial vulnerabilidad social; y el grupo de discusión con profesionales de distintas áreas de intervención (social, laboral, protección, seguridad,...).

El Proyecto comunitario del CORECAAS en Totana

Después del verano de 2020, las evidencias sobre el limitado alcance de la estrategia sanitaria y salubrista en determinados contextos eran cada vez más patentes (CORECAAS, 2021). La epidemia golpeaba con especial virulencia a los sectores de la población más vulnerable: trabajadores precarios, colectivos con dificultades de acceso al sistema sanitario, personas con problemas habitacionales graves, etc. Los casos diagnosticados eran la “punta del iceberg” y, mientras no se intentase detectar la parte sumergida de la pandemia, la incidencia acumulada no iba a disminuir. Este abordaje no podía ser solo sanitario-salubrista, sino que también era necesario el enfoque comunitario. Tras el Documento Marco de la Gerencia del Servicio Murciano de Salud (SMS), se puso en marcha un Grupo de Trabajo con distintos actores del sector sociosanitario, como alguna ONG, representantes de colectivos de inmigrantes, la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social, junto con el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia. La idea era desarrollar un plan de abordaje comunitario que poder aplicar en determinadas zonas del territorio. A finales de septiembre, desde la gerencia del SMS, se solicita la inmediata intervención en la localidad de Totana.

A fecha de 25 de septiembre de 2020, la incidencia acumulada del municipio, en las dos semanas precedentes, superaba los 1.818 casos por cien mil habitantes (casi 4 veces superior a la media regional). Era preciso adecuar las medidas de control y mitigación en función de la vulnerabilidad de los

diferentes grupos sociales, debido a su mayor riesgo de infección, pero también al mayor impacto negativo que las propias medidas preventivas, como las cuarentenas o los aislamientos, causaban en ciertos colectivos. El objetivo principal era impulsar la estrategia comunitaria para el diagnóstico, seguimiento y control de casos covid-19 en población vulnerable con el objetivo de reducir la infección comunitaria en Totana (CORECAAS, 2021: 1).

Desde CORECAAS se defiende que es preciso adecuar las medidas de control y mitigación en función de la vulnerabilidad de los diferentes grupos sociales, porque la repercusión de medidas estándar provoca daños desiguales en la población. Así, los proyectos de atención comunitaria responden al análisis de los modos de enfermar y de vivir de la población de la zona básica de salud a la que pertenecen y son una oportunidad para integrar de forma normalizada la atención comunitaria en la actividad del centro de salud.

Estructura del estudio

La exposición de resultados de esta investigación se ha estructurado en cuatro capítulos diferenciados, además de la introducción, la bibliografía y un anexo.

En el capítulo 1, *Objetivos y metodología*, se exponen de forma detallada las pretensiones del estudio, la forma concreta de aplicar las tres técnicas de investigación (encuesta, entrevista y grupo de discusión) y el tipo de análisis realizado. Además de estas tres técnicas, se ha realizado una exhaustiva revisión de fuentes secundarias, que complementan los resultados propios obtenidos. De especial relevancia son las fuentes secundarias aplicadas en el desarrollo del capítulo 2, *Contexto sociodemográfico, laboral y sanitario*. En este capítulo se incluye la evolución de la población del municipio de Totana y su situación laboral, considerando las diferencias según sexo y nacionalidad. En este caso los datos proceden, respectivamente, del Padrón Municipal de Habitantes y del Servicio Regional de Empleo. Respecto a la situación sanitaria, las fuentes de información son de índole internacional (OMS), nacional (Ministerio de Sanidad) y regional (Servicio Murciano de Salud), permitiendo contextualizar las repercusiones sanitarias de la enfermedad covid-19 en Totana.

El capítulo 3, *Vulnerabilidad social y riesgo de propagación de la enfermedad covid-19 en Totana*, recoge los resultados de la investigación que proceden de las

fuentes primarias y en el siguiente orden: en primer lugar, los derivados de la encuesta a trabajadores y trabajadoras de una de las empresas agrícolas de mayor tamaño del municipio; en segundo lugar, las opiniones recogidas en las doce entrevistas a representantes de hogares vulnerables del municipio; y, por último, la opinión de los ocho profesionales que participaron en el grupo de discusión, procedentes de áreas muy diversas (servicios sociales, tercer sector, protección ciudadana, empleo y salud). En la estructura y desarrollo de los tres apartados se ha mantenido un hilo conductor común, al exponer los resultados obtenidos sobre el colectivo concreto objeto de estudio: una caracterización de la población analizada, los niveles de prevención y causas de contagio, las posibilidades de aislamiento y, finalmente, las repercusiones de la pandemia.

El estudio termina con el capítulo 4, *Conclusiones*, que no solo se limita a resumir nuestros resultados, sino que también se complementa con los obtenidos por otros estudios. En concreto se incluyen tres tipos de conclusiones: factores de riesgo social y sanitario; repercusiones sociales de la enfermedad covid-19; y retos y propuestas.

Como suele ser habitual, las últimas páginas se destinan a dos apartados muy relevantes en toda investigación científica: la *Bibliografía*, que recoge las publicaciones y documentos referidos en el texto; y los *Anexos*, en los que se incluye información adicional obtenida en la aplicación y análisis de la encuesta.

Agradecimientos

Esta investigación ve la luz a principios de febrero de 2021, tras tres intensos meses de trabajo. La rapidez en el desarrollo de la investigación se relaciona, sin duda, con el amplio equipo investigador que la avala; si bien, es preciso destacar el gran número de instituciones y personas que han colaborado desde el inicio y a las que queremos agradecer su implicación.

Al Servicio Murciano de Salud, por su confianza en el OES en el encargo de este interesante estudio, que ha supuesto un importante reto para todos los integrantes del equipo investigador.

Al CORECAAS, por su acompañamiento en la investigación desde sus comienzos, destacando las aportaciones realizadas por varios de sus miembros: Abel Novoa, Lourdes Luzón e Inmaculada Brando.

A la empresa Moyca S.L., que no dudó en permitir que se realizase una encuesta a 363 de sus trabajadores y trabajadoras, sino que además proporcionó espacios adecuados para el desarrollo de las entrevistas en condiciones inmejorables de prevención de contagio.

A todas las entidades del municipio de Totana, ya sean sanitarias, sociales, de protección y seguridad, de empleo o del tercer sector: Centros de Salud Norte y Sur de Totana, Centro de Servicios Sociales, Policía Local, Protección civil, Cáritas, Cruz Roja, SEF Totana y CC.OO. Totana. Y sobre todo a los profesionales que hay detrás: M^a Dolores Tudela, Lucía Vivancos, Juana M^a Piernas, Ana Carrillo, José Antonio Romera, Gabriel Cabrera, Alfonso Canales, Alfonso Sánchez, Andrés Martín, Rafael Hostench y Pedro Abellana. Gracias por vuestro tiempo y dedicación: por haber participado en el grupo de discusión, haber proporcionado información complementaria solicitada o colaborar en la selección y contacto con las personas a entrevistar.

Y, como no, a las verdaderas protagonistas de este estudio: las 363 personas que cumplimentaron la encuesta: 276 mujeres y 87 varones; y a la docena de personas entrevistadas: seis hombres y seis mujeres. Gracias por colaborar y compartir con nosotros la experiencia vital ante la enfermedad covid-19.

1. Objetivos y metodología

Introducción

Esta investigación se integra dentro del proyecto de intervención comunitaria desarrollado por el SMS a través del CORECAAS (Coordinación regional estratégica para la cronicidad avanzada y la atención sociosanitaria) en el municipio de Totana. Se trata de una estrategia comunitaria para el diagnóstico, seguimiento y control de casos covid-19 en población vulnerable con el objetivo de reducir la infección comunitaria en dicha localidad. En este marco, la finalidad del estudio es ahondar en las condiciones sociales del municipio de Totana que repercuten en las altas tasas de incidencia de la enfermedad covid-19, llevando como título original: “Vulnerabilidad social y riesgo de propagación del covid-19 en Totana”.

A continuación, se detallan los objetivos, general y específicos, que guían esta investigación, así como la estrategia metodológica desarrollada para su alcance. Esta metodología es mixta, complementando técnicas cuantitativas como la encuesta, con otras cualitativas; en particular, la entrevista y el grupo de discusión. Todas ellas aplicadas a informantes del municipio de Totana, si bien con diferente perfil social, como se verá más adelante.

1.1. Objetivos

En este marco de intervención comunitaria, la investigación a desarrollar por el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia (OES) tiene como *objetivo general* “analizar las situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica que se concentran en la población de Totana y sus vínculos con las altas tasas de contagio”.

La interdisciplinariedad del equipo de investigación permite combinar técnicas cuantitativas y cualitativas de análisis de la realidad social del

municipio, al tiempo que se realizan propuestas de intervención desde diferentes áreas.

De esta forma los *objetivos específicos* son tres:

- a) Conocer los principales factores de riesgo social y de vulnerabilidad de la población de Totana previos a la enfermedad covid-19.
- b) Indagar en la incidencia de los factores sociales sobre las posibilidades de prevención y aislamiento.
- c) Realizar propuestas desde diferentes áreas de intervención que permitan reducir la propagación de la enfermedad.

En todos ellos se seguirá el esquema multidimensional de la exclusión social, que identifica siete ámbitos diferenciados en los que se pueden manifestar los procesos de exclusión (Hernández Pedreño, 2010): ingresos, trabajo, vivienda, educación, salud, red sociofamiliar y participación.

1.2. Metodología

Antes de describir las fuentes primarias de la investigación, conviene señalar las diversas fuentes secundarias de información empleadas en la elaboración de este estudio.

En el análisis del contexto sociodemográfico, laboral y sanitario del capítulo 2, se han empleado datos estadísticos regionales y municipales procedentes del Padrón Municipal de Habitantes y del Servicio Regional de Empleo y Formación (SEF). Con objeto de asegurar la homogeneidad en ciertas comparativas, se han tomado las cifras oficiales de población, resultantes de la revisión del Padrón a 1 de enero de 2020, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el total nacional, las comunidades autónomas y los municipios españoles.

También el segundo capítulo, el examen de la incidencia de la pandemia durante el año 2020, se apoya en varias fuentes secundarias de información estadística. A través de diversos indicadores se da cuenta de la propagación de la enfermedad covid-19 en distintos contextos territoriales; descendiendo desde el ámbito mundial, pasando por el europeo y el nacional, hasta llegar al entorno local, el municipio de Totana.

La información referida al ámbito mundial procede de la publicación en línea *Our World in Data* (Nuestro mundo en datos), vinculada a la Universidad de Oxford y desarrollada por el profesor Max Roser y sus colaboradores. Se trata de un proyecto de investigación que proporciona datos de libre acceso sobre una amplia variedad de temáticas, con el objetivo de acercar y hacer comprensible el conocimiento de los grandes problemas de la humanidad. En el seno de este proyecto, COVID-19 dataset constituye una base de datos fácilmente descargable que proporciona información sobre casos confirmados, muertes, hospitalizaciones, pruebas, vacunas y otros indicadores de interés a nivel mundial, de forma completa y con una actualización diaria. Sus datos proceden de distintos organismos nacionales e internacionales (Hasell et al., 2020); entre ellos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades o el Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad Johns Hopkins¹.

Los datos para España y sus regiones provienen del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), disponibles en la plataforma Panel COVID-19, que proporciona diversos parámetros para el seguimiento diario de la pandemia a nivel nacional, por comunidades autónomas y por provincias². Por último, la información más detallada, sobre pruebas diagnósticas y casos confirmados de covid-19 en la Región de Murcia y, en particular, en el municipio de Totana, ha sido facilitada por el Servicio Murciano de Salud (SMS) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM)³.

Como todas las instituciones proveedoras de datos sobre la enfermedad covid-19 advierten, el número de casos o muertes notificadas por cualquier institución en un día determinado no representa, necesariamente, el número real acaecido en esa fecha, debido a la cadena de informes existentes entre un nuevo caso/defunción y su inclusión en las estadísticas. Además, al tratarse de datos recabados en tiempo real por la vigilancia epidemiológica, en principio, sin una finalidad estadística, pueden contener errores o estar incompletos, siendo objeto de un proceso de revisión y consolidación

¹Las fuentes y características de esta base de datos, junto con el acceso a su descarga, están disponibles en: <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data#our-data-sources>.

²Disponible en: <https://cnecovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos>.

³También dispone de un portal web con acceso a gran parte de la información aquí manejada: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=458869&idsec=6575>.

continua. Por este motivo, los datos sobre un mismo país, o región, no suelen coincidir en función del proceso de depuración y consolidación de la información realizada por cada organismo emisor; al tiempo, que también varían dependiendo del momento en el que se haya realizado la consulta.

En este trabajo se ha examinado la evolución de la pandemia tomando como referencia temporal el conjunto del año 2020. Así, se presentan los datos de casos confirmados de la enfermedad covid-19 y de defunciones derivadas de la misma registrados durante todo el año 2020, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre, referidos a distintos contextos geográficos: el total mundial, la Unión Europea (UE), España y sus autonomías y, finalmente, la Región de Murcia y Totana. En este último caso, se incorpora, además, la información sobre el número de pruebas diagnósticas realizadas en el conjunto de la Región de Murcia y el municipio de Totana. No obstante, se debe precisar que, en las representaciones gráficas de distintos indicadores construidos a nivel regional y local, para dar cuenta de la evolución mensual de la pandemia en el año 2020, se han omitido los datos correspondientes a enero y febrero en los que apenas hay registros, tanto para la Región de Murcia como para Totana.

Con respecto a los indicadores elaborados para estudiar la extensión de la enfermedad covid-19, en primer lugar, se examina la distribución de casos y defunciones del año 2020 por continentes, para el total mundial, y según los países miembros, para el conjunto de la UE.

En segundo lugar, al analizar España y sus autonomías, se compara la participación de cada región en el total de personas contagiadas, o los decesos ocurridos, durante el año 2020 con su peso en el total de la población española. Lógicamente, la contribución de cada comunidad autónoma al total de contagios/defunciones guarda relación con su tamaño poblacional. Sin embargo, cuando se pone en relación la participación regional en los casos/defunciones covid-19 y en la población española, dividiendo una por la otra y multiplicando por cien, se obtiene un índice de representación de cada comunidad autónoma, que constituye un indicador de desigualdad distributiva. Su cálculo para la región i , por tanto, viene dado por la siguiente expresión:

$$IR_i = \frac{q_i/q}{P_i/P} \times 100$$

Donde q y p se refieren, respectivamente, al total de casos covid-19 (o defunciones) y de población a nivel nacional; mientras que q_i y p_i indican lo mismo en el ámbito regional. Cuando el índice de representación es superior a 100 indica que la región se encuentra sobrerrepresentada en la enfermedad covid-19 en relación con su peso en la población. En cambio, un índice inferior a 100 señala la situación contraria, la subrepresentación regional, siendo la importancia relativa en términos de casos de covid-19 inferior a la que se ostenta en términos de población.

En tercer lugar, la evolución de la pandemia en la Región de Murcia y Totana se estudia a partir de tres indicadores, todos ellos construidos con una referencia mensual: Ratio de pruebas diagnósticas por cada mil habitantes, que expresa el cociente entre el número de test (PCR o de antígenos) realizados por cada mil habitantes; Ratio o tasa de positividad, que proporciona el porcentaje de casos positivos sobre el total de pruebas diagnósticas realizadas; y, finalmente, Incidencia acumulada mensual de la enfermedad por cada cien mil habitantes, obtenida como el número de casos covid-19 registrados al mes por cada cien mil habitantes. Como ya se ha mencionado, estos cálculos a nivel regional y local se realizan para los meses de marzo a diciembre de 2020, debido a la escasez de información previa.

Por otra parte, como ya se ha indicado, la información analizada en este estudio procede fundamentalmente de fuentes primarias, a cuya descripción se procede a continuación.

1.2.1. La encuesta

La necesidad de obtener información de manera casi inmediata, para afrontar la preocupante situación derivada de la pandemia en el municipio de Totana, hace que la encuesta se centre en un espacio laboral, con gran número de trabajadores y alta incidencia de contagio. De hecho, en los meses previos al inicio de este estudio, las autoridades sanitarias regionales ya habían mantenido contacto con diversos representantes del tejido empresarial de la localidad, estableciendo un marco de colaboración con el objetivo de reducir las cadenas de contagios en las empresas del municipio y establecer protocolos de seguridad consensuados frente a la pandemia.

En este contexto, se produce la selección de la empresa agroalimentaria radicada en Totana, con una importante plantilla de trabajadores, que se presta a colaborar en este estudio facilitando sus propias instalaciones para

la realización de la encuesta. Las principales características del universo de estudio, los trabajadores de la empresa agrícola de Totana, se presentan en un apéndice al final de este apartado metodológico. Por su parte, los criterios establecidos para determinar la muestra quedan recogidos en la ficha técnica de la encuesta:

- Ámbito: municipio de Totana (Región de Murcia)
- Universo: Empleados del sector agroalimentario, octubre-noviembre de 2020, un total de 5.738 personas, 4.378 mujeres y 1.360 hombres
- Tamaño de la muestra: 363 entrevistas
- Procedimiento de muestreo: aleatorio proporcional según cuotas de sexo y edad.
- Error muestral: para un nivel de confianza del 95% (dos sigmas) $P = Q$, el error real de $\pm 5\%$
- Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista personal en un despacho habilitado por la empresa para tal fin.
- Fecha de realización: del 19 de octubre al 9 de noviembre de 2020.

En relación con la encuesta, seguidamente, se presenta el cuestionario elaborado, también disponible en el apéndice de esta sección dedicada a la metodología, así como los principales tipos de análisis efectuados a partir de la información recabada.

a) El cuestionario

El cuestionario se compone de 26 preguntas divididas en tres bloques temáticos:

- I. Características Sociodemográficas.
- II. Percepción del riesgo: conocimiento de la enfermedad y medidas de prevención.
- III. Posibilidad de cumplir aislamiento.

El primer bloque recoge las principales características socioeconómicas y demográficas de la población encuestada. Abarca desde la pregunta 1 a la 12. En él se obtiene información sobre: sexo, puesto de trabajo, lugar de nacimiento y residencia, origen, estado civil, tipo y composición de las

unidades de convivencia, nivel de estudios y competencia en español. Los datos de este apartado son utilizados en el análisis de la muestra como variables de clasificación.

En segundo lugar, el bloque II del cuestionario reúne las preguntas referidas a la percepción del riesgo ante la enfermedad covid-19, así como el grado de conocimiento que los encuestados tienen sobre sus síntomas y la prevención. Este apartado es el más extenso, abarcando desde la pregunta 13 hasta la 24. En él se recaba información sobre las personas que han pasado la enfermedad; el nivel de preocupación ante la situación de emergencia sanitaria o frente a un posible contagio; el conocimiento sobre los síntomas y las medidas de prevención; el grado de acuerdo o desacuerdo con diversas situaciones de la vida cotidiana en relación con la enfermedad; las fuentes de información habituales sobre la situación sanitaria; las formas de desplazamiento al trabajo; así como, la percepción del riesgo de contagio en diferentes lugares o circunstancias.

El tercer bloque de preguntas es el más breve, aborda las posibilidades de cumplir el aislamiento, en caso de tener que guardar cuarentena por contagio o contacto de riesgo, y se compone de las preguntas 25 y 26. En este apartado se consulta a los entrevistados sobre las condiciones de la vivienda habitual, las posibles dificultades derivadas del periodo de aislamiento y la valoración de disponer de un alojamiento alternativo, cuando las condiciones del domicilio habitual imposibilita el aislamiento.

b) El análisis

De cara a profundizar en el conocimiento que los entrevistados tienen sobre los distintos aspectos recogidos en la encuesta, se realizan dos tipos de análisis estadístico, de carácter descriptivo e inferencial. El análisis descriptivo se lleva a cabo mediante el uso de variables de clasificación: sexo; origen o lugar de nacimiento (con dos categorías, español y extranjero); grupos de edad; residencia en Totana (combinada también con el origen) y nivel educativo alcanzado.

Se han elaborado dos tipos de tramos de edad, uno más desagregado, de diez en diez años, y otro que divide a los encuestados en tres grupos de edad: menor de 30 años, entre 30-50 años y mayor de 50 años. En cuanto al nivel educativo se dispone inicialmente de cinco categorías: sin estudios, estudios primarios, enseñanza secundaria 1ª etapa, enseñanza secundaria 2ª

etapa y estudios superiores o universitarios. No obstante, se ha realizado una agregación en tres grupos, reuniendo las tres primeras categorías anteriores bajo la denominación de secundaria 1ª etapa o inferior.

Buena parte de las opiniones solicitadas a los encuestados sobre diversas cuestiones han sido objeto de gradación, mediante una escala de valoración de 1 a 10. Dichas cuestiones permiten conocer el nivel de preocupación ante la situación de emergencia sanitaria, o también el grado de conocimiento de la enfermedad, el grado de acuerdo con determinadas afirmaciones y el nivel de riesgo de contagio percibido en determinadas situaciones.

Con objeto de facilitar la presentación e interpretación de estas valoraciones, se ha agregado la escala utilizada en la gradación de las respuestas en tres categorías: valores de 1 a 4, Nada o poca/o (preocupación, conocimiento, acuerdo, riesgo); valores 5 y 6, Medio (preocupación, conocimiento, acuerdo, riesgo); valores de 7 a 10, Bastante o muy/total (preocupado/a, conocimiento, acuerdo, riesgo). Asimismo, se ha calculado el valor medio otorgado a estos ítems por parte de distintos grupos de encuestados (según sexo, edad, origen, etc.) y para el total de ellos, siempre a partir de la escala de valoración sin agregar (de 1 a 10).

A lo largo del análisis descriptivo se suele recurrir a la comparación del porcentaje correspondiente a cada grupo, definido por las variables de clasificación utilizadas, con el obtenido por el total de los encuestados. Esto permite acercarnos al concepto de incidencia relativa; si bien, esta solo ha sido calculada al estudiar la prevalencia de la enfermedad covid-19 entre los encuestados (cuadro 3, en el capítulo 3). La incidencia relativa, o el riesgo relativo, de padecer la enfermedad covid-19 de un grupo se cuantifica como el cociente entre el porcentaje de los que han padecido la enfermedad de dicho grupo y el correspondiente al total de la población, multiplicado por cien. Un resultado superior a cien es indicativo de un mayor riesgo relativo para el grupo en cuestión, pues la prevalencia de la enfermedad para ese grupo supera a la del total de la población estudiada; mientras que un valor inferior a cien supone un menor riesgo relativo. En términos generales, la incidencia relativa de la característica j se calcula como:

$$\text{Incidencia relativa}_j = \frac{x_j/x}{n_j/n} \times 100$$

Donde el numerador expresa la proporción del grupo x que tiene la característica j observada, mientras que el denominador denota dicha proporción referida al total de la población, n .

Por otro lado, el análisis inferencial se aplica a través de estadísticos de cariz predictivo que tienen como objetivo ir más allá de una mera representación de los datos. Se trata de averiguar si existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos representados en la muestra. En este caso, se llevan a cabo análisis bivariados (dos variables) basados en la comparación de medias, de las cuales solo se extraen aquellos grupos cuyas puntuaciones son estadísticamente significativas, cuyo nivel es menor a 0,05. Por tanto, se entienden como grupos que se comportan de modo diferente.

Para ello, se analizan variables dicotómicas (dos categorías dentro de una misma variable) realizando una comparación de medias a través del estadístico T-Student. Las variables categóricas elegidas son: sexo, residencia en Totana, origen y personas con o sin covid-19. Se establece una comparación de las puntuaciones de estos grupos en relación a las preguntas:

- P.14. Indique por favor su nivel de preocupación ante la situación general de emergencia sanitaria actual.
- P.15. A nivel personal indique por favor su grado de preocupación ante la posibilidad de contagiarse por Covid-19.
- P.16. ¿Conoce las medidas sanitarias de prevención del Covid-19? Indique del 1 al 10 su nivel de conocimiento.
- P.17. ¿Conoce usted cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad?
- P19.1. Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo.
- P19.2. El Covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos.
- P19.3. En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.).
- P19.4. Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable.

- P24. Situaciones de riesgo percibido (1. En el trayecto al lugar de trabajo, 2. En mi trabajo, 3. En tiendas, 4. En la calle, 5. En parques y jardines, 6. En bares/cafeeterías, 7. En casa de amigos/as, 8. En casa de otros familiares, 9. En mi casa, 10. Centro médico)

A continuación, también se lleva a cabo el análisis univariado de la varianza ANOVA, entre aquellas variables cualitativas con más de dos categorías de clasificación (grupos de edad, nivel de estudios y origen) con las variables de escala anteriormente citadas.

Por último, se realiza un análisis multivariado de la varianza ANOVA de un solo factor. Este análisis tiene el objetivo de comparar medias de variables de diferentes categorías, estableciendo niveles de significación, con el propósito de determinar relaciones entre diversos grupos de variables (cuantitativas y cualitativas) para identificar diferentes modelos de comportamiento con respecto a la enfermedad covid-19.

Se debe señalar que solo se han incluido en los resultados de este análisis, presentados en el Anexo 2 de este estudio, aquellos que arrojan significación estadística en el comportamiento de los diferentes grupos. Por ende, se omiten aquellos resultados que carecen de fiabilidad científica.

1.2.2. La entrevista

La encuesta realizada a trabajadores de la empresa hortofrutícola de Totana nos ha permitido conocer a un colectivo con cierto riesgo sanitario, si bien con condiciones sociales, en general, de bajo riesgo social, ya que se encuentran en activo, ocupados y ocupadas, aunque sea con contrato temporal. Para una aproximación a los riesgos sociales de la población de Totana se consideró fundamental ahondar en la situación social de otros colectivos con mayor nivel de exclusión. Se realizaron doce entrevistas a representantes de hogares vulnerables, sobre todo en los ámbitos laboral y residencial.

Como se observa en el cuadro 1, la mayoría de entrevistados y entrevistadas están desempleados o desarrollan empleos con elevados niveles de precariedad, ya sea por carecer de contrato, por su estacionalidad o por la baja remuneración. Lo mismo sucede con la condición residencial, diez de los doce entrevistados residen en viviendas con importantes déficits de habitabilidad o de garantía de uso.

Cuadro 1. Perfil social de las doce personas entrevistadas

Sexo	Nº	Edad	País	Perfil laboral	Estado civil	Convivencia y situación residencial
Mujer	E1	40	Ecuador	Parada	Separada	Hogar monoparental Vivienda cedida
	E2	38	España	Parada	Separada	Hogar unipersonal Alquiler social
	E3	38	Ecuador	Parada	Separada	Hogar monoparental Vivienda en alquiler,
	E4	40	Colombia	Ocupada	Separada	Hogar laboral Habitación alquilada
	E5	57	Bulgaria	Ocupada	Casada	Hogar laboral Vivienda alquiler
	E6	53	España	Ocupada	Separada	Hogar extenso Alquiler social
Hombre	E7	32	Senegal	Ocupado	Casado	Piso compartido Vivienda en alquiler
	E8	57	Ecuador	Parado, antes	Soltero	Piso compartido Vivienda en alquiler
	E9	61	Ecuador	Parado	Soltero	Piso compartido Vivienda en alquiler
	E10	52	España	Baja laboral por covid-19	Casado	Hogar nuclear Vivienda propia
	E11	60	Marruecos	Ocupado.	Casado	Hogar nuclear Vivienda propia
	E12	37	Mali	Ocupado	Casado	Piso compartido Vivienda en alquiler

Fuente: Elaboración propia.

Solamente dos entrevistados varones presentan buenas condiciones residenciales y laborales. Si bien, uno de ellos mantiene limitaciones físicas, a consecuencia del covid-19 y actualmente está de baja laboral. Además de estos criterios de vulnerabilidad social, se mantuvo en la selección una proporción de género, al tiempo que se aplicaron otros criterios muestrales de heterogeneidad: la nacionalidad y la etnia, contando con entrevistados/as de siete países diferentes (Ecuador, Senegal, Mali, Bulgaria, Colombia, Marruecos y España), incluyendo a una entrevistada de etnia gitana; estado civil (soltero, casado, separado); tipo de hogar/convivencia (hogar familiar, monoparental, vivienda compartida, interna laboral) y, por último, régimen de tenencia de la vivienda (alquiler de mercado, alquiler social, propiedad, vivienda cedida, hogar laboral).

El objetivo de la entrevista era conocer las condiciones sociales de los hogares vulnerables y su influencia en los niveles de percepción del riesgo de contagio, en el cumplimiento de las medidas de prevención y en las posibilidades de aislamiento, si fuese necesario guardar una cuarentena. En estos aspectos analizados se aplicó el enfoque multidimensional de la exclusión social, que considera que ésta se manifiesta a través de siete ámbitos (ingresos, empleo, vivienda, educación, salud, red sociofamiliar y participación). Las entrevistas se llevaron a cabo desde finales de noviembre de 2020 y mediados de enero de 2021.

Las aportaciones de las personas entrevistadas se muestran en el capítulo de resultados mediante la incorporación de una selección de discursos, o *verbatim*, expresados literalmente durante la entrevista. Estos discursos se presentan siempre vinculados a un perfil social, donde se indica solamente el número de entrevistado/a, su edad y el país de origen, por ejemplo: E1, mujer, Ecuador, 40 años.

1.2.3. El grupo de discusión

La segunda técnica cualitativa aplicada es el grupo de discusión, siendo ahora los informantes clave ocho profesionales de diferentes áreas de intervención, de especial relevancia ante la situación de pandemia de la enfermedad covid-19. En el cuadro 2 se incluyen los perfiles laborales.

Cuadro 2. Perfil laboral de los profesionales participantes en el grupo de discusión

Nº	Ámbito	Área de intervención
P1	Público	Social
P2	Público	Sociosanitaria
P3	Público	Seguridad
P4	Público	Seguridad y protección
P5	Privado	Social
P6	Privado	Social
P7	Público	Empleo
P8	Privado	Empleo

Fuente: Elaboración propia.

En la selección de los ocho participantes, se consideró el relevante rol que vienen desempeñando en Totana distintos profesionales del ámbito público y privado, así como desde distintas áreas de intervención: social, sanitaria, seguridad, protección ciudadana y laboral. De este modo, asistieron representantes de Servicios Sociales, Policía Local, Protección Civil, Servicio de Empleo y Formación, Sindicatos y Tercer Sector (Cruz Roja y Cáritas).

El grupo de discusión se realizó el 16 de diciembre de 2020 en el Centro cultural la Cárcel de Totana, abordando tres objetivos: por un lado, conocer la opinión de los profesionales sobre los factores de riesgo social que han incidido en los elevados niveles de contagio en el municipio; por otro, obtener su valoración sobre la respuesta institucional desarrollada desde distintos niveles administrativos; en tercer lugar, se pretendía recoger, según su experiencia, los retos a los que se enfrenta el municipio para restablecer la normalidad. De forma similar a las entrevistas, los discursos de los participantes se asocian de forma anónima a su área de intervención y el ámbito (público/privado). Por ejemplo: P1, ámbito social público.

1.2.4. Apéndice.

a) Universo de la encuesta: trabajadores de una empresa agrícola de Totana

Tabla 1. Empleados según sexo

Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Empleados	1.360	23,7	4.378	76,3	5.738	100,0

Tabla 2. Empleados según tramo de edad y sexo

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
18-27 años	396	29,1	1.007	23,0	1.403	24,5
28-37 años	293	21,5	1.122	25,6	1.415	24,7
38-47 años	361	26,5	1.256	28,7	1.617	28,2
48-57 años	239	17,6	784	17,9	1.023	17,8
58-67 años	67	4,9	199	4,5	266	4,6
68 años o más	1	0,1	1	0,0	2	0,0
No consta	3	0,2	9	0,2	12	0,2
Total	1.360	100,0	4.378	100,0	5.738	100,0

Tabla 3. Empleados según nacionalidad y sexo

Lugar de nacimiento	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
España	581	42,7	2.293	52,4	2.874	50,1
Ecuador	273	20,1	770	17,6	1.043	18,2
Bolivia	79	5,8	413	9,4	492	8,6
Marruecos	105	7,7	313	7,1	418	7,3
Colombia	17	1,3	97	2,2	114	2,0
Senegal	93	6,8	20	0,5	113	2,0
Paraguay	9	0,7	65	1,5	74	1,3
Nicaragua	11	0,8	60	1,4	71	1,2
Nigeria	11	0,8	51	1,2	62	1,1
Rumanía	9	0,7	40	0,9	49	0,9
Venezuela	1	0,1	40	0,9	41	0,7
Guinea	34	2,5	6	0,1	40	0,7
Guatemala	23	1,7	13	0,3	36	0,6
Ghana	20	1,5	8	0,2	28	0,5
Honduras	7	0,5	19	0,4	26	0,5
Total 15 primeras	1.273	93,6	4.208	96,1	5.481	95,5
Resto nacionalidades	78	5,7	119	2,7	197	3,4
No consta	9	0,7	51	1,2	60	1,0
Total	1.360	100,0	4.378	100,0	5.738	100,0

Tabla 4. Empleados según municipio de residencia y sexo

Municipio de residencia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Totana	715	52,6	1.210	27,6	1.925	33,5
Murcia	181	13,3	1.346	30,7	1.527	26,6
Lorca	155	11,4	594	13,6	749	13,1
Cartagena	27	2,0	215	4,9	242	4,2
Alhama de Murcia	40	2,9	182	4,2	222	3,9
Alcantarilla	20	1,5	145	3,3	165	2,9
Molina de Segura	15	1,1	105	2,4	120	2,1
Archena	38	2,8	57	1,3	95	1,7
Mazarrón	11	0,8	63	1,4	74	1,3
Mula	3	0,2	70	1,6	73	1,3
Fuente Álamo de Murcia		0,0	52	1,2	52	0,9
Puesto Lumbreras	14	1,0	38	0,9	52	0,9
Caravaca de la Cruz	1	0,1	28	0,6	29	0,5
Aledo	3	0,2	23	0,5	26	0,5
Almería	22	1,6	4	0,1	26	0,5
15 primeros	1.245	91,5	4.132	94,4	5.377	93,7
Otros municipios	115	8,5	246	5,6	361	6,3
Total	1.360	100,0	4.378	100,0	5.738	100,0

b) Cuestionario



Diagnóstico de Vulnerabilidad Social ante covid-19 Totana

Encuestador/a:
 Fecha cuestionario (DD/MM/AA): ___ / ___ / ___ Hora: _____

Fecha Nacimiento (DD/MM/AA): ___ / ___ / ___
 Iniciales (Primera letra del nombre y apellido) ___ / ___

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

P.1. Sexo 1. Hombre 2. Mujer

P.2. Puesto de trabajo: 1. Operario almacén; 2. Operario campo; 3. Encargado; 4. Mantenimiento; 5. Limpieza; 6. Carretilero/a; 7. Jefa de línea; 8. Empaquetador/a; 9. Jefe mantenimiento; 10. Otros

P.3. Lugar de Nacimiento
P3.1. España (Región)
P3.2. Fuera de España (País)
 Tiempo en España ___ (meses) ___ (años)

P.4. Lugar de residencia
P4.1. Totana 1. Sí 2. No
P4.2. Otro municipio, indicar.....

P.5. Está empadronado: 1. Sí 2. No
 1. En Totana
 2. En Otro municipio (cuál).....
 3. En otra Región (cuál).....

P.6. Estado civil:
 1. Soltero/a
 2. Casado/a Vive con pareja
 3. Casado/a Vive sin pareja
 4. Pareja de hecho Vive con pareja
 5. Pareja de hecho Vive sin pareja
 6. Viudo/a
 7. Separado/a,
 8. Divorciado/a

P.7. Número de personas con las que convive: ____

P.8. Número de m² útiles de su vivienda (aproximado): ____

P.9. Tipo de hogar:
 1. Unipersonal
 2. Pareja sin hijos
 3. Pareja con hijos
 4. Monoparental (un progenitor solo con hijos)
 5. Vivienda compartida (sin vínculos de parentesco)
 6. Vivienda compartida (con vínculos de parentesco, NO PAREJA)
 7. Dos o más núcleos familiares (dos o más tipos 2, 3 o 4: dos parejas con o sin hijos, pareja de abuelos con monoparental)

P.10. ¿Alguna persona de su hogar, está a su cargo?
 1. Económicamente N^o (< 16 años) ___ (16-64) ___ (≥65) ___
 2. Necesita cuidados N^o (< 16 años) ___ (16-64) ___ (≥65) ___

P.11. Nivel de estudios alcanzado:
 1. Sin estudios
 2. Primarios
 3. Secundarios 1^a etapa (ESO o equivalente)
 4. Secundarios 2^a etapa (bachiller/grado medio FP)
 5. Superiores/universitarios

P.12. Si extranjera/o (solo a los no hispanohablantes):
 P12.1. ¿Habla español? 1. Sí 2. No
 1. Mal 2. Regular 3. Bien 4. Muy bien

II. PERCEPCIÓN DE RIESGO: CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

P13. ¿Ha contraído usted el covid-19? 1. Sí 2. No 3. NS

P13.1 ¿Sabe si puede volver a contraerlo?
 1. Sí 2. No 3. No está segura/o

P.14. Indique por favor su nivel de preocupación ante la situación general de emergencia sanitaria actual (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

P.15. A nivel personal indique por favor su grado de preocupación ante la posibilidad de contagiarse por covid-19 (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

P.16. ¿Conoce las medidas sanitarias de prevención del covid-19? Indique del 1 al 10 su nivel de conocimiento (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16.1. ¿Podría indicar al menos tres?
 1..... 2..... 3.....

P.17. ¿Conoce usted cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad? (1 los desconozco, 10 sí totalmente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17.1. ¿Podría indicar al menos tres? (pregunta abierta)
 1..... 2..... 3.....

P.18. ¿Cree usted que se puede estar enfermo a pesar de no presentar ningún síntoma? 1. Sí 2. No 3. No sabe

P.19. De las siguientes afirmaciones indique su grado de desacuerdo o acuerdo. (siendo 1 estoy totalmente en desacuerdo y 10 estoy totalmente de acuerdo)

P19.1. Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo. (____)

P19.2. El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos. (____)

P19.3. En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.) (____)

P19.4. Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable. (____)

2. Contexto sociodemográfico, laboral y sanitario de Totana

Introducción

La relación entre la pobreza y la salud de las personas ha sido analizada y demostrada por numerosos estudios, adquiriendo mayor relevancia en la actualidad, donde la pandemia por coronavirus está generando la aparición de nuevos colectivos en situación de pobreza y/o exclusión social (EAPN, 2020). Así, la relación entre condiciones sociales e impacto de la enfermedad covid-19 es clara, con graves repercusiones económicas y laborales (Banco Mundial, 2020; Hernández de Cos, 2020). Estas repercusiones son de mayor alcance en los colectivos vulnerables, social y laboralmente, como es el caso de la población extranjera (Pedreño, 2020) o la población gitana (Arza, 2020).

Este capítulo pretende contextualizar la situación local de Totana en tres aspectos fundamentales: la dinámica demográfica, el impacto de la pandemia sobre la actividad laboral, en concreto, sobre el aumento del desempleo y, finalmente, la propagación de la enfermedad covid-19 en el municipio, donde ha tenido una especial incidencia.

En primer lugar, se realiza un análisis de la dinámica demográfica regional y local. A partir del Padrón Municipal de Habitantes se proporciona una detallada evolución de la población regional y de Totana, incidiendo en las variables sexo y nacionalidad.

En segundo lugar, a partir de los datos del Servicio Regional de Empleo, se proporciona una perspectiva de la destrucción de empleo, a través de la evolución del desempleo en el último año, de noviembre de 2019 a noviembre de 2020, obteniendo un reflejo de las repercusiones laborales de la enfermedad covid-19.

En tercer lugar, respecto a la situación sanitaria, las fuentes de información son de índole internacional (OMS y Our-word in data), nacional (Ministerio de Sanidad) y regional (Servicio Murciano de Salud), permitiendo contextualizar las repercusiones sanitarias de la enfermedad covid-19 en Totana.

2.1. Evolución de la población

Durante el periodo analizado, el conjunto de la población residente en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (en adelante, CARM) ha experimentado un crecimiento de 31.919 personas. No obstante, como se puede apreciar en el cuadro 1, al analizar esta evolución según nacionalidad, se observa que este crecimiento se debe principalmente al incremento de personas de nacionalidad española, ya que, durante los últimos 9 años, la población de nacionalidad extranjera en la CARM se ha reducido en torno a un 13%, perdiendo 2,4 puntos porcentuales de participación en el total de la población regional. En valores absolutos, la población de nacionalidad española ha aumentado en 62.545 efectivos, mientras que la población extranjera ha disminuido en 30.626. A su vez, al interpretar la evolución de la población extranjera considerando el continente de origen, se aprecian tendencias diferenciadas. En particular, el descenso del número de efectivos extranjeros está protagonizado por personas procedentes del continente americano, cuya participación en el total cae 10,3 puntos porcentuales, y en menor medida de Europa (-4,5 puntos). Por el contrario, se observa un incremento de efectivos entre los colectivos de personas procedentes del continente africano y del continente asiático, aumentando su peso en el total. En términos absolutos, esta evolución se ha materializado en la reducción de 32.374 personas procedentes de América y 18.729 de Europa; y el incremento de 17.452 personas procedentes de África y 3.031 de Asia.

Cuadro 1. Evolución de la población en la CARM según nacionalidad y continente de origen 2010-2019 (VA y %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var. 2010-19
Total VA*	1.461	1.470	1.474	1.472	1.466	1.467	1.464	1.470	1.478	1.493	31,9
Española %	83,5	83,6	83,8	84,3	85,3	85,8	86,3	86,5	86,3	85,9	2,4
Extranjera %	16,5	16,4	16,2	15,7	14,7	14,2	13,7	13,5	13,7	14,1	-2,4
Extranjera VA*	241	240	238	231	215	208	201	198	202	211	-30,6
Extranjera %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-
Europa	30,3	31,5	31,8	31,2	29,1	28,5	27,1	26,8	26,5	25,8	-4,5
África	33,3	34,1	35,3	36,8	39,5	41,3	43,5	45,1	45,7	46,4	13,1
América	34,4	32,2	30,4	29,4	28,5	27,1	26,1	24,5	24,0	24,0	-10,3
Asia	2,0	2,2	2,4	2,6	2,9	3,1	3,3	3,5	3,7	3,8	1,7
Oceanía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Nota: *en miles.

Fuente: INE, Padrón Municipal de Habitantes.

En el cuadro 2 se presenta la evolución de la población para el mismo periodo en el municipio de Totana. La población de la localidad ha experimentado un crecimiento global de 2.675 personas durante los últimos 9 años. No obstante, a diferencia de lo que sucede en el conjunto de la CARM, la proporción del origen español ha disminuido, mientras que se ha incrementado la del origen extranjero; variación que, en valores absolutos, supone un incremento de 1.991 efectivos de nacionalidad española y de 684 de nacionalidad extranjera. Al interpretar esta evolución considerando la nacionalidad y el continente de origen, se observan coincidencias con la evolución regional, aunque con ciertos matices. Si bien se puede ver que la proporción de población extranjera que ha disminuido coincide con la procedente de los continentes americano y europeo, la pérdida en la participación es menos intensa en el caso de los efectivos americanos (-8,6 puntos porcentuales en Totana y -10,3 puntos en la CARM) y, prácticamente, el doble en el caso de los europeos (-8,6 puntos en Totana y -4,5 puntos en la CARM).

Cuadro 2. Evolución de la población en Totana según nacionalidad y continente de origen 2010-2019 (VA y %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var. 2010-19
Total	29.333	29.961	30.549	30.448	30.669	30.916	30.981	31.394	31.639	32.008	2.675
Española %	80,0	79,1	78,1	78,6	78,6	78,5	79,1	78,9	79,2	79,5	-0,5
Extranjera %	20,0	20,9	21,9	21,4	21,4	21,5	20,9	21,1	20,8	20,5	0,5
Extranjera VA	5.873	6.251	6.701	6.505	6.567	6.645	6.479	6.624	6.572	6.557	684
Extranjera %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-
Europa	18,8	18,3	18,2	12,8	11,9	11,4	10,9	10,8	11	10,2	-8,6
África	11,7	13	15,3	17,4	18,5	20,2	22,5	23,2	25	27,8	16,1
América	68,7	67,7	65,3	68,5	68	67	65,1	64,4	62,2	60,0	-8,6
Asia	0,8	1	1,1	1,4	1,6	1,5	1,4	1,6	1,8	2,0	1,2
Oceanía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: INE, Padrón Municipal de Habitantes.

En cuanto a la población extranjera que ha incrementado su presencia en el municipio, también coinciden con la procedencia a nivel autonómico, es decir, las personas extranjeras que han aumentado su presencia relativa tanto en la CARM como en Totana durante el periodo analizado son las procedentes de África y Asia (cuadro 2). No obstante, en términos comparativos, también se observa que la población africana aumenta más su participación en el municipio que en el conjunto regional (3 puntos porcentuales más). En términos absolutos, esta evolución se manifiesta en la reducción de 436 personas procedentes de Europa, y 96 del continente

americano; y el incremento de 1.135 personas procedentes de África y 81 del continente asiático.

Para analizar la evolución de la población según sexo, nacionalidad y continente de origen, se han seleccionado tres años (2000, 2010 y 2019), con objeto de reducir el volumen de información recogida en los cuadros, a la vez que se contemplan dos décadas. Se ha considerado relevante partir del año 2000, ya que este año es representativo de la consolidación del cambio de ciclo migratorio que se produjo en España durante la década de los 90, y que en la Región de Murcia ha sido ampliamente analizado por diversos autores (Pedreño y Hernández, 2005; Pedreño y Torres, 2009).

Como se puede apreciar en el cuadro 3, durante el periodo analizado el conjunto de la población de la CARM ha crecido en 344.570 personas. No obstante, se observa que dicho crecimiento está inducido, principalmente, por el incremento de personas de origen extranjero, que del 2% en 2000 pasaron a suponer el 16,5% del total de la población en 2010, y el 14,1% en 2019.

Cuadro 3. Evolución de la población en CARM según sexo y nacionalidad por continente de origen 2000, 2010 y 2019 (VA y %)

	2000			2010			2019			Variación 2000-2019		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total VA*	1.149	570	579	1.461	738	723	1.493	747	746	344	177	167
Española %	98,0	97,2	98,7	83,5	81,6	85,4	85,9	84,7	87,0	-12,1	-12,5	-11,8
Extranjera %	2,0	2,8	1,3	16,5	18,4	14,6	14,1	15,3	13,0	12,1	12,5	11,8
Extranjera VA*	22	15	7	241	136	105	211	114	97	188	98	89
Extranjera %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-
-Europa	21,2	15,6	33,5	30,3	27,7	33,6	25,8	23,1	29,1	4,6	7,5	-4,5
-África	58,0	68,7	34,8	33,3	39,7	25,0	46,4	52,1	39,6	-11,6	-16,6	4,8
-América	17,6	13,0	27,5	34,4	30,3	39,6	24,0	20,7	28,0	6,5	7,7	0,5
-Asia	3,2	2,7	4,2	2	2,2	1,8	3,8	4,1	3,3	0,6	1,4	-0,8
-Oceanía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Nota: *en miles.

Fuente: INE, Padrón Municipal de Habitantes.

Según sexo, dicho crecimiento ha sido relativamente equilibrado, aunque ha aumentado más el número de hombres que el de mujeres. Al considerar el sexo junto con la nacionalidad y el continente de origen, se pueden destacar varios rasgos característicos. En el año 2000, más de la mitad de las personas extranjeras que residían en la CARM procedían del continente africano (58%) y, en su mayoría, eran hombres (68,7%). El segundo lugar de origen mayoritario era el continente europeo (21,2% del total), no obstante, en este

caso la mayoría de las personas eran mujeres (33,5% frente al 15,6% hombres del mismo origen). Lo mismo sucedía con las personas del tercer origen mayoritario, las procedentes del continente americano (27,5% de mujeres frente al 13% de hombres). Esta configuración cambió diez años más tarde, ya que, en 2010, la predominancia del origen africano se equilibró con el resto de orígenes, y las personas de origen africano, pasaron a ocupar el segundo lugar en peso relativo después de la población americana (que conservaba su predominio de mujeres). En 2019, las personas del continente africano vuelven a ser el colectivo mayoritario dentro de las personas extranjeras y, aunque esta vez la brecha entre hombres y mujeres se había reducido respecto a los años anteriores, los hombres continuaban siendo el colectivo mayoritario. Al mismo tiempo, el segundo origen mayoritario pasó a ocuparlo las personas procedentes del continente europeo, dejando en el tercer lugar a las que procedían del continente americano.

En términos generales, la configuración y posterior evolución de la población inmigrante en la CARM según sexo y origen obedece a los distintos modelos migratorios identificados en estudios previos (Hernández Pedreño y López Carmona, 2015), y que de forma resumida reproducían los siguientes patrones: el modelo africano era un modelo liderado principalmente por hombres solos, que fueron los primeros en llegar en busca de oportunidades laborales a la CARM (sobre todo en el sector agrícola, inicialmente) y que años más tarde, una vez obtenido el arraigo, llevaron a cabo procedimientos de reagrupación familiar. En cambio, el modelo latinoamericano, con frecuencia, estaba también liderado por mujeres que emprendían el viaje solas, a veces con sus menores, y eran empleadas en el sector servicios, ocupando mayoritariamente un nicho de mercado totalmente desechado por la población española, el de los cuidados de personas dependientes; a menudo, residiendo como internas en los domicilios de las personas empleadoras. A su vez, conviene destacar dos hitos significativos que, sin duda, incidieron a nivel cuantitativo y cualitativo en dicha evolución. El primero repercutió en la evolución de la población europea, que originariamente (2000) no eran precisamente inmigrantes laborales, sino ciudadanos comunitarios (principalmente, británicos) que habían decidido vivir en la Región durante su jubilación, seducidos por el clima, un menor coste de vida que en su país de origen y una amplia oferta residencial diseñada deliberadamente para ellos (resorts privados con campos de golf). No obstante, en 2007 se produjo la anexión de Bulgaria y Rumanía a la Unión

Europea, lo que repercutió en un incremento de nuevos perfiles de migrantes laborales. El segundo es la crisis económica que comenzó en 2008 y cuyo impacto fue particularmente grave sobre el colectivo inmigrante (Hernández, García y Serrano, 2016). La incidencia de esta crisis es sin duda el principal hecho que explica la reducción de personas inmigrantes entre 2010 y 2019, principalmente, de origen americano.

En el cuadro 4 se recoge la evolución de la población para el mismo periodo en el ámbito municipal de Totana. Como se puede observar, la evolución global también muestra un incremento de la población, en un total de 9.649 personas, principalmente hombres.

Cuadro 4. Evolución de la población de Totana según sexo y continente de origen 2000, 2010 y 2019 (VA y %)

	2000			2010			2019			Variación 2000-2019		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total VA	22.359	11.314	11.045	29.333	15.123	14.210	32.008	16.455	15.553	9.649	5.141	4.508
Española %	97,0	95,9	98,1	80,0	78,0	82,1	79,5	77,6	81,6	-17,5	-18,3	-16,5
Extranjera %	3,0	4,1	1,9	20,0	22,0	17,9	20,5	22,4	18,4	17,5	18,3	16,5
Extranjera VA	678	467	211	5873	3334	2539	6.557	3691	2866	5.879	3.224	2.655
Extranjera %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-
-Europa	13,1	11,1	17,5	18,8	17,6	20,5	10,2	9,3	11,4	-2,9	-1,8	-6,1
-África	35,7	43,9	17,5	11,7	14,0	8,6	27,8	31,9	22,4	-7,9	-12,0	4,8
-América	49,9	44,1	62,6	68,7	67,7	69,9	60,0	56,7	64,4	10,2	12,5	1,8
-Asia	1,3	0,9	2,4	0,8	0,7	0,9	2,0	2,1	1,8	0,6	1,3	-0,6
-Oceanía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: INE, Padrón Municipal de Habitantes.

Al igual que sucedía en el contexto regional, esta evolución obedece principalmente al crecimiento de la población extranjera, también, sobre todo hombres, si bien, con una brecha de género más equilibrada que a nivel regional, tanto en 2010 como en 2019. Además, a diferencia de lo que sucedió a nivel regional, entre 2010 y 2019, la proporción de población extranjera se incrementó: de 5.870 personas en 2010 (20%) pasaron a ser 6.557 (20,5%) en 2019. En el año 2000, la proporción de personas extranjeras en Totana estaba por encima de la media regional (3% y 2%, respectivamente). El origen mayoritario era el americano, a diferencia del africano a nivel regional, una distribución que se ha mantenido durante los tres años analizados, a pesar de que la población africana aumentó bastante su peso relativo durante los periodos de crisis económica (2010-2019). A la hora de explicar esta

tendencia diferenciada del ámbito regional, conviene recordar que la crisis económica tuvo un impacto particularmente grave en los sectores más masculinizados como el de la construcción y, por tanto, el impacto de esta crisis entre la población inmigrante del municipio parece haber estado amortiguado por la cuestión de género. Además, debemos tener en consideración que la agricultura fue el principal refugio para la población inmigrante durante los años más duros de la anterior crisis económica. De este modo, determinadas industrias agrícolas auxiliares como las manufacturas de empaquetado de frutas y hortalizas (un sector bastante implantado en la localidad) se nutren principalmente de trabajadoras manuales de origen inmigrante.

En adelante, se proporciona un análisis de la evolución de las principales nacionalidades según sexo, tanto en la CARM como en el municipio de Totana, comenzando por el cuadro 5 referido al conjunto regional.

Cuadro 5. Evolución de la población en CARM según sexo y nacionalidad (diez primeros países de origen) 2000, 2010 y 2019 (VA y %)

	2000			2010			2019			Variación 2000-2019		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total*	1.149	570	579	1.461	738	723	1.493	747	746	344	177	167
Española %	98,0	97,2	98,7	83,5	81,6	85,4	85,9	84,7	87,0	-12	-13	-12
Extranjera %	2,0	2,8	1,3	16,5	18,4	14,6	14,1	15,3	13,0	12	13	12
Extranjera VA*	22	15	7	241	136	105	211	114	97	189	99	90
Extranjera %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-
Marruecos	51,6	60,9	31,4	28,5	32,9	22,9	40,5	43,9	36,6	-11,1	-17,0	5,2
Ecuador	9,4	8,2	11,9	18,9	17,9	20,1	9,5	9,8	9,1	0,1	1,6	-2,8
Reino Unido	4,0	3,1	5,9	9,3	8,4	10,4	6,7	6,2	7,2	2,7	3,1	1,3
Rumanía	0,2	0,0	0,5	5,4	4,9	6,2	5,6	5,0	6,3	5,4	5,0	5,8
Bolivia	0,3	0,2	0,5	6,8	5,7	8,3	4,2	3,5	4,9	3,9	3,3	4,4
Ucrania	0,3	0,0	0,8	2,7	2,2	3,4	3,7	2,9	4,6	3,4	2,9	3,8
Colombia	1,7	1,0	3,2	3,0	2,4	3,8	2,6	2,0	3,4	0,9	1,0	0,2
Bulgaria	0,1	0,0	0,5	3,1	2,9	3,4	2,6	2,4	2,8	2,5	2,4	2,3
China	2,3	1,8	3,2	1,3	1,3	1,4	2,0	1,9	2,1	-0,3	0,1	-1,1
Argelia	2,8	3,4	1,6	1,2	1,7	0,7	1,3	1,6	0,9	-1,5	-1,8	-0,7
Otros países	27,5	21,5	40,5	19,7	19,8	19,5	21,4	20,9	22,0	-6,1	-0,6	-18,5

Nota: Orden de países descendente según valor total de 2019.

Nota: *en miles

Fuente: INE, Padrón Municipal de Habitantes.

Como se puede observar, las personas extranjeras de nacionalidad marroquí constituyen el grupo mayoritario en la CARM desde el año 2000, aunque a partir de 2010 perdieron peso relativo, y lo cobraron otras nacionalidades principalmente procedentes del continente americano como Ecuador, Bolivia y Colombia, junto con los nuevos ciudadanos europeos de nacionalidad rumana y búlgara (cuadro 5). En términos absolutos la población de nacionalidad marroquí en la Región pasó de las 11.858 en el año 2000 a las 85.625 en 2019; la población de nacionalidad ecuatoriana, que en 2000 sumaban 2.151 personas, pasó a 20.024 personas 19 años más tarde y las de nacionalidad rumana, de 36 a 11.758 durante el mismo periodo. A pesar de este incremento de la nacionalidad extranjera durante el periodo analizado, 2010 constituyó el año en el que se registró la mayor presencia de personas extranjeras en la CARM (241.000), no obstante, 2012 y 2013 fueron los años más duros de la anterior crisis económica, y tuvieron un impacto claro en la disminución del número de personas extranjeras que se vieron obligadas a reorientar su proceso migratorio hacia otras regiones de España, a otros países, o a retornar a sus países de origen.

A su vez, analizando la evolución de la población extranjera según sexo y nacionalidad, se comprueba la tendencia advertida anteriormente. En 2000, el fenómeno migratorio en la CARM estaba muy masculinizado, pero aquí vemos con claridad que esta tendencia estaba principalmente influida por las personas de nacionalidad marroquí (cuadro 5). En cambio, en otras nacionalidades latinoamericanas como la ecuatoriana, boliviana y colombiana, e incluso de los países de la Europa del Este como Rumanía, Bulgaria y Ucrania, el peso relativo de las mujeres era superior al de los hombres. Esta configuración, lejos de ser casual, es estructural, tal y como se apuntaba con anterioridad, y así lo demuestra el hecho de que se mantiene a lo largo de todo el periodo, observándose en 2010 y en 2019 (salvo para las personas de nacionalidad ecuatoriana).

Como se aprecia en el cuadro 6, la principal diferencia respecto al contexto regional, que se identifica en el ámbito local de Totana, es que durante todos los años la principal nacionalidad ha sido la ecuatoriana. Las personas de esta nacionalidad pasaron de las 309 en 2000, a registrar el dato más numeroso en 2010, con 2.901 (49,4%), descendiendo en 2019 al 35,4%, aunque siendo la nacionalidad más frecuente con 2.322 personas.

Cuadro 6. Evolución de la población en Totana según sexo y nacionalidad (diez primeros países de origen) 2000, 2010 y 2019 (VA y %)

	2000			2010			2019			Variación 2000-2019		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	22.359	11.314	11.045	29.333	15.123	14.210	32.008	16.455	15.553	9.649	5.141	4.508
Española %	97,0	95,9	98,1	80,0	78,0	82,1	79,5	77,6	81,6	-17,5	-18,3	-16,5
Extranjera %	3,0	4,1	1,9	20,0	22,0	17,9	20,5	22,4	18,4	17,5	18,3	16,5
Extranjera VA	678	467	211	5.873	3.334	2.539	6.557	3.691	2.866	5.879	3.224	2.655
Extranjera %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-
Ecuador	45,6	41,8	54,0	49,4	47,8	51,5	35,4	35,3	35,5	-10,2	-6,4	-18,5
Marruecos	34,5	42,4	17,1	10,3	11,9	8,3	22,5	24,2	20,2	-12,0	-18,2	3,1
Bolivia	0,9	0,4	1,9	15,6	16,1	14,9	17,2	15,2	19,9	16,4	14,7	18,0
Rumanía	0,0	0,0	0,0	1,5	1,0	2,3	2,3	2,0	2,7	2,3	2,0	2,7
Reino Unido	3,1	3,0	3,3	6,7	5,9	7,6	2,3	2,1	2,4	-0,8	-0,9	-0,9
Senegal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	3,0	0,4	1,9	3,0	0,4
Bulgaria	0,6	0,4	0,9	2,8	2,8	2,8	1,8	1,8	1,9	1,3	1,4	1,0
Guatemala	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8	1,7
Argelia	1,5	1,9	0,5	1,0	1,6	0,1	1,5	2,0	0,9	0,0	0,0	0,4
Portugal	0,4	0,6	0,0	3,6	4,1	3,0	1,3	1,3	1,4	0,9	0,6	1,4
Otros Países	13,4	9,4	22,3	9,0	8,8	9,4	12,0	11,3	13,0	-1,4	1,9	-9,3

Nota: Orden de países descendente según valor total de 2019.

Fuente: INE, Padrón Municipal de Habitantes.

En cuanto a la nacionalidad marroquí, se puede ver que fue la segunda más numerosa en 2000 y 2019, no obstante, en 2010 fue desmarcada por las personas de nacionalidad boliviana, que llegaron a suponer el 15,6% del total de personas extranjeras en el municipio. En definitiva, se puede concluir que Totana ha sido en los últimos 29 años, un destino atractivo para las personas extranjeras de origen latinoamericano, por encima del promedio regional. Finalmente, en cuanto a la distribución por sexo y nacionalidad, no se observan grandes diferencias con respecto al conjunto de la Región.

Contrastadas las similitudes y diferencias de la configuración demográfica y su evolución en los ámbitos regional y local, en el municipio de Totana, a continuación, se proporciona un análisis actualizado del impacto de la crisis sanitaria y económica en ciernes, provocada por la enfermedad covid-19 en sendos planos, a partir del volumen de desempleados y su diferente distribución según variables sociodemográficas.

2.2. Evolución del desempleo

Durante el cuarto trimestre de 2020, el número de desempleados en España asciende a 3.719.800 personas según los últimos datos publicados por el INE¹. Este dato implica un incremento del 16,5% respecto al mismo periodo de 2019, lo que pone de manifiesto que, a pesar de las medidas de estímulo que están desarrollando las autoridades públicas para que las empresas puedan mantener sus plantillas (como, por ejemplo, son los ERTES), se está incrementando la destrucción de empleo como consecuencia de la crisis sanitaria.

En el cuadro 7, se recogen los datos de la evolución del desempleo en el conjunto de la CARM según sectores productivos y sexo, durante el último año. Si se observan los datos totales, el número de personas desempleadas ha aumentado en 19.984, lo que supone un 19,9% más de personas desempleadas respecto a 2019. Según sectores, la destrucción de empleo ha sido más intensa en la agricultura y, en segundo lugar, en el sector servicios.

Cuadro 7. Desempleados según sexo y sectores productivos CARM, noviembre 2019 y 2020

Sector	2019			2020			Variación 2019-2020 (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Agricultura	7.488	3.415	4.073	9.775	4.586	5.189	30,5	34,3	27,4
Industria	10.575	5.079	5.496	11.829	5.839	5.990	11,9	15,0	9,0
Construcción	7.754	6.461	1.293	9.102	7.638	1.464	17,4	18,2	13,2
Servicios	65.572	21.427	44.145	78.046	26.300	51.746	19,0	22,7	17,2
Sin actividad	9.235	2.761	6.474	11.856	3.764	8.092	28,4	36,3	25,0
Total	100.624	39.143	61.481	120.608	48.127	72.481	19,9	23,0	17,9

Fuente: SEF Región de Murcia.

A su vez, al considerar el sexo y el sector de actividad, se puede ver que el incremento del desempleo ha sido más intenso para los hombres que para las mujeres en todos los sectores, inclusive en el sector servicios, donde si se observan los valores absolutos de ambos años, se puede ver que las mujeres tenían una presencia muy superior a los hombres, debido a que se trata del sector donde se localizan buena parte de los empleos más feminizados, como por ejemplo los relacionados con el cuidado y los servicios auxiliares del hogar.

¹INE, Encuesta de Población Activa (4T2020). Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595.

En el plano local del municipio de Totana (cuadro 8), durante el periodo analizado se han destruido un total de 312 puestos de trabajo. En términos comparativos con la Región, la intensidad en la destrucción de empleo ha sido muy similar, tan sólo, un 1 punto porcentual más intensa.

Cuadro 8. Desempleados según sexo y sectores productivos, Totana, noviembre 2019 y 2020

Sector	2019			2020			Variación 2019-2020 (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Agricultura	330	115	215	391	137	254	18,5	19,1	18,1
Industria	175	91	84	191	103	88	9,1	13,2	4,8
Construcción	116	100	16	132	111	21	13,8	11,0	31,3
Servicios	778	278	500	975	343	632	25,3	23,4	26,4
Sin actividad	91	29	62	113	42	71	24,2	44,8	14,5
Total	1.490	613	877	1.802	736	1.066	20,9	20,1	21,6

Fuente: SEF Región de Murcia.

No obstante, la principal diferencia se puede observar en la destrucción de empleo según sectores. En el plano municipal, el sector más perjudicado ha sido el sector servicios, donde el desempleo se ha incrementado un 25,3% (frente al 19% regional). El segundo sector más afectado ha sido el agrícola. Otra diferencia, con respecto a la Región, se refiere a las mujeres del municipio de los sectores construcción y servicios, ya que el desempleo les ha afectado de manera más intensa que a los varones, contrariamente a lo sucedido a nivel regional.

Cuadro 9. Desempleados según sexo y edad, Totana, noviembre 2019 y 2020

Edad	2019			2020			Variación 2019-2020 (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Menos de 25	179	93	86	236	113	123	31,8	21,5	43,0
De 25 a 44	649	245	404	778	296	482	19,9	20,8	19,3
Mayores de 45	662	275	387	788	327	461	19,0	18,9	19,1
Total	1.490	613	877	1.802	736	1.066	20,9	20,1	21,6

Fuente: SEF Región de Murcia.

Continuado con el plano municipal, en el cuadro 9 se muestra la evolución del desempleo por estructura de edades. Como se puede ver, considerando al conjunto de la población, el desempleo ha afectado en mayor medida a las personas más jóvenes (menores de 25 años). Al observar la evolución según sexo, se verifica que, para las mujeres, el incremento del desempleo ha sido particularmente intenso (más que para los hombres), sobre todo entre las menores de 25 años. En cambio, el aumento del paro en los hombres ha sido más importante en el estrato intermedio de edad (entre los 25 y 44 años).

Según nacionalidad (cuadro 10), el desempleo ha crecido más para la población extranjera que para la española. Considerando el sexo y la nacionalidad, se puede apreciar que el incremento del desempleo se ha concentrado, particularmente, entre las mujeres extranjeras de origen extracomunitario (en primer lugar) y entre las mujeres extranjeras de origen comunitario (en segundo).

Cuadro 10. Desempleados según sexo y nacionalidad, Totana, noviembre 2019 y 2020

Nacionalidad	2019			2020			Variación 2019-2020 (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Española	1.222	502	720	1.466	612	854	20,0	21,9	18,6
Extranjera/Europea	54	20	34	68	25	43	25,9	25,0	26,5
Extranjera/No Europea	214	91	123	268	99	169	25,2	8,8	37,4
Total	1.490	613	877	1.802	736	1.066	20,9	20,1	21,6

Fuente: SEF Región de Murcia.

En cuanto a la distribución del desempleo según el nivel educativo, se comprueba en el cuadro 11 que los grupos más perjudicados han sido las personas sin estudios y con estudios más elementales, ya que el desempleo ha crecido de forma más notable. En cambio, la evolución del desempleo ha sido favorable para aquellos con estudios superiores/universitarios, pues su incidencia es menor; comportamiento explicado por el componente femenino. Por el contrario, el incremento del paro ha sido particularmente elevado para las mujeres sin estudios y con estudios elementales. En el caso de los varones, la mayor incidencia se encuentra en aquellos con nivel de estudios primario y secundario elemental.

Cuadro 11. Desempleados según sexo y nivel de estudios, Totana, noviembre 2019 y 2020

Nivel educativo	2019			2020			Variación 2019-2020 (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Sin estudios	366	170	196	479	203	276	30,9	19,4	40,8
Estudios primarios	82	31	51	103	38	65	25,6	22,6	27,5
Secundarios primera etapa	856	360	496	1.030	440	590	20,3	22,2	19,0
Secundarios superiores	74	22	52	83	22	61	12,2	0,0	17,3
Superiores/Universitarios	112	30	82	107	33	74	-4,5	10,0	-9,8
Total	1.490	613	877	1.802	736	1.066	20,9	20,1	21,6

Fuente: SEF Región de Murcia.

Atendiendo a la distribución del desempleo según ocupación (cuadro 12), aunque en términos relativos el aumento es superior en las ocupaciones militares y los puestos directivos, conviene observar sus valores absolutos,

ya que se trata de ocupaciones muy minoritarias, dando lugar a una imagen distorsionada de la evolución global del indicador.

Cuadro 12. Desempleados según sexo y ocupación, Totana, noviembre 2019 y 2020

Ocupación	2019			2020			Variación 2019-2020 (%)		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Directivos	4	4	0	7	6	1	75,0	50,0	100,0
Técnicos y profesionales científicos	89	25	64	78	25	53	-12,4	0,0	-17,2
Técnicos de apoyo	72	38	34	95	53	42	31,9	39,5	23,5
Empleados contables y advtos.	140	26	114	150	18	132	7,1	-30,8	15,8
Trab. serv. restaur., pers. y comerc.	350	82	268	458	102	356	30,9	24,4	32,8
Trab. cualificados sector primario	79	38	41	91	44	47	15,2	15,8	14,6
Trab. cualificados manufacturas	221	145	76	268	194	74	21,3	33,8	-2,6
Operadores de maquinaria	90	78	12	87	71	16	-3,3	-9,0	33,3
Ocupaciones elementales	445	177	268	566	221	345	27,2	24,9	28,7
Ocupaciones militares	0	0	0	2	2	0	100,0	100,0	0,0
Total	1.490	613	877	1.802	736	1.066	20,9	20,1	21,6

Fuente: SEF, Región de Murcia

Teniendo en cuenta la advertencia anterior, el desempleo crece en mayor medida entre el personal técnico de apoyo y para las personas ocupadas en servicios de restauración, personales y de comercio; elevándose en ambas ocupaciones algo más del 30%. En tercer lugar, los parados aumentan más para las ocupaciones elementales y, en cuarto, entre las personas que desarrollaban trabajos cualificados en la industria manufacturera.

Según sexo, la destrucción de empleo más intensa se ha producido entre los varones que desarrollaban puestos de apoyo técnico y trabajos cualificados de la industria manufacturera, y para las mujeres de la restauración y el comercio, así como las que desarrollaban ocupaciones elementales. En cambio, las personas paradas se reducen en el caso de los hombres empleados en contabilidad y administración, mientras que para las mujeres el desempleo desciende en las profesiones técnicas y científicas y para las trabajadoras de la industria manufacturera.

A la luz de los datos analizados en este epígrafe, se advierte que comienzan a apreciarse las repercusiones de la crisis sanitaria en el mercado de trabajo, tanto a nivel regional como municipal. Así lo evidencia la destrucción de empleo registrada en ambos contextos.

No obstante, se observan diferencias significativas entre los dos niveles analizados. Por un lado, a nivel regional el sector más perjudicado por la intensidad del desempleo ha sido el agrícola; en cambio, a nivel municipal, la destrucción de empleo ha sido particularmente intensa en el sector servicios. También en el contexto regional, el colectivo al que ha afectado de forma más intensa la destrucción de empleo durante el periodo analizado han sido los varones del sector agrícola; mientras que, en Totana, el desempleo se ha concentrado particularmente entre las mujeres del sector servicios.

En el plano municipal, el indicador analizado demuestra que el desempleo ha sido particularmente intenso entre la población más joven, en especial, entre las mujeres menores de 25 años. A su vez se ha observado que el grupo más perjudicado han sido las mujeres de origen extranjero extracomunitario, con un nivel formativo más elemental (sin estudios y primarios), y que desarrollaban de manera mayoritaria ocupaciones en el sector de la hostelería (restauración) y comercio.

En definitiva, parece evidente que, ante la actual crisis sanitaria, los ejes clásicos de la desigualdad (sexo, edad y nacionalidad) continúan ejerciendo su influencia, en un contexto histórico en el que han cobrado particular protagonismo el sector de los cuidados y la producción de bienes y servicios básicos, como la alimentación. Sectores que, debido a la brecha de género y la etnosegmentación laboral, se encuentran principalmente ocupados por mujeres y hombres de origen inmigrante en la CARM. Cabe añadir que ambos son sectores incompatibles con el teletrabajo y altamente precarizados, por lo tanto, en ellos resulta particularmente complejo desarrollar las principales medidas preventivas ante el contagio de la enfermedad covid-19 (distancia social, EPIS, etc.).

2.3. Incidencia de la enfermedad covid-19

Según se desprende de la cronología relatada por la OMS², la detección de brotes de neumonía atípica en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China), identificados posteriormente como causados por un nuevo coronavirus, son notificados el 31 de diciembre de 2019. Los primeros casos confirmados en Europa, se producen el 24 de enero de 2020 en Francia. El 11 de febrero, la OMS establece la denominación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus, covid-19. Al mes siguiente, el 11 de marzo, la OMS declara la situación de pandemia. En España, el primer caso de covid-19 contabilizado se produce el 31 de enero de 2020.

Justo un año después, a 31 de enero de 2021, el mundo había superado los 100 millones de contagios y rebasado los 2 millones de muertes (en concreto, en esa fecha, se registraron en todo el mundo 102.141.366 casos confirmados de covid-19 y 2.227.878 de defunciones por su causa)³. Para esa misma fecha, las cifras en la Unión Europea rondan los 20 millones de contagios (19.633.934) y las 500 mil muertes (471.122), mientras que España se acerca a los 3 millones de personas contagiadas (2.743.119) y a los 60 mil fallecidos (58.319).

Por ahora, este contador incesante no se detiene. Como se vio en el capítulo 1 al exponer la metodología del estudio, la información sobre la enfermedad covid-19 no solo se actualiza a diario, sino que es objeto de una continua revisión y consolidación de los datos, haciendo difícil su comparativa temporal y geográfica sin incurrir en desfases o problemas de homogeneidad. Su principal objetivo es servir para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública, dejando su utilidad como recurso estadístico en segundo término. De ahí que, en este apartado, se haya acotado la perspectiva temporal del análisis al año 2020, desestimando el uso de los datos más recientes, correspondientes a enero de 2021, debido a su mayor provisionalidad y susceptibilidad de ser revisados. Además, por otro lado, con respecto a las defunciones, el registro de las víctimas solo va referido a los casos confirmados de infección por coronavirus, dejando al margen un

²Disponible para su consulta en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.

³Los datos proceden de COVID-19 dataset, disponible en <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data>. Un mayor detalle sobre las características de la base de datos puede verse en Hasell et al. (2020).

importante exceso de muertes durante la pandemia sobre las cifras previsibles, en base a lo sucedido en años anteriores⁴.

Con todo, la información disponible permite dar cuenta de la propagación de la enfermedad covid-19 por los distintos continentes del mundo (cuadro 13). Durante el año 2020, la enfermedad alcanzó a más de 82 millones de persona y se cobró cerca de dos millones de vidas (cuadro 13). Europa y América del Norte representan la mayor proporción de casos y decesos, rondando el 30%; seguidas del continente asiático en lo que respecta a los casos, con un 24%, y por América del sur en términos de los fallecimientos, con cerca del 20%. África alcanza una baja proporción de casos y muertes, en torno al 3,5%.

Cuadro 13. Distribución de la enfermedad covid-19 en el mundo según área geográfica, 2020 (total anual acumulado)

Continentes	Casos covid-19		Defunciones covid-19	
	N	%	2020	%
África	2.760.459	3,3	65.468	3,6
América del Norte	23.032.041	27,9	506.826	27,9
América del Sur	13.194.159	16,0	362.651	19,9
Asia	19.871.256	24,0	337.395	18,6
Europa	23.807.143	28,8	545.487	30,0
Oceanía	31.440	0,0	945	0,1
Mundo	82.696.498	100,0	1.818.772	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Our World in Data, COVID-19 dataset.

En el continente europeo, la incidencia de la enfermedad covid-19 ha sido especialmente intensa para el conjunto de países de la UE, donde se han registrado en el año 2020 unos 15,5 millones de contagios y cerca de 400 mil decesos (cuadro 14). En la distribución territorial, España se sitúa en la tercera posición del ranking de países de la UE con mayor número de contagios y muertes de covid-19, suponiendo un 12,4% y un 13,7% de cada total, respectivamente. Acompañando a nuestro país en las cinco primeras posiciones, se sitúan los países más poblados, Francia, Italia, Alemania y Polonia; representando de forma conjunta el 62,8% de los contagios y el 68% de los fallecimientos registrados en la UE debidos a la pandemia durante 2020.

⁴Una recopilación de estos datos sobre exceso de mortalidad para el caso español puede consultarse en: <https://www.epdata.es/datos/mortalidad-estimada-registrada-cualquier-causa-coincidiendo-epidemia-coronavirus/521/espana/106>.

Cuadro 14. Distribución de la enfermedad covid-19 en la UE según países miembros, 2020 (total anual acumulado)

Orden descendente	Casos		Orden descendente	Defunciones	
	N	%		N	%
1 Francia	2.677.666	17,2	1 Italia	74.159	20,0
2 Italia	2.107.166	13,6	2 Francia	64.759	17,5
3 España	1.928.265	12,4	3 España	50.837	13,7
4 Alemania	1.760.520	11,3	4 Alemania	33.791	9,1
5 Polonia	1.294.878	8,3	5 Polonia	28.554	7,7
6 Países Bajos	808.382	5,2	6 Bélgica	19.528	5,3
7 Chequia	718.661	4,6	7 Rumanía	15.767	4,3
8 Bélgica	646.496	4,2	8 Chequia	11.580	3,1
9 Rumanía	632.263	4,1	9 Países Bajos	11.525	3,1
10 Suecia	437.379	2,8	10 Hungría	9.537	2,6
11 Portugal	413.678	2,7	11 Suecia	8.727	2,4
12 Austria	360.815	2,3	12 Bulgaria	7.576	2,0
13 Hungría	322.514	2,1	13 Portugal	6.906	1,9
14 Croacia	210.837	1,4	14 Austria	6.222	1,7
15 Bulgaria	202.266	1,3	15 Grecia	4.838	1,3
16 Eslovaquia	179.543	1,2	16 Croacia	3.920	1,1
17 Dinamarca	164.116	1,1	17 Eslovenia	2.697	0,7
18 Lituania	141.955	0,9	18 Irlanda	2.237	0,6
19 Grecia	138.850	0,9	19 Eslovaquia	2.138	0,6
20 Eslovenia	122.152	0,8	20 Lituania	1.796	0,5
21 Irlanda	91.779	0,6	21 Dinamarca	1.298	0,4
22 Luxemburgo	46.415	0,3	22 Letonia	635	0,2
23 Letonia	40.904	0,3	23 Finlandia	561	0,2
24 Finlandia	36.107	0,2	24 Luxemburgo	495	0,1
25 Estonia	27.990	0,2	25 Estonia	229	0,1
26 Chipre	22.019	0,1	26 Malta	219	0,1
27 Malta	12.774	0,1	27 Chipre	119	0,0
UE-27	15.546.390	100,0	UE-27	370.650	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Our World in Data, COVID-19 dataset.

Es lógico que aquellos territorios más poblados aporten un mayor número de contagios de la enfermedad covid-19 y de defunciones. Así sucede en el caso de las regiones españolas, pues las más pobladas, como Andalucía, Cataluña y Madrid, suelen registrar las cifras más elevadas de enfermos y decesos; como se puede ver en los cuadros 15 y 16, donde se muestra la distribución por comunidades autónomas de los casos de covid-19 y las defunciones, respectivamente, acaecidas en cada autonomía durante 2020.

Cuadro 15. Distribución de la enfermedad covid-19 en España según autonomías, 2020

Autonomías	Casos covid-19 (total acumulado 2020)		Población (1 enero 2020)		Índice de representación
	N	%	N	%	
Navarra	42.812	2,1	661.197	1,4	150,9
Aragón	80.869	4,0	1.329.391	2,8	141,8
C. Madrid	407.684	20,0	6.779.888	14,3	140,1
La Rioja	18.854	0,9	319.914	0,7	137,3
Castilla y León	134.008	6,6	2.394.918	5,0	130,4
Melilla	4.621	0,2	87.076	0,2	123,7
Cataluña	410.380	20,2	7.780.479	16,4	122,9
País Vasco	115.712	5,7	2.220.504	4,7	121,4
Castilla-La Mancha	104.938	5,2	2.045.221	4,3	119,6
R. Murcia	62.280	3,1	1.511.251	3,2	96,0
Ceuta	3.125	0,2	84.202	0,2	86,5
Extremadura	39.121	1,9	1.063.987	2,2	85,7
C. Valencia	167.588	8,2	5.057.353	10,7	77,2
Andalucía	270.897	13,3	8.464.411	17,8	74,6
Cantabria	18.334	0,9	582.905	1,2	73,3
Islas Baleares	36.661	1,8	1.171.543	2,5	72,9
Asturias	27.541	1,4	1.018.784	2,1	63,0
Galicia	62.840	3,1	2.701.819	5,7	54,2
Canarias	27.827	1,4	2.175.952	4,6	29,8
España	2.036.092	100,0	47.450.795	100,0	-

Nota: Orden descendente según índice de representación autonómico (última columna)

Fuente: Elaboración propia a partir de Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Panel covid-19 (<https://cneocovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos>).

Sin embargo, resulta revelador comparar los porcentajes que representa cada autonomía en el total de contagios (cuadro 15), o defunciones (cuadro 16), con respecto a su peso en términos de la población española, construyendo sendos índices de representación de cada territorio, al dividir uno por otro y multiplicar por cien, como se indicó en el apartado metodológico (capítulo 1). Se trata de una medida de desigualdad distributiva pues, sin tener en cuenta ningún otro factor, el peso de cada región en la población debería venir acompañado de una proporción similar en los contagios para determinar un reparto equitativo, o más igualitario, de los casos de covid-19 desde el punto de vista territorial. Lo mismo se podría decir de las defunciones, bajo el supuesto de un reparto meramente proporcional. Rara vez sucederá algo así, pues las diferencias demográficas y socioeconómicas entre las regiones darán lugar a distribuciones desiguales.

Como se observa en el cuadro 15, ordenadas las regiones en función del valor alcanzado por el índice de representación, nueve autonomías están sobrerrepresentadas en los contagios de covid-19 durante 2020, con Navarra y Aragón a la cabeza de dicho listado. Este grupo de regiones contribuyen en mayor medida a la transmisión de la enfermedad, en relación con su tamaño poblacional. Por el contrario, Canarias y Galicia están el grupo de las regiones subrepresentadas en los casos de covid-19, al mantener una participación en el total español inferior a su peso poblacional. Por su parte, la Región de Murcia se ubica en una posición intermedia, con un valor del índice de representación cercano a 100 (cuadro 15), por lo que su contribución a los contagios registrados en 2020 resulta acorde a su importancia relativa en términos del total de la población española.

Cuadro 16. Distribución de las defunciones de covid-19 en España según autonomías, 2020

Autonomías	Casos covid-19 (total acumulado 2020)		Población (1 enero 2020)		Índice de representación
	N	%	N	%	
Castilla y León	5.194	10,1	2.394.918	5,0	199,3
Castilla-La Mancha	4.218	8,2	2.045.221	4,3	189,6
Aragón	2.632	5,1	1.329.391	2,8	182,0
La Rioja	589	1,1	319.914	0,7	169,2
C. Madrid	11.933	23,1	6.779.888	14,3	161,8
Navarra	972	1,9	661.197	1,4	135,1
País Vasco	3.034	5,9	2.220.504	4,7	125,6
Asturias	1.351	2,6	1.018.784	2,1	121,9
Cataluña	8.796	17,0	7.780.479	16,4	103,9
Extremadura	1.075	2,1	1.063.987	2,2	92,9
Ceuta	61	0,1	84.202	0,2	66,6
Cantabria	403	0,8	582.905	1,2	63,5
Andalucía	5.202	10,1	8.464.411	17,8	56,5
C. Valencia	3.058	5,9	5.057.353	10,7	55,6
Melilla	45	0,1	87.076	0,2	47,5
Galicia	1.385	2,7	2.701.819	5,7	47,1
R. Murcia	757	1,5	1.511.251	3,2	46,0
Islas Baleares	492	1,0	1.171.543	2,5	38,6
Canarias	426	0,8	2.175.952	4,6	18,0
España	51.623	100,0	47.450.795	100,0	-

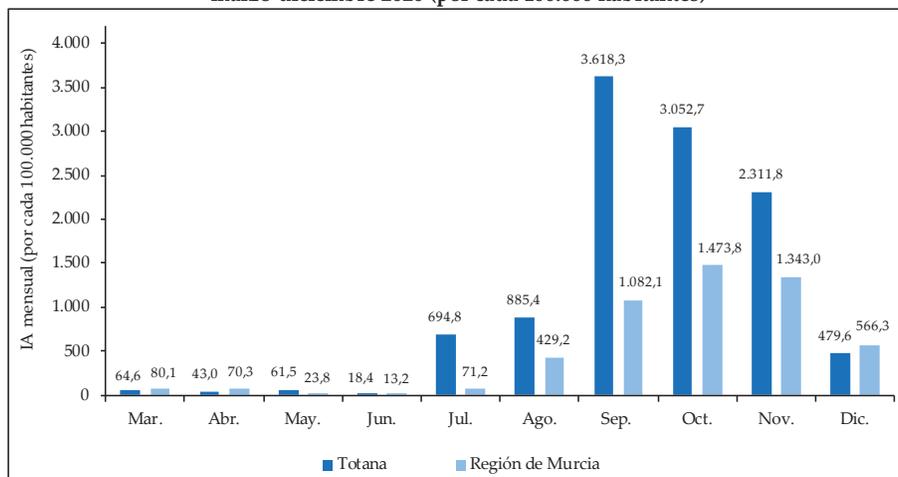
Fuente: Elaboración propia a partir de Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Panel covid-19 (<https://cneocovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos>).

En el caso de las defunciones (cuadro 16), de nuevo Canarias, junto a Baleares y la Región de Murcia ostentan los índices de representación más bajos, formando parte de las diez regiones subrepresentadas en las

defunciones de covid-19 durante el año 2020. En el lado opuesto de esta clasificación, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Aragón encabezan el grupo de las regiones sobrerrepresentadas en los fallecimientos, registrando una participación en las muertes de covid-19 superior a lo que les correspondería por tamaño poblacional.

Los índices de representación aproximan la incidencia acumulada de la enfermedad al poner en relación los casos con la población de cada territorio. El gráfico 1 muestra la incidencia acumulada cada mes por cada cien mil habitantes, de marzo a diciembre de 2020, en la Región de Murcia y en Totana, reflejando el elevado nivel de transmisión de la enfermedad en la localidad en comparación con el conjunto regional.

Gráfico 1. Incidencia acumulada covid-19 mensual, Totana y Región de Murcia, marzo-diciembre 2020 (por cada 100.000 habitantes)

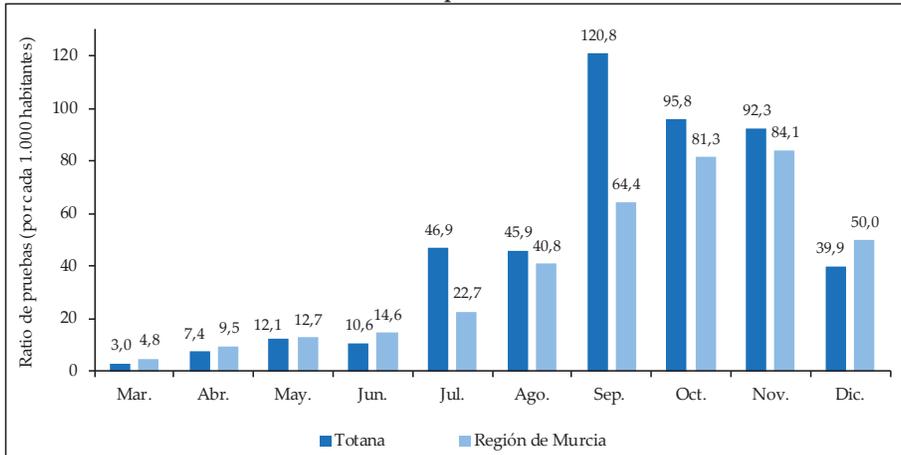


Fuente: Elaboración propia a partir de datos suministrados por el SMS.

Tras un verano con una tasa de incidencia acumulada mensual muy superior a la regional, este indicador registra en septiembre su valor más elevado (3.618 casos por cada 100.000 habitantes), acrecentando la distancia con respecto al promedio regional. Aunque desciende escasamente en octubre, el indicador intensifica su retroceso los dos meses siguientes hasta situarse por debajo de la cifra correspondiente al total de la Región de Murcia. Sin duda, los meses de la campaña recolectora en la localidad contribuyen a la propagación de la enfermedad entre los trabajadores del campo y la industria

agroalimentaria, explicando en gran medida la elevada tasa de incidencia registrada desde mediados del verano y hasta finalizar el otoño.

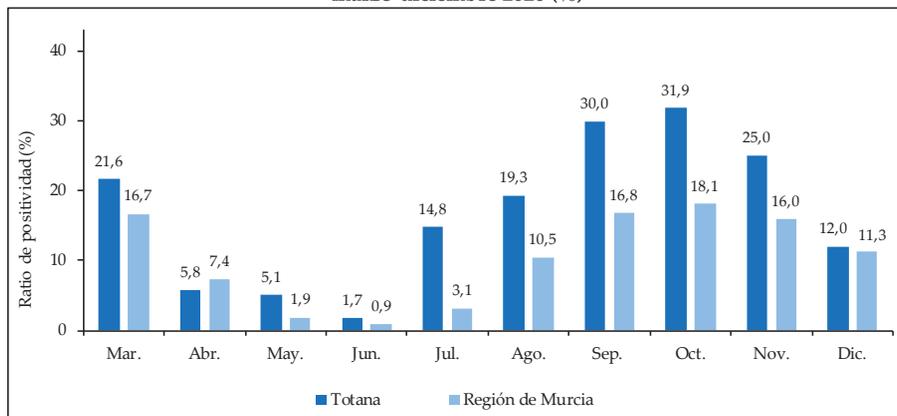
Gráfico 2. Pruebas diagnósticas de covid-19 realizadas, Totana y Región de Murcia, marzo-diciembre 2020 (por cada 1.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos suministrados por el SMS.

En gran medida, la tasa de incidencia acumulada depende del número de pruebas diagnósticas que se realicen. Cuanto más elevado sea el número de test realizados a la población, resulta más probable encontrar casos positivos, ayudando a controlar más efectivamente la transmisión de la enfermedad entre la población. Así, el número de pruebas realizadas para detectar la enfermedad covid-19 se eleva considerablemente en Totana durante los meses de septiembre a noviembre (gráfico 2), acompañando al periodo de mayor tasa de incidencia mensual acumulada. En el mes de septiembre la ratio de pruebas diagnósticas por cada mil habitantes de la localidad duplica al dato regional, acercándose los valores de este indicador para los dos espacios, Totana y la Región de Murcia, en los meses posteriores.

Gráfico 3. Pruebas diagnósticas de covid-19 positivas, Totana y Región de Murcia, marzo-diciembre 2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos suministrados por el SMS.

Por último, el gráfico 3 proporciona la evolución de la ratio de positividad, definida como el porcentaje de pruebas realizadas que obtienen un resultado positivo. Dicha ratio se sitúa alrededor del 30% en los meses de mayor transmisión de la enfermedad en Totana; descendiendo a niveles similares a los de la Región de Murcia en diciembre de 2020. La OMS considera que una tasa de positividad superior al 5% significa que la pandemia está descontrolada. Tasas de positividad en torno al 11%, como las que muestran Totana y la Región de Murcia al final del periodo analizado, resultan ser muy altas, aunque están acordes con el promedio nacional, que resulta ser uno de los más elevados de los países de nuestro entorno y del mundo.

Sirva este capítulo de la situación demográfica, laboral y sanitaria del municipio de Totana como contextualización en la que se inserta la investigación realizada, sobre las condiciones sociales y sus efectos sobre la propagación de la enfermedad covid-19 en dicha localidad; habiéndose incluido también los niveles de contagio locales en el ámbito regional y nacional.

Los resultados se exponen en el siguiente capítulo, estructurados en tres apartados diferenciados, siguiendo la fuente de información de la que se han extraído: la encuesta, realizada a trabajadores de una de las principales empresas agrícolas de Totana; entrevistas a doce hogares vulnerables de la ciudad, en los que se concentran múltiples desventajas sociales; y por último, grupo de discusión con ocho profesionales que han desarrollado un

papel fundamental durante la pandemia, se trata de expertos en trabajo social, protección social, seguridad ciudadana, empleo y salud.

Se considera que estas tres fuentes de información, junto al contexto de este capítulo, permiten ofrecer una relevante visión de la realidad social y sanitaria del municipio de Totana durante la pandemia sufrida en el año 2020, en el que los condicionantes sociales han determinado en gran medida los altos niveles de contagio, como se verá a continuación.

3. Vulnerabilidad social y riesgo de propagación de la enfermedad covid-19 en Totana

Introducción

Este capítulo presenta los resultados obtenidos de las diversas técnicas de análisis aplicadas en este estudio. En primer lugar, se expone la opinión acerca de la pandemia, recabada mediante encuesta a una muestra significativa de trabajadores de una empresa agroalimentaria de Totana. En segundo lugar, se analizan los discursos recopilados de las entrevistas a miembros de hogares en situación de vulnerabilidad social de la localidad. Finalmente, en tercer lugar, se ofrece el punto de vista de los profesionales que intervienen en la realidad social del municipio, a través del grupo de discusión llevado a cabo.

De este modo, nos acercamos de forma cuantitativa y cualitativa al estudio de la realidad social que subyace a la enfermedad covid-19 en el municipio de Totana, a través de la voz de sus protagonistas, empleados y profesionales de distintos ámbitos sociales y económicos, así como personas especialmente vulnerables, o en riesgo de exclusión social. Esta confluencia de técnicas proporciona una amplia variedad de contenidos a este capítulo, derivada de la riqueza de los resultados obtenidos que, no obstante, quedan agrupados bajo epígrafes similares, pues se trata del mismo objeto de estudio abordado desde diversas perspectivas.

3.1. Opinión de los trabajadores

Esta sección examina los resultados de la encuesta realizada a los trabajadores de una empresa radicada en Totana. Las características de la muestra y del universo poblacional al que va referida, así como el diseño del cuestionario empleado, ya han sido expuestos al abordar la metodología de este estudio (capítulo 1). La información recabada se analiza teniendo en cuenta diversas

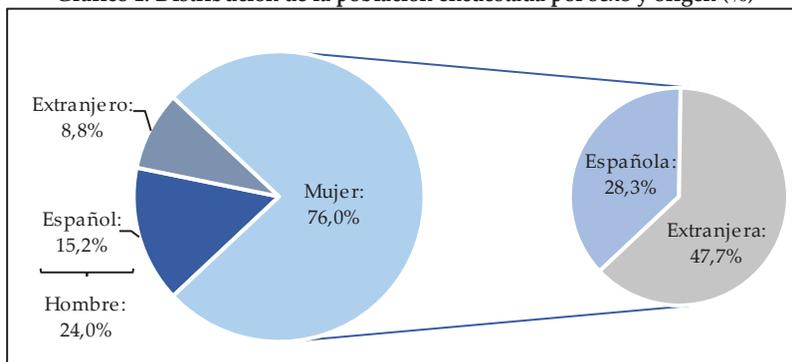
variables de clasificación: sexo, origen (lugar de nacimiento en España o en el extranjero), grupos de edad, residencia en Totana (combinada también con el origen) y nivel educativo alcanzado. Con motivo de aligerar el contenido de este capítulo, facilitando así su lectura y seguimiento, se recurre en gran medida al análisis gráfico y se aportan los datos más relevantes en distintos Cuadros; a la vez que se ha llevado parte de la información estadística al final de esta publicación, en los Anexos 1 y 2, bajo la denominación de Tablas. Mientras que el Anexo 1 presenta el grueso de los datos de forma descriptiva, siguiendo la misma estructura y secuencia expositiva que en este capítulo; el Anexo 2 proporciona diversos contrastes de inferencia estadística. Esta diferente terminología, cuadro y tabla para referirse a la información estadística analizada, permite distinguir claramente su ubicación conforme sea citada: el cuadro, en este capítulo 3, y la tabla, en los Anexos 1 y 2, al que el lector puede recurrir, o no, para ampliar los datos analizados según su interés.

A continuación, se ofrecen los principales resultados obtenidos, estructurados en torno a tres puntos clave del análisis: a) Condiciones sociales; b) Prevención y riesgo de contagio y c) Posibilidades de aislamiento. En general, se siguen los principales contenidos del cuestionario diseñado, que puede consultarse en el apéndice del capítulo 1.

3.1.1. Condiciones sociales

Las 363 personas encuestadas reúnen ciertas características sociodemográficas que las configuran como un grupo heterogéneo y con rasgos peculiares, distintos a los de la población general del municipio de Totana.

Gráfico 1. Distribución de la población encuestada por sexo y origen (%)



Fuente: Elaboración propia.

Se trata de un colectivo feminizado y mayoritariamente de origen extranjero (gráfico 1), ya que las tres cuartas partes de las personas encuestadas son mujeres, concretamente un 76%, y más de la mitad (56,5%) han nacido en el extranjero. El lugar de nacimiento, variable a la que se ha denominado origen, se reparte de forma opuesta entre hombres y mujeres: para los primeros es más frecuente el origen español, mientras que entre las segundas predomina el extranjero; con participaciones similares en ambos casos, alrededor del 63% (cuadro 1).

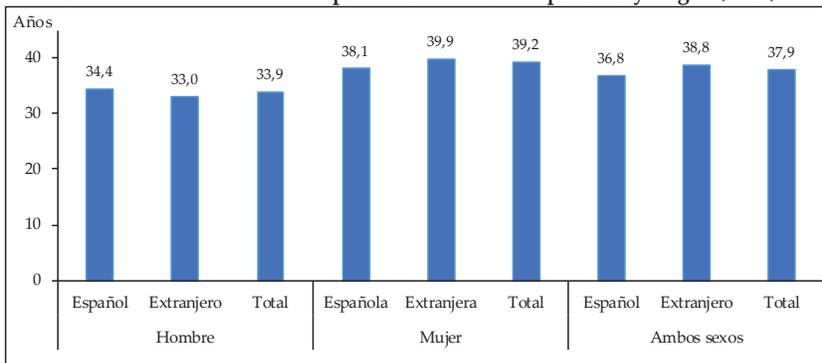
Cuadro 1. Personas encuestadas según sexo y origen

Origen	Hombre		Mujer		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Español	55	63,2	103	37,3	158	43,5
Extranjero	32	36,8	173	62,7	205	56,5
Total	87	100,0	276	100,0	363	100,0

Fuente: Elaboración propia.

También difieren los grupos de edad prevalecientes en los dos sexos y en los dos orígenes. Los tramos de edad más jóvenes, 18-25 años y 26-35 años, suponen conjuntamente el 64,3% de los hombres y el 50% de los españoles encuestados (tablas 2 y 3, Anexo 1). En cambio, para las mujeres y el origen extranjero, los siguientes grupos de edad, 36-45 años y 46-55 años, son los mayoritarios; representando alrededor del 56% en ambos casos.

Gráfico 2. Edad media de la población encuestada por sexo y origen (años)



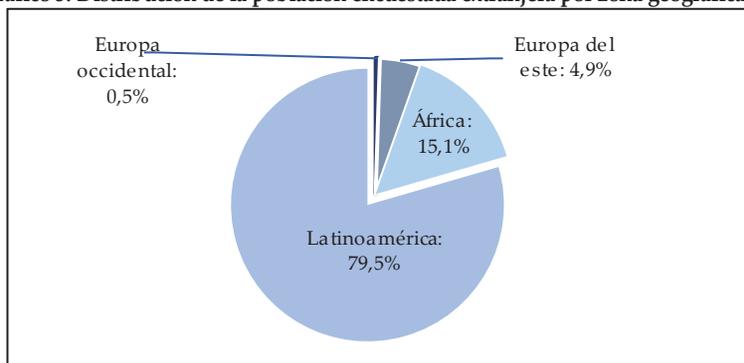
Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, como muestra el gráfico 2, la edad media de las mujeres (39,2 años) es superior a la de los hombres (33,9 años); siendo también superior para las personas encuestadas extranjeras (38,8 años) en relación

con las españolas (36,8 años). Como resultado, el promedio de edad del conjunto de los encuestados es de unos 38 años, observándose la diferencia más acusada entre el hombre y la mujer de origen extranjero.

La Región de Murcia conforma, casi en su totalidad, el origen español, que supone el 43,5% de los encuestados (tablas 6 y 7). Mientras que el origen extranjero, un 56,5%, como ya se ha mencionado, procede mayoritariamente de Latinoamérica, con Ecuador y Bolivia a la cabeza (gráficos 3 y 4).

Gráfico 3. Distribución de la población encuestada extranjera por zona geográfica (%)



Nota: Europa occidental recoge solo un caso procedente de Portugal.

Fuente: Elaboración propia.

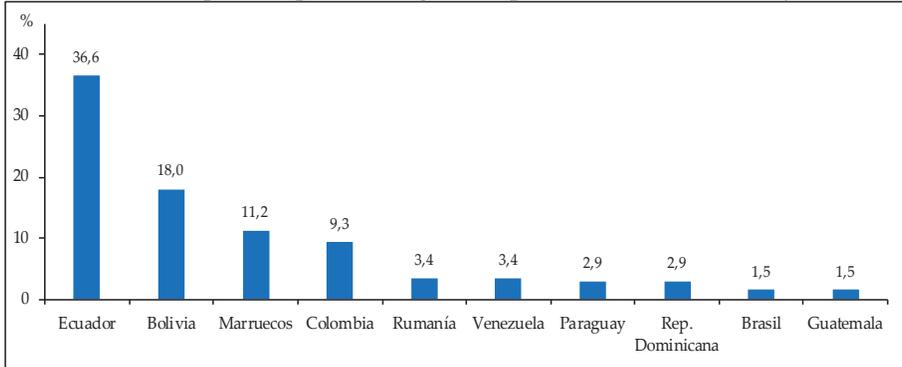
África es la segunda zona geográfica en importancia, siendo Marruecos el principal país de esta procedencia, representando un 11,2% de los extranjeros y un 6,3% del total de encuestados (tablas 6 y 7) y situándose en la tercera posición más importante entre los países de origen (gráfico 4). Tras Colombia, Rumanía se coloca en el quinto lugar como país de procedencia de los encuestados extranjeros.

Mientras que el origen ecuatoriano tiene una mayor presencia relativa entre los hombres extranjeros (43,8%) que entre las extranjeras (35,3%), los nativos bolivianos alcanzan un peso relativo similar en los extranjeros encuestados de ambos sexos (tabla 6). En el caso de Marruecos, también contribuye más en términos relativos al total de extranjeros de sexo masculino (21,9%) que femenino (9,2%). En cambio, las personas encuestadas procedentes de Rumanía son solo mujeres (tabla 6).

Precisamente, son las mujeres procedentes de Europa del este quienes mantienen una mayor diferencia de edad media, con respecto a los hombres

de esa misma zona geográfica, 43,7 y 30,0 años de media, respectivamente (tabla 8). En cambio, las mujeres africanas son las más jóvenes en promedio (35,7 años) y ostentan la menor distancia en edad respecto de los hombres africanos (33,1 años).

Gráfico 4. Diez primeros países de origen de la población encuestada extranjera (%)



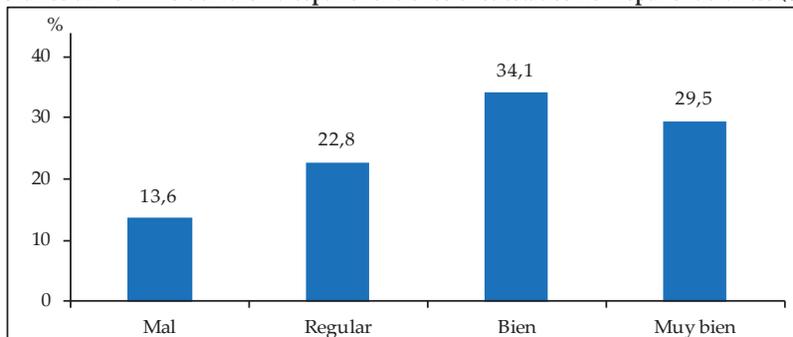
Fuente: Elaboración propia.

De forma nítida, los países latinoamericanos sobresalen entre los diez primeros países de origen (gráfico 4), suponiendo esta zona geográfica el 45% del total de encuestados (tabla 7). Se trata, por tanto, de población hispanohablante y que, además, tiene una amplia trayectoria en nuestro país, unos 14,3 años de media (tabla 9).

Los encuestados procedentes de países de Europa del este (Rumanía, Lituania y Rusia) elevan hasta los 17,1 años el tiempo promedio de estancia en España; siendo también alto el número medio de años de permanencia del origen africano (14,7 años). Como resultado, la población extranjera encuestada en su conjunto alcanza un tiempo medio de estancia en España de 14,5 años.

Dado que las personas extranjeras encuestadas no hispanohablantes llevan residiendo en nuestro país bastante tiempo, la mayoría de ellas, un 63,6% considera que habla el idioma español bien o muy bien, frente al 36,4% que manifiesta hablarlo mal o regular (gráfico 5).

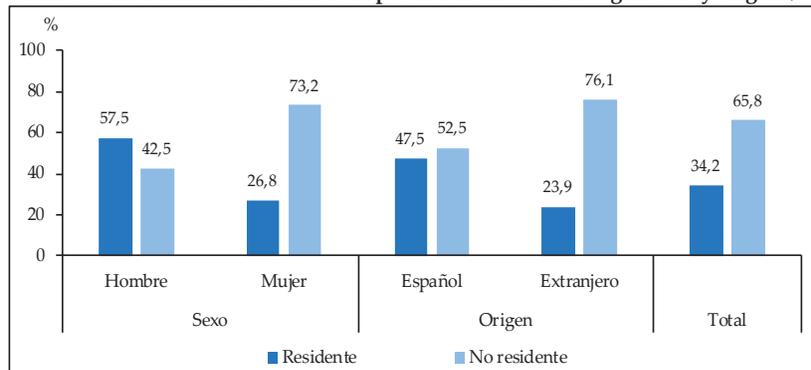
Gráfico 5. Dominio del idioma español entre los encuestados no hispanohablantes (%)



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los encuestados no reside en Totana (65,8%), a pesar de trabajar en dicho municipio (gráfico 6, tabla 10): más de la mitad del origen español y en torno a las tres cuartas partes del origen extranjero y de las mujeres son no residentes, debiéndose desplazar a diario a su lugar de trabajo en la localidad desde otros municipios cercanos (Murcia, Lorca o Alcantarilla, principalmente). Tan solo entre los hombres encuestados predominan quienes residen en Totana.

Gráfico 6. Residencia en Totana de la población encuestada según sexo y origen (%)



Fuente: Elaboración propia.

Otra forma de ver esta cuestión es analizar la distribución de quienes residen, o no, en Totana combinando sexo y origen nacional (cuadro 2). Se observa un reparto más homogéneo de los trabajadores encuestados que residen en la localidad, en comparación con los no residen. Así, aunque entre los residentes hay una menor proporción de hombres de origen extranjero, el resto de

grupos ronda el 30%. Por el contrario, entre los trabajadores encuestados no residentes en Totana, las mujeres extranjeras son claramente mayoritarias (58,1%), seguidas de las españolas (26,4%); de modo que solo el 15,5% de los no residentes son hombres, con un peso similar de los dos orígenes.

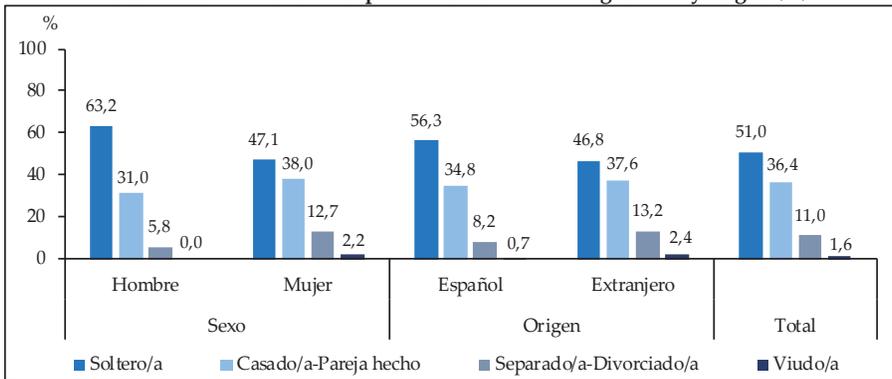
Cuadro 2. Residencia en Totana de la población encuestada según sexo y origen combinados (%)

	Residente en Totana		No residente en Totana		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Hombre español	35	28,2	20	8,4	55	15,1
Hombre extranjero	15	12,1	17	7,1	32	8,8
Mujer española	40	32,3	63	26,4	103	28,4
Mujer extranjera	34	27,4	139	58,1	173	47,7
Total	124	100,0	239	100,1	363	100,1

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al estado civil, como muestran el gráfico 7 y la tabla 11 del Anexo 1, algo más de la mitad de la población encuestada es soltera (51%). En consonancia con la menor edad media de los hombres encuestados y su mayor presencia relativa en el origen español, la soltería incrementa su participación en ambos grupos. A la mujer, con más peso en el origen extranjero y con mayor edad media, le corresponde una mayor proporción de casadas o parejas de hecho, junto con el estado civil de separada o divorciada.

Gráfico 7. Estado civil de la población encuestada según sexo y origen (%)



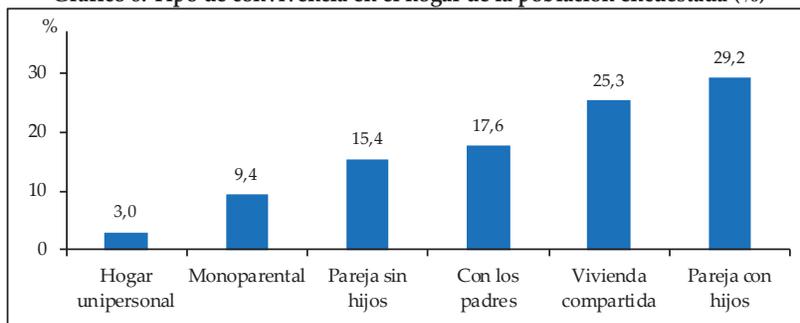
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las características de los hogares, su tamaño medio es de 3,5 personas; pues cerca del 92% de los encuestados forma parte de un hogar compuesto por dos a cinco miembros (tabla 12). Solo un 5,2% de los encuestados manifiesta pertenecer a un hogar numeroso (más de cinco

personas). Por otro lado, la información proporcionada sobre la vivienda, en concreto, la declaración sobre los metros cuadrados útiles aproximados de la misma arroja un promedio de 113 m². Al dividir ambos datos, superficie útil de la vivienda y número de personas integrantes del hogar, se obtiene la densidad de ocupación de la vivienda, expresada en m²/persona; lo que constituye un indicador de hacinamiento, o sobreocupación de la vivienda, cuando su valor es de 15 m²/persona o inferior. Únicamente el 1,4% de los encuestados parece sufrir problemas de hacinamiento (tabla 13), incrementándose ligeramente este porcentaje hasta el 2% para las personas encuestadas extranjeras. Así, en función de las respuestas ofrecidas, la mitad de los encuestados (50,1%) dispone de 16 a 30 m²/persona.

La forma más frecuente de convivencia es la pareja con hijos, un 29,2% de la población encuestada (gráfico 8). La siguiente modalidad en importancia es la vivienda compartida: una cuarta parte de los encuestados convive con otros núcleos familiares o con otras personas, con o sin parentesco, elevándose este porcentaje a cerca del 37% en el colectivo de origen extranjero (tabla 14). Quienes viven con sus padres (17,6% del total) suponen un 33,3% de los hombres y el 27,2% del origen español. La representación de los hogares monoparentales (9,4%) se incrementa levemente para las mujeres encuestadas, llegando al 10,9% (tabla 14).

Gráfico 8. Tipo de convivencia en el hogar de la población encuestada (%)

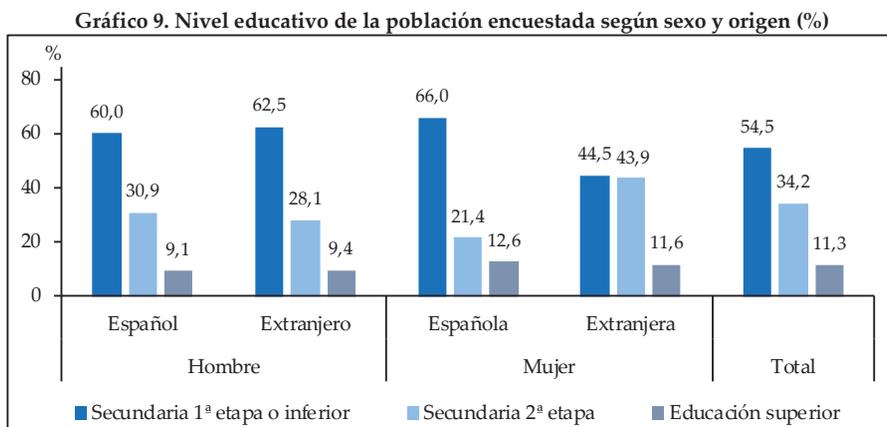


Fuente: Elaboración propia.

De este modo, tan solo el 42,1% de la población encuestada tiene personas económicamente dependientes a su cargo, reduciéndose al 31,1% los que cuidan de otras personas (tabla 15). Estos porcentajes son superiores para los extranjeros y las mujeres, en torno al 50% y el 36%, respectivamente, en

ambos casos; puesto que la condición de extranjería está muy ligada al sexo femenino entre las personas encuestadas.

Para cerrar la caracterización sociodemográfica de la población encuestada, el gráfico 9 y la tabla 16 del Anexo 1 proporcionan el nivel educativo según sexo y origen. Se han agregado en el nivel educativo más bajo, denominado secundaria 1ª etapa o inferior, a las personas sin estudios y a quienes han completado, como máximo, la enseñanza primaria o la secundaria obligatoria (ESO). El nivel educativo de secundaria 2ª etapa se refiere a los estudios terminados de bachiller o equivalentes (educación secundaria postobligatoria, como la formación profesional de grado medio, por ejemplo), mientras que la educación superior comprende enseñanzas profesionales de grado superior o universitarias (denominada también educación terciaria).



Fuente: Elaboración propia.

La primera etapa de educación secundaria, o menos, es el nivel de estudios alcanzado por cerca del 55% de las personas encuestadas (gráfico 9). Entre los nacidos en España, el nivel educativo más bajo alcanza a más del 60% (tabla 16), sobre todo mujeres, donde supone la mayor representación, un 66%. En cambio, la segunda etapa de educación secundaria (postobligatoria) es más frecuente para la mujer extranjera, seguida del hombre español. Alrededor del 11% de los encuestados ha terminado estudios superiores, siendo este porcentaje algo más bajo para los hombres que para las mujeres.

3.1.2. Prevención y riesgo de contagio

En este apartado se presentan los resultados correspondientes al segundo bloque del cuestionario, preguntas 13 a 24. Como se ha dicho, las respuestas ofrecidas por los encuestados han sido analizadas en función del sexo, el origen, la residencia en el municipio de Totana y el nivel educativo. Siguiendo este orden aparecen en las tablas recogidas en el Anexo 1, donde se podrá buscar la información que sirve de base al análisis efectuado, resumiendo en este apartado los resultados más relevantes.

Se destacan, por tanto, aquellas características que presentan una mayor incidencia relativa en relación con la cuestión analizada; es decir, cuando el porcentaje correspondiente al grupo de estudio supera al del total de la población encuestada. Un ejemplo puede verse en el cuadro 3, donde se sintetiza la información de las tablas 17 a 20 del Anexo 1, en relación con la prevalencia de la enfermedad covid-19 entre los trabajadores encuestados, teniendo en cuenta las variables de clasificación contempladas.

Cuadro 3. Prevalencia de la enfermedad covid-19 en la población encuestada según sexo, origen, grupo de edad, residencia en Totana y nivel educativo (%)

Han enfermado	% grupo		Incidencia relativa
Sexo	Sí	No	(Total=100)
Hombre	21,8	78,2	99,1
Mujer	22,1	77,9	100,5
Origen	Sí	No	(Total=100)
Español	17,1	82,9	77,7
Extranjero	25,9	74,1	117,7
Grupo de edad	Sí	No	(Total=100)
Menor de 30 años	20,9	79,1	95,0
Entre 30-50 años	24,1	75,9	109,5
Mayor de 50 años	18,2	81,8	82,7
Residencia en Totana	Sí	No	(Total=100)
Residente	23,4	76,6	106,4
No residente	21,3	78,7	96,8
Nivel educativo	Sí	No	(Total=100)
Secundaria 1ª etapa o inferior	17,7	82,3	80,5
Secundaria 2ª etapa	30,6	69,4	139,1
Educación superior	17,1	82,9	77,7
Total	22,0	78,0	-

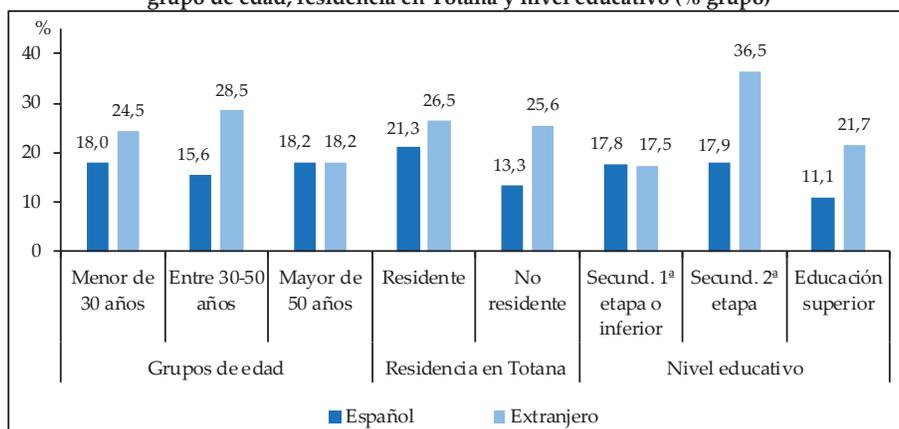
Fuente: Elaboración propia.

Las dos primeras columnas del cuadro 3 recogen los porcentajes horizontales representativos de haber padecido, o no, la enfermedad covid-19 para cada grupo definido por la variable de interés; siendo su suma igual a cien. La última columna refleja la incidencia relativa, o riesgo relativo en este caso, de padecer la enfermedad covid-19 de cada grupo; obtenida al expresar el porcentaje afirmativo de cada colectivo en términos del correspondiente al total de la población encuestada, que se hace igual a cien, tal y como se definió en el capítulo de metodología. Si la incidencia relativa de la enfermedad covid-19 es superior a cien, indica un mayor riesgo relativo de ese grupo de encuestados de contraer la enfermedad en relación con el total de ellos, indicando la diferencia con respecto al 100% el porcentaje en el que dicho grupo incrementa su riesgo en comparación con el total.

De este modo, la prevalencia de la enfermedad covid-19 entre la población trabajadora encuestada es del 22%, registrando una incidencia relativa más elevada, o un mayor riesgo relativo de padecer la enfermedad covid-19: las personas encuestadas extranjeras, de 30 a 50 años de edad, residentes en Totana y con estudios secundarios postobligatorios (cuadro 3).

La condición inmigrante de la mayoría de los encuestados contribuye, en gran medida, a explicar el mayor riesgo relativo de padecer la enfermedad covid-19 por parte del resto de grupos, como muestra el gráfico 10, al ofrecer la prevalencia de la enfermedad teniendo en cuenta el lugar de nacimiento.

Gráfico 10. Población encuestada que ha padecido la enfermedad covid-19 según origen, grupo de edad, residencia en Totana y nivel educativo (% grupo)

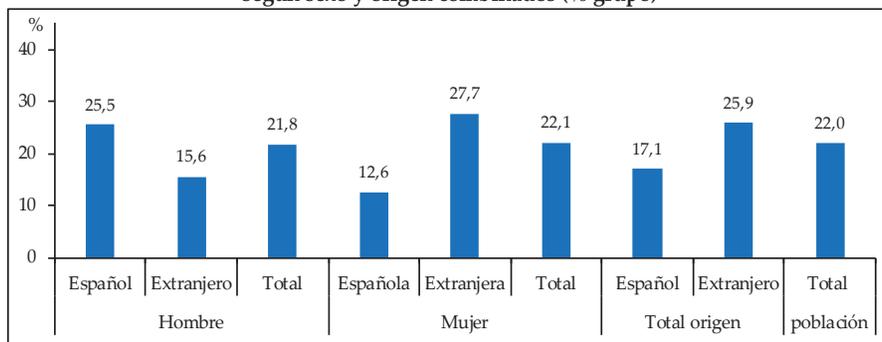


Fuente: Elaboración propia.

Salvo para las personas mayores de 50 años y las que tienen un menor nivel educativo (secundaria 1ª etapa o inferior), que cuentan con una prevalencia de la enfermedad similar entre los dos orígenes, en el resto de grupos el porcentaje de encuestados extranjeros que han enfermado de covid-19 supera ampliamente al de encuestados españoles (gráfico 10).

Por otro lado, aunque el sexo no parece ser un factor diferenciador de la incidencia relativa de la enfermedad covid-19 (cuadro 3, tabla 17), su combinación con el origen español o extranjero proporciona otra perspectiva. A la vista del gráfico 11, se comprueba el mayor riesgo relativo de padecer la enfermedad covid-19 por parte de los hombres de origen español y las mujeres de origen extranjero.

Gráfico 11. Población encuestada que ha padecido la enfermedad covid-19 según sexo y origen combinados (% grupo)



Fuente: Elaboración propia.

Así, la prevalencia de la enfermedad covid-19 para cada sexo oculta las importantes diferencias por origen, español o extranjero. La mujer extranjera ostenta la incidencia más elevada (27,7%), muy superior a la del hombre extranjero (15,6%); de ahí, que su mayoritaria presencia dentro del total de la población encuestada determine el mayor riesgo relativo del conjunto del origen extranjero.

Por su parte, la alta prevalencia de la enfermedad covid-19 del hombre español (25,5%), frente a la mujer española (12,6%), contribuye a explicar también el mayor riesgo relativo de los residentes en el municipio de Totana y, sobre todo, el elevado riesgo relativo de aquellos que tienen un nivel educativo intermedio (secundaria 2ª etapa); al tener en cuenta su importancia en ambos grupos, como se ha visto en el cuadro 2 y el gráfico 8.

El cuadro 4 presenta la distribución de la población encuestada que ha contraído la enfermedad covid-19, un total de 80 personas, teniendo en cuenta diversas características sociodemográficas, con objeto de visualizar de forma resumida sus principales rasgos. Se trata, principalmente, de mujeres extranjeras, no residentes en el municipio de Totana, de edad y nivel educativo intermedios (entre 30-50 años y enseñanza secundaria 2ª etapa, respectivamente), con predominio del estado civil de soltero y que conviven con pareja e hijos o comparten vivienda con otras personas.

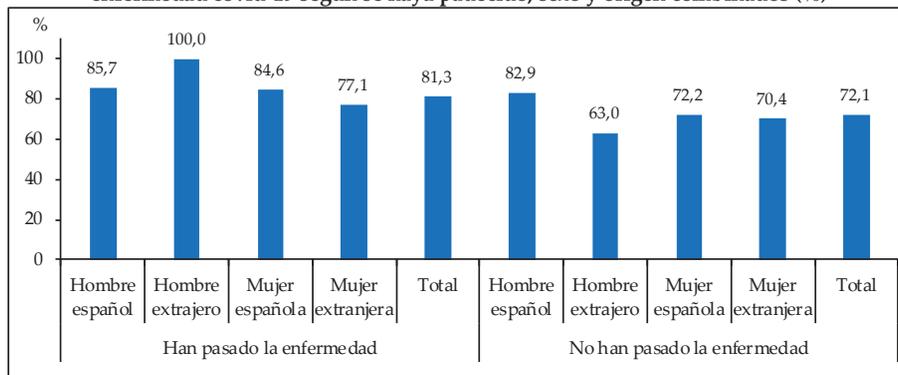
Cuadro 4. Distribución de la población encuestada que ha padecido la enfermedad covid-19 según diversas características sociodemográficas (%)

Sexo y origen	VA	%	Residencia y origen	VA	%
Hombre español	14	17,5	Residente español	16	20,0
Hombre extranjero	5	6,3	Residente extranjero	13	16,3
Mujer española	13	16,3	No residente español	11	13,8
Mujer extranjera	48	60,0	No residente extranjero	40	50,0
Grupo de edad	VA	%	Nivel educativo	VA	%
Menor de 30 años	23	28,8	Secundaria 1ª etapa o inferior	35	43,8
Entre 30-50 años	45	56,3	Secundaria 2ª etapa	38	47,5
Mayor de 50 años	12	15,0	Educación superior	7	8,8
Tipo de convivencia	VA	%	Estado civil	VA	%
Hogar unipersonal	2	2,5	Soltero	47	58,8
Pareja sin hijos	10	12,5	Casado/Pareja de hecho	22	27,5
Pareja con hijos	26	32,5	Separado/Divorciado	7	8,8
Con los padres	12	15,0	Viudo	4	5,0
Monoparental	9	11,3	Total encuestados que han pasado la enfermedad covid-19	VA	%
Vivienda compartida	21	26,3		80	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Las personas que ya han pasado la enfermedad covid-19 son más conscientes de la posibilidad de volver a contraerla, con respecto al conjunto de encuestados: 81,3% frente a 74,1%, respectivamente, lo que supone una diferencia de algo más de 7 puntos porcentuales (tabla 21). Este diferencial se incrementa al comparar entre los que han pasado la enfermedad y aquellos que no lo han hecho, hasta 9,2 puntos (gráfico 12). Así, la posibilidad de reinfección es bastante más conocida cuando se ha pasado la enfermedad covid-19, llegando hasta al 100% para los hombres extranjeros que ya la han contraído. Por el contrario, solo el 63% de los hombres encuestados extranjeros que no ha enfermado sabe que puede haber un segundo contagio.

Gráfico 12. Población encuestada que conoce la posibilidad de contraer de nuevo la enfermedad covid-19 según se haya padecido, sexo y origen combinados (%)

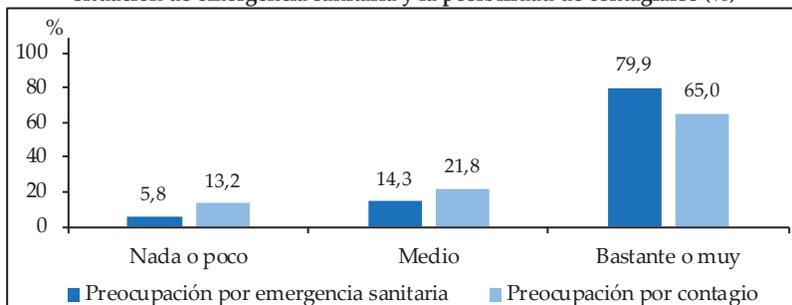


Fuente: Elaboración propia.

Las dos siguientes preguntas del cuestionario, P.14 y P.15, se dirigen a conocer el grado de preocupación de los trabajadores encuestados ante la situación general derivada de la pandemia y la posibilidad de contagiarse, respectivamente. Como ya se indicó en el capítulo de metodología, las respuestas recogidas mediante una escala de valoración de 1 a 10, se han agregado en tres categorías para facilitar la presentación e interpretación de sus resultados. Por consiguiente, los tres niveles de preocupación sintetizados son: Nada o poco preocupado/a, valores de 1 a 4; Preocupación media, valores 5 y 6; Bastante o muy preocupado/a, valores de 7 a 10. Siguiendo este formato agregado se presentan las tablas 22 a 29 (Anexo 1), que recogen la información recabada en las preguntas 14 y 15 del cuestionario según las variables de clasificación que se vienen considerando (sexo, origen, edad, residencia en Totana y nivel educativo). El valor promedio ubicado en la última fila de cada tabla corresponde a la escala de valoración sin agregar (de 1 a 10).

El gráfico 13 recoge los porcentajes de encuestados correspondientes a los tres niveles agregados de preocupación, tanto por la situación de emergencia sanitaria como por la posibilidad personal de contagiarse. Llama la atención el menor grado de preocupación ante un posible contagio en comparación con el otorgado a la situación general provocada por la pandemia.

Gráfico 13. Grado de preocupación de la población encuestada ante la situación de emergencia sanitaria y la posibilidad de contagiarse (%)



Fuente: Elaboración propia.

Alrededor del 80% de los encuestados está bastante o muy preocupado con la situación general de emergencia sanitaria, otorgando una valoración media de 7,8 puntos sobre un máximo de 10 (tabla 22). Tan solo un 5,8% está poco o nada preocupado, al puntuar con 4 o menos, mientras que un 14,3% valora en medio su nivel de preocupación (puntuaciones 5 y 6). Por su parte, el grado de preocupación personal ante un posible contagio registra una valoración media de 7,2 (tabla 26), mientras que desciende el porcentaje de encuestados que está bastante o muy preocupado (65%) y se eleva el de los que están poco o nada preocupados (13,2%).

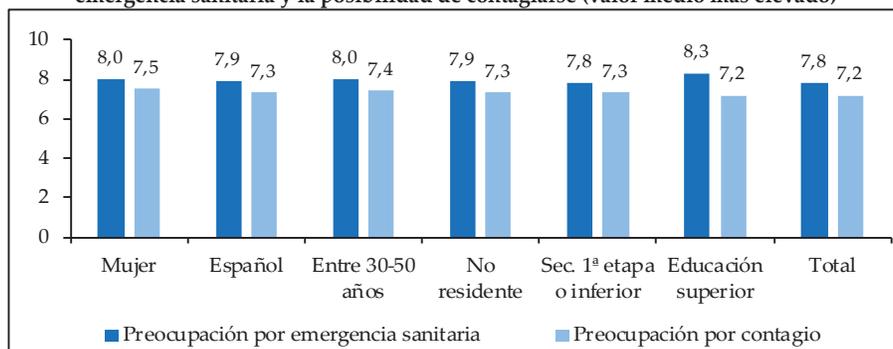
La preocupación general por la situación es mayor entre las mujeres, los españoles, el grupo de edad intermedia (30-50 años) y aquellos con nivel educativo superior (tablas 22 a 25). Alternativamente, quienes manifiestan una baja preocupación general por la situación de emergencia sanitaria, puntuando con 4 o menos, son los hombres, los extranjeros y los menores de 30 años.

De nuevo, el sexo femenino, el origen español y los encuestados de edad intermedia (30-50 años) manifiestan un mayor grado de preocupación por contagiarse. Sin embargo, en esta ocasión, es el nivel educativo más bajo (secundaria 1ª etapa o inferior) el que se muestra más preocupado ante un posible contagio (tablas 26 a 29).

El gráfico 14 proporciona, para cada grupo analizado (según sexo, origen, grupo de edad, residencia en Totana y nivel educativo), el valor medio más elevado del grado de preocupación frente a la situación de pandemia y al propio contagio. En ambos casos, la caracterización de quienes alcanzan un grado de preocupación más alto coincide, salvo cuando se contempla el

nivel educativo, como ya se ha señalado. Por otra parte, según se desprende del análisis estadístico inferencial realizado (Anexo 2), los niveles más altos de preocupación por la pandemia se producen entre las personas de origen español, con especial intensidad entre las mujeres españolas.

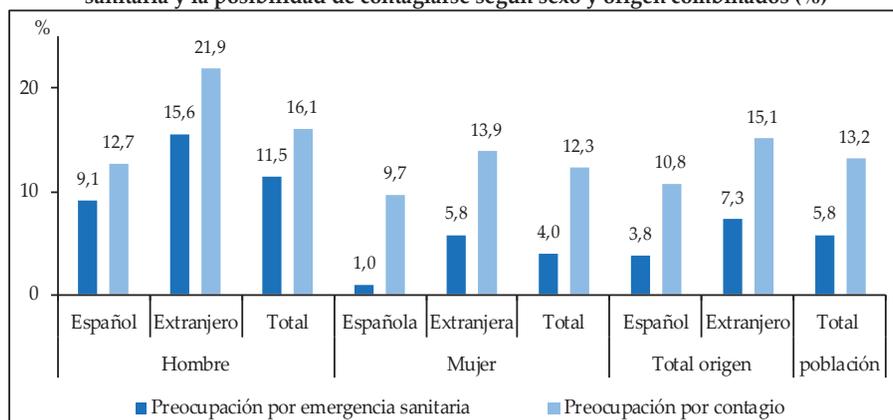
Gráfico 14. Grado de preocupación de la población encuestada ante la situación de emergencia sanitaria y la posibilidad de contagiarse (valor medio más elevado)



Fuente: Elaboración propia.

Centrando la atención en el grupo que ha manifestado un menor grado de preocupación por la pandemia, aquellos que han puntuado con un 4 o menos en las preguntas 14 y 15 del cuestionario, el gráfico 15 destaca sus rasgos por sexo y origen de forma conjunta, dada la importancia observada en la combinación de ambas variables.

Gráfico 15. Población encuestada nada o poco preocupada ante la situación de emergencia sanitaria y la posibilidad de contagiarse según sexo y origen combinados (%)

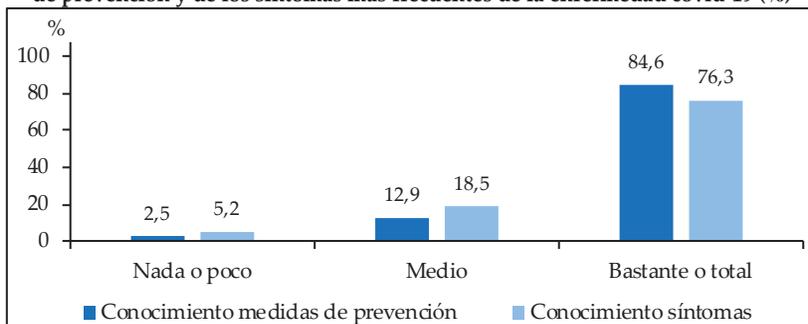


Fuente: Elaboración propia.

Aunque se debe tener en cuenta lo reducido de la muestra en este caso, de nuevo, resultan llamativas las diferencias entre ambos sexos dentro de cada origen, sobre todo entre los hombres y mujeres nacidos en el extranjero, cuyos porcentajes distan de 8 a 10 puntos (gráfico 15). Los hombres extranjeros se constituyen en el grupo con mayor proporción de personas escasamente preocupadas por la situación general de emergencia sanitaria (15,6%) y por un posible contagio (21,9%), seguido de los hombres de origen español (9,1% y 12,7%, respectivamente). Otras características que acompañan a los trabajadores encuestados de sexo masculino y que, como ya se ha visto, distinguen también a este grupo con bajo nivel de preocupación ante la pandemia son una menor edad y bajos niveles educativos.

Sin duda, la menor proporción de encuestados con educación terciaria que declara estar bastante o muy preocupado ante la posibilidad de un contagio, un 58,5%, frente al porcentaje registrado por quienes tienen los niveles educativos más bajos, un 66,7% (tabla 29), obedece al mayor grado de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención con respecto al resto de grupos (tablas 30 a 33). Asimismo, el nivel de conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 es más elevado para el nivel educativo superior frente al resto de grupos analizados (tablas 35 a 38).

Gráfico 16. Grado de conocimiento de la población encuestada de las medidas sanitarias de prevención y de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 (%)

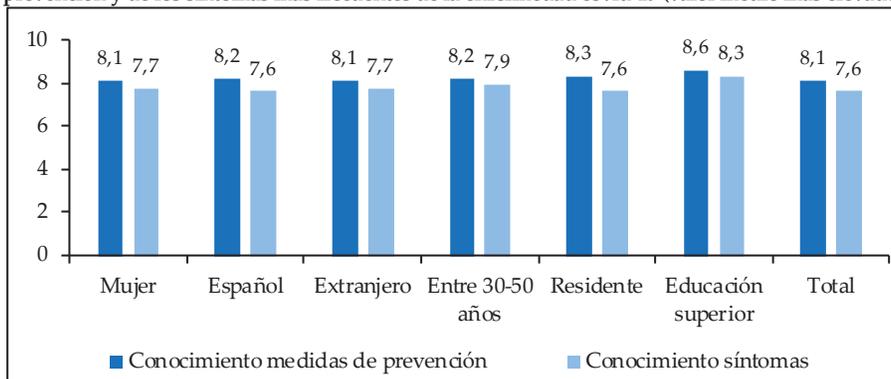


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 16 muestra como el porcentaje de encuestados que manifiesta conocer bastante o totalmente las medidas preventivas de la enfermedad covid-19 supera al del conocimiento de sus síntomas más frecuentes, en 8,2 puntos porcentuales. No obstante, en ambos casos, la proporción de personas con educación terciaria que tiene bastante o total conocimiento rebasa el 90%;

concretamente, es del 92,7% para las pautas de prevención (tabla 33) y del 97,6% para la sintomatología (tabla 38). En consecuencia, el grupo de encuestados con estudios superiores registra los valores medios más elevados del grado de conocimiento de la prevención y los síntomas de la enfermedad covid-19 (gráfico 17).

Gráfico 17. Grado de conocimiento de la población encuestada de las medidas sanitarias de prevención y de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 (valor medio más elevado)



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al total de encuestados, el grado medio de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención es ligeramente más alto para los nacidos en España, los que tienen entre 30 y 50 años o los residentes en Totana (gráfico 17); lo que se refleja en la distribución porcentual de los tres niveles de conocimiento agregado, ganado participación el nivel superior, bastante o total conocimiento (tablas 30 a 33). En cambio, para los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19, son las mujeres y los nacidos en el extranjero, junto al grupo intermedio de edad (30-50 años), quienes ostentan valores medios de conocimiento algo superiores al promedio del total de encuestados; traducéndose, igualmente, en mayores proporciones alcanzadas por el nivel de conocimiento total o bastante (tablas 35 a 38).

Como se puede ver detalladamente en el Anexo 2, la prueba inter-sujetos ANOVA muestra una relación estadística significativa entre el conjunto de variables sexo, origen, edad y nivel educativo en relación con el factor grado de conocimiento de la enfermedad covid-19, tanto en lo que respecta a las medidas de prevención como a sus síntomas.

Por otro lado, los encuestados fueron interpelados para mencionar al menos tres medidas de prevención e igual número de síntomas (tablas 34 y 39). Entre las medidas preventivas, manifestadas en primer lugar, destacan: el lavado de manos, 38,6% de los encuestados y 25,8% de las respuestas ofrecidas; el uso de mascarilla, 33,9% de encuestados y 27,5% de respuestas; y la distancia social, 17,9% y 25,1% de las personas y las respuestas, respectivamente (tabla 34). Resulta llamativo que no se haga mención a la ventilación de espacios comunes como medida preventiva.

En cuanto a los síntomas, la fiebre es referida en primer lugar por un 35,3% de los encuestados, representando el 30,2% del total de menciones realizadas. A más distancia, suponiendo entre el 14-19% de las personas encuestadas y el 12-15% de las respuestas, se alude al dolor de cabeza y a la tos seca (tabla 39).

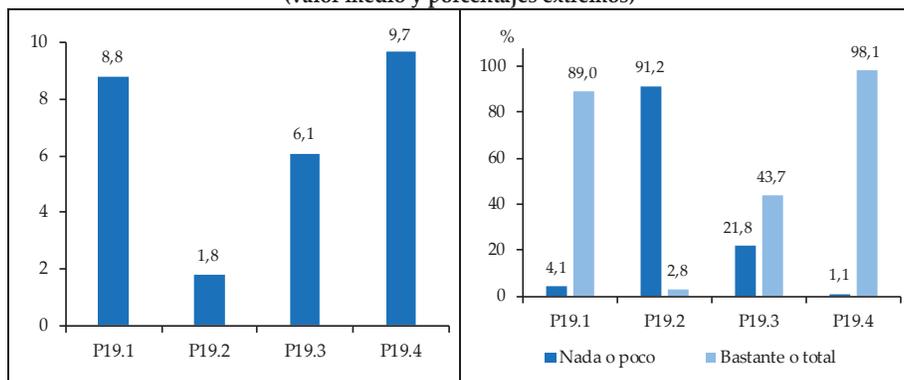
Para finalizar con el análisis del grado de conocimiento de la enfermedad covid-19, se preguntó si se conocía su forma asintomática, respondiendo afirmativamente el 93,1% de los trabajadores encuestados (tabla 40). Como recogen las tablas 40 a 43 del Anexo 1, esta proporción se eleva entre los hombres (94,3%); el origen español (96,8%); el grupo de edad de 30-50 años (94,1%); los residentes en Totana (96%); y los niveles educativos de secundaria 2ª etapa (96,8%) y educación superior (97,6%).

Seguidamente, el cuestionario plantea al encuestado, en la pregunta 19, su grado de acuerdo con las cuatro afirmaciones siguientes: P19.1. Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo; P19.2. El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos; P19.3. En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.); y P19.4. Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable. Los resultados con los tres niveles agregados de acuerdo (nada o poco, medio y bastante o total) y la puntuación media para cada uno de los distintos grupos analizados se muestran en el Anexo 1 (tablas 44 a 59).

El gráfico 18 ofrece la valoración media del grado de acuerdo alcanzado por cada una de las afirmaciones para el conjunto de los trabajadores encuestados, así como los porcentajes representativos de las posiciones extremas, Nada o poco de acuerdo y Bastante o total acuerdo. Se debe tener

en cuenta el sentido, positivo o negativo, de las afirmaciones planteadas, que no coincide en todas ellas. Salvo la segunda afirmación (P19.2), donde un mayor grado de acuerdo conlleva connotaciones negativas, pues se afirma una falsedad; el resto de sentencias se han de interpretar en sentido positivo.

Gráfico 18. Grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas (P19) con respecto a la pandemia (valor medio y porcentajes extremos)



Fuente: Elaboración propia.

De ahí que, en la segunda afirmación, el valor medio del grado de acuerdo no llegue a 2 puntos, sobre 10, y que el 91,2% de los encuestados esté en desacuerdo con que “El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos” (gráfico 18). Tan solo un 2,8% está total o bastante de acuerdo con esta afirmación, incrementándose este porcentaje para el sexo masculino (3,4%); el origen extranjero (3,4%); los mayores de 50 años (6,1%), los no residentes en Totana (3,8%) y el nivel educativo más bajo (3%) (tablas 48 a 51). De hecho, el análisis ANOVA muestra de forma significativa que los trabajadores encuestados de entre 56-65 años de edad y sin estudios son los que consideran, en mayor medida, que la enfermedad covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos (Anexo 2).

Con la cuarta afirmación, “Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable”, el consenso es prácticamente unánime, alcanzando una puntuación media cercana a 10. Únicamente, el 1,1% de los encuestados está en claro desacuerdo. La proporción de personas poco o nada de acuerdo con esta afirmación aumenta para los hombres (4,6%); los menores de 30 años (3,6%); los residentes en Totana (3,2%) y el nivel educativo superior (2,4%) (tablas 56 a 59).

Como se aprecia (gráfico 18), el grado de acuerdo es más bajo en la primera afirmación y, sobre todo, en la segunda, donde hay una mayor división de opiniones y se registra el menor valor medio. En cuanto a la primera afirmación, “Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo”, es corroborada por cerca del 90% de los encuestados, alcanzando su grado de acuerdo un elevado valor medio (8,8). Frente al 4,1% del total de encuestados que manifiesta un evidente desacuerdo con esta primera afirmación, se alcanzan porcentajes superiores: hombres (6,9%); extranjeros (4,4%); menores de 30 años (7,3%); no residentes en Totana (4,2%); y encuestados con estudios de segunda etapa de secundaria (5,6%) y superiores (9,8%) (tablas 44 a 47).

La tercera afirmación, “En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.)”, concita una mayor diversidad de valoraciones entre los encuestados, con una puntuación media de 6,1, y el porcentaje más elevado de personas que están poco o nada de acuerdo (21,8%). Este porcentaje es todavía más alto para las mujeres (23,2%); el origen español (23,4%); los menores de 30 años (24,5%); los no residentes en Totana (25,1%); y el nivel educativo de secundaria 2ª etapa (22,6%) (tablas 52 a 55).

Es posible que el mayor desacuerdo con esta afirmación obedezca a un doble planteamiento. Por una parte, existe un sesgo de deseabilidad social (Baelo y Haz, 2019:71-72) en la respuesta (querer quedar bien) unido a un proceso de disonancia cognitiva, ya que el contexto próximo se asume como normal y se evita una valoración (auto)crítica. Por ese motivo, los sujetos diluyen la responsabilidad individual en conductas generales y alejadas de su realidad próxima. Por otra parte, a través de los medios de comunicación se ha propagado la creencia de que la enfermedad es exclusiva (o casi exclusiva) de personas con dolencias previas y mayores, especialmente durante la primera ola (primavera 2020), generando una sensación entre los más jóvenes de falsa inmunidad. En el caso de por qué las mujeres presentan mayores niveles de preocupación y menos transigencia con la norma, se puede considerar la hipótesis de que sobre ellas recae tradicionalmente el cuidado de los miembros de la familia, especialmente de los más dependientes (niños y mayores).

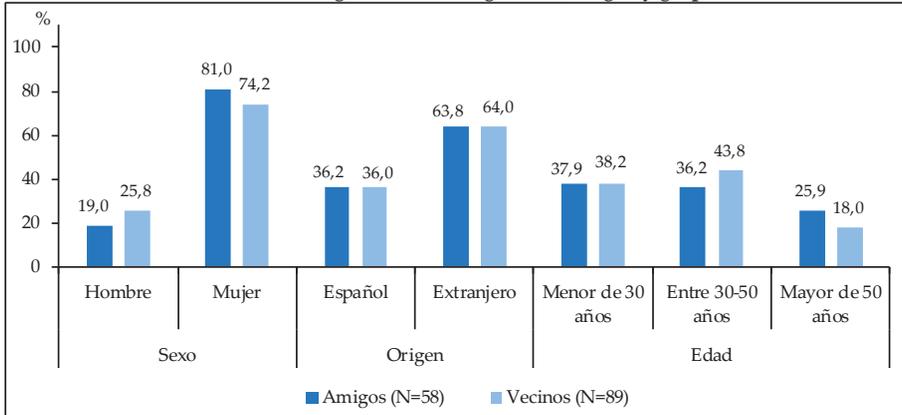
En cualquier caso, haber contraído la enfermedad covid-19 eleva el grado de acuerdo, de forma significativa desde el punto de vista estadístico, con calificar de irresponsables a quienes incumplen las normas de prevención (P19.4) y el nivel de desacuerdo con que el covid-19 pueda afectar solamente a mayores y enfermos (P19.2); como se comprueba para el grupo de encuestados que ya ha superado la enfermedad covid-19 (Anexo 2).

Una vez examinado el grado de acuerdo con distintas afirmaciones relacionadas con la situación de emergencia sanitaria, el cuestionario plantea al encuestado si comunicaría, o no, y a quién, el hecho de presentar síntomas de la enfermedad (pregunta 20) y el haber mantenido contacto con alguien enfermo de covid-19 (pregunta 21). Ante estos dos supuestos, las respuestas son afirmativas, prácticamente, al 100%; estando el encuestado dispuesto a comunicarlo, en un porcentaje similar, a su médico, a su jefe y a su familia (tablas 60 y 61). Este porcentaje desciende ligeramente, al 93,4%, en el caso de los compañeros de trabajo; donde un 6,3% de los encuestados declara que no les comunicaría unos posibles síntomas o contacto de riesgo.

La proporción de encuestados que comunicaría a sus amigos, tanto la existencia de síntomas como la de un contacto enfermo, desciende al 84%; siendo todavía menor, un 75%, el porcentaje correspondiente a los que comunicarían dichas situaciones a sus vecinos (tablas 60 y 61). Un 12,4% de los encuestados no sabe si lo comunicaría a los amigos, mientras que solo un 0,3% no sabría si hacerlo a los vecinos. Por tanto, cerca de una cuarta parte de los encuestados no comunicaría a sus vecinos el padecer síntomas (24,2%) o haber estado en contacto con alguien enfermo (24,5%); mientras quienes no lo comunicarían a sus amigos representan solo un 3,6% en ambas situaciones.

Como se puede ver en las tablas 60 y 61, apenas hay diferencias entre los porcentajes correspondientes a las dos situaciones planteadas, presentar síntomas o haber mantenido contacto con un enfermo. De este modo, se puede atender a cualquiera de las dos para caracterizar al grupo de encuestados que no las comunicaría, o no sabe si lo haría, a sus amigos o vecinos (tabla 62); decantándonos por padecer algún síntoma en los gráficos 19 y 20.

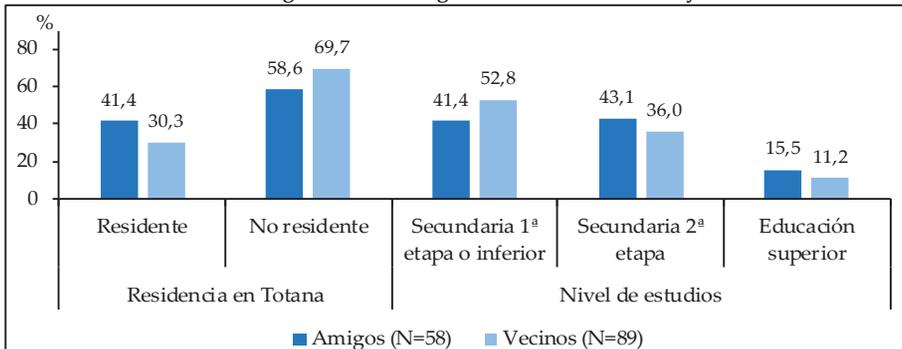
Gráfico 19. Personas encuestadas que no comunicarían, o no saben si lo harían, el presentar síntomas de covid-19 a amigos o vecinos según sexo, origen y grupo de edad (%)



Fuente: Elaboración propia.

Así, quienes no comunicarían, o no saben si lo harían, son mayoritariamente mujeres, de origen extranjero y menores de 50 años (gráfico 19). En gran parte, se trata de trabajadores no residentes en Totana y con nivel educativo bajo o intermedio (gráfico 20). No obstante, se ha llevado a cabo un análisis de correspondencias múltiples, considerando únicamente a los encuestados que no comunicarían síntomas o el contacto con algún enfermo, sin apreciarse significación estadística entre estos dos grupos y las variables sexo, origen y educación.

Gráfico 20. Personas encuestadas que no comunicarían, o no saben si lo harían, el presentar síntomas de covid-19 a amigos o vecinos según residencia en Totana y nivel educativo (%)



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los encuestados se mantiene informado de la evolución de la pandemia y las medidas sanitarias adoptadas, pregunta 22 del cuestionario, a través de la prensa escrita o las redes sociales, en idéntico porcentaje, 79,3%; ocupando la televisión el tercer lugar (74,4%) (cuadro 5).

Cuadro 5. Población encuestada según medio habitual para mantenerse informado/a acerca de la evolución de la enfermedad y las medidas sanitarias

Fuente de información habitual	Sí		No		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Prensa escrita/online	288	79,3	75	20,7	363	100,0
Redes sociales	288	79,3	75	20,7	363	100,0
Televisión	270	74,4	93	25,6	363	100,0
Boca a boca familiares/amigos	79	21,8	284	78,2	363	100,0
Radio	32	8,8	331	91,2	363	100,0

Fuente: Elaboración propia.

El recurso a la prensa escrita predomina más entre quienes tienen un nivel educativo superior (92,7%) (tablas 63 a 66); mientras que el uso de las redes sociales es más frecuente para los menores de 30 años (91,8%) (tablas 67 a 70). La televisión tiene una incidencia similar entre los distintos grupos de clasificación, con respecto al total de encuestados, observándose una proporción ligeramente superior para las mujeres (75,4%), el origen extranjero (75,6%), o la edad y el nivel educativo intermedios (76,5% y 76,6%) (tablas 71 a 74).

Tan solo un 8,8% de los encuestados se informa habitualmente por medio de la radio; representando la acción comunicativa entre familiares y amigos un 21,8% (cuadro 5). Son las mujeres (22,5%), el origen español (23,4%), los mayores de 50 años (24,2%) y el nivel educativo más bajo (22,7%) quienes más recurren al boca a boca, como medio de mantenerse informado de la situación y las medidas sanitarias (tablas 75 a 78).

Cuadro 6. Modo de desplazamiento al trabajo de los encuestados

Desplazamiento al trabajo	VA	%
Con compañeros en su vehículo	146	40,2
Con compañeros en vehículo propio	106	29,2
Solo en vehículo propio	89	24,5
Con terceras personas en su vehículo	13	3,6
Transporte público	8	2,2
Andando	1	0,3
Total	363	100,0

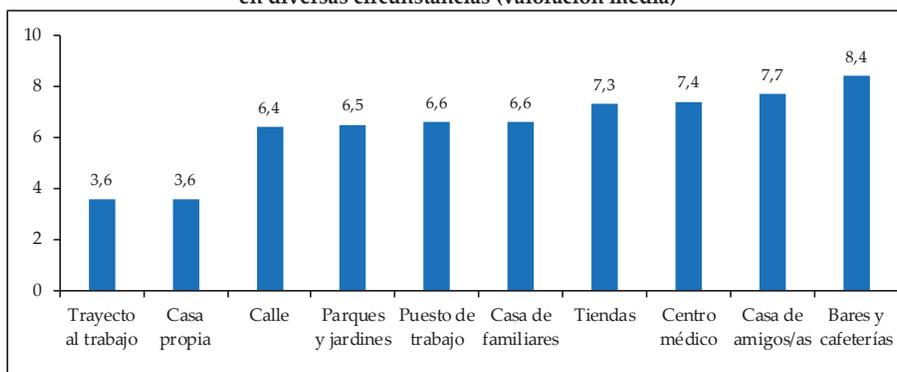
Fuente: Elaboración propia.

Preguntados sobre el modo habitual de desplazamiento al trabajo (cuadro 6), una amplia mayoría de los encuestados acude acompañado (73%), en vehículo propio (29,2%), de otros compañeros (40,2%) o de otras personas (3,6%). Cerca de una cuarta parte se desplaza solo al trabajo, en su propio vehículo (24,5%) o andando (0,3%); mientras que el uso del transporte público es muy minoritario (2,2%).

Como queda recogido en las tablas 79 a 82, el desplazamiento en solitario, en vehículo propio o andando, es más frecuente entre los hombres (39,1%), el origen español (41,1%), los residentes en Totana (38,7%) y los que tienen estudios superiores (39%). En cambio, acudir al trabajo acompañado (ya sea en vehículo propio, de otros compañeros, o bien de familiares o amigos) predomina entre las mujeres (77,2%), el origen extranjero (84,4%), los mayores de 50 años (75,8%), los no residentes en Totana (79,1%) y el nivel educativo de secundaria 2ª etapa (82,3%).

El segundo bloque del cuestionario finaliza con la pregunta 24, que recoge la valoración otorgada por los encuestados al riesgo de contraer la enfermedad covid-19, en diversos lugares o circunstancias (tablas 83 a 122).

Gráfico 21. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en diversas circunstancias (valoración media)



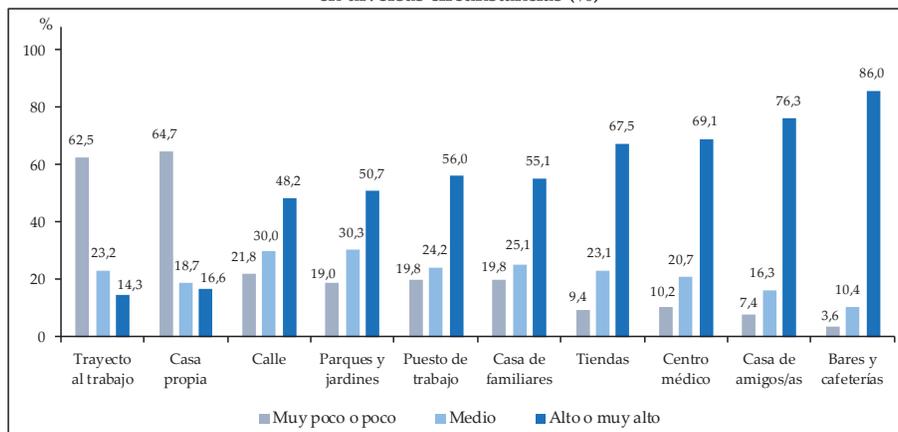
Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 21 refleja la puntuación media, escala de 1 a 10, del riesgo percibido por los trabajadores encuestados obtenida en cada uno de los escenarios propuestos. Por su parte, el gráfico 22 hace lo propio, mostrando los porcentajes correspondientes a los tres niveles agregados de riesgo: Muy poco o poco (puntuaciones de 1 a 4); Medio (5 y 6); Alto o muy alto (de 7 a 10).

El riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 registra su máxima puntuación media en bares y restaurantes, 8,4 (gráfico 21), representando el nivel de riesgo alto o muy alto al 86% de los trabajadores encuestados (gráfico 22). Por el contrario, la mayoría percibe el trayecto al trabajo y su propio domicilio como entornos más bien seguros, entre un 60-65% aprecia poco o muy poco riesgo, alcanzado ambos contextos un valor medio de 3,6.

Con valoraciones medias que rondan los 6,5 puntos (gráfico 21), suponiendo el nivel de riesgo más elevado entre un 50-55% de los encuestados (gráfico 22), se encuentran la calle; los parques y jardines; el puesto de trabajo y la casa de otros familiares. Por su parte, las tiendas y el centro médico son lugares percibidos con un riesgo alto o muy alto por cerca del 70% de los encuestados; recibiendo una puntuación media similar 7,3 y 7,4, respectivamente. Este porcentaje de riesgo alto o muy alto se incrementa hasta el 76,3% al considerar la casa de los amigos, cuyo riesgo medio se sitúa en los 7,7 puntos (gráficos 21 y 22).

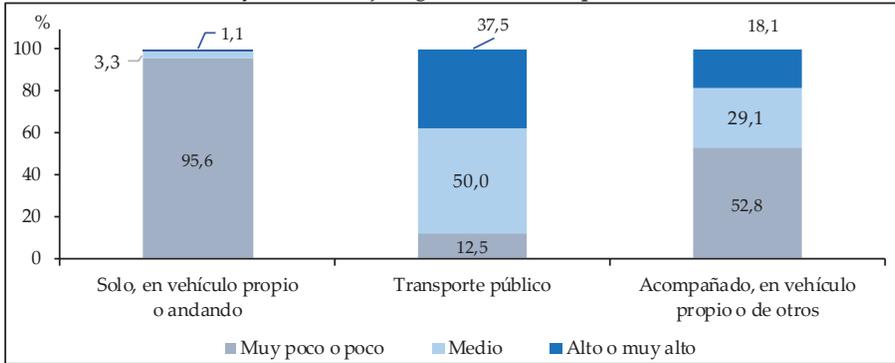
Gráfico 22. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en diversas circunstancias (%)



Fuente: Elaboración propia.

Resulta sorprendente la escasa percepción de riesgo atribuida a contraer la enfermedad covid-19 durante el trayecto al trabajo, equiparándola al nivel de riesgo del propio hogar; sobre todo, si se tiene en cuenta que el 73% de los encuestados se desplaza al trabajo acompañado por otras personas en vehículos particulares, como ya se ha indicado.

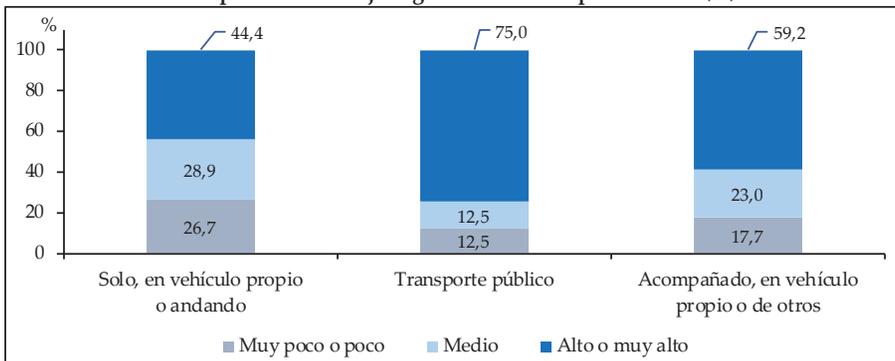
Gráfico 23. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trayecto al trabajo según modo de desplazamiento (%)



Fuente: Elaboración propia.

Lógicamente, la práctica totalidad de quienes se desplazan solos al trabajo considera esta circunstancia con un escaso nivel de riesgo (gráfico 23). Sin embargo, algo más de la mitad de los que acuden acompañados al trabajo en un vehículo particular califica como bajo o muy bajo el riesgo de contagio durante este trayecto. Solo un 18% de ellos considera que el desplazamiento al trabajo conlleva un riesgo alto o muy alto. Aquellos que utilizan el transporte público son los que, en mayor proporción, asignan niveles de riesgo más elevados a este itinerario. Por otra parte, el nivel de riesgo percibido una vez se está en el puesto de trabajo resulta más elevado, con independencia de cómo se haya efectuado el desplazamiento (gráfico 24).

Gráfico 24. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el puesto de trabajo según modo de desplazamiento (%)



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, los cuadros 7 y 8 recogen en orden ascendente, de menor a mayor riesgo percibido, las puntuaciones medias otorgadas a las distintas circunstancias analizadas, según las variables sociodemográficas que se vienen utilizando. Queda resumida así parte de la información contenida en las tablas 83 a 122 del Anexo 1, donde además se pueden consultar los porcentajes correspondientes a los tres niveles agregados de riesgo.

Cuadro 7. Riesgo medio percibido de contraer la enfermedad covid-19 en determinadas circunstancias según sexo, origen y grupo de edad

Riesgo medio percibido	Sexo		Origen		Grupo de edad			Total
	H	M	Esp.	Ext.	< 30 años	30-50 años	> 50 años	
Trayecto al trabajo	3,0	3,8	2,8	4,2	3,3	3,9	3,3	3,6
Casa propia	3,4	3,6	3,3	3,7	4,2	3,4	2,9	3,6
Calle	5,4	6,7	5,7	6,9	6,2	6,5	6,2	6,4
Parques y jardines	5,4	6,8	6,0	6,9	6,6	6,5	6,2	6,5
Puesto de trabajo	6,0	6,8	6,1	7,0	6,5	6,9	5,9	6,6
Casa de familiares	6,0	6,7	6,4	6,7	6,5	6,7	6,2	6,6
Tiendas	6,7	7,5	6,8	7,7	7,1	7,6	6,9	7,3
Centro médico	6,7	7,6	7,1	7,6	7,3	7,5	7,2	7,4
Casa de amigos/as	7,3	7,8	7,5	7,8	7,6	7,9	7,4	7,7
Bares y cafeterías	7,8	8,6	8,0	8,7	8,1	8,6	8,4	8,4

Nota: orden ascendente en función del riesgo medio total.

Fuente: Elaboración propia.

En todos los contextos contemplados, las mayores puntuaciones de riesgo suelen corresponder al perfil mayoritario entre los trabajadores encuestados: mujer, de origen extranjero y edad comprendida entre 30-50 años (cuadro 7). Destaca, no obstante, el riesgo medio más alto otorgado por los menores de 30 años a contraer la enfermedad en el propio hogar: 4,2 puntos, frente a los 3,6 puntos del total de encuestados (cuadro 7). Asimismo, los menores de 30 años también puntúan ligeramente por encima del total, el riesgo medio de contagio en parques y jardines (6,6): un 59,1% de ellos considera el riesgo alto o muy alto, en comparación con el 50,7% registrado por el total (tabla 100).

Los trabajadores extranjeros no residentes en Totana son los que califican más alto el riesgo de contagio en todos los posibles lugares considerados, explicando los mayores niveles de riesgo medio que corresponden globalmente a los no residentes (cuadro 8). De forma análoga, entre los habitantes de la localidad, las mayores puntuaciones de los nacidos en el extranjero quedan, en parte, compensadas por las valoraciones más bajas

concedidas por el origen español; aminorando la cuantía del riesgo medio percibido por los residentes en Totana, con respecto al total de encuestados.

Cuadro 8. Riesgo medio percibido de contraer la enfermedad covid-19 en determinadas circunstancias según residencia y origen

Riesgo medio percibido	Residencia en Totana y origen				Residencia en Totana		Nivel educativo			Total
	Residente		No residente		Sí	No	Secund.	Secund.	Educ.	
	Esp.	Ext.	Esp.	Ext.			1ª etapa	2ª etapa	Superior	
Trayecto al trabajo	2,6	3,9	3,0	4,3	3,1	3,9	3,6	3,9	2,7	3,6
Casa propia	3,4	3,8	3,3	3,7	3,6	3,6	3,2	4,2	3,5	3,6
Calle	5,2	6,6	6,1	7,0	5,7	6,7	6,2	6,6	6,3	6,4
Parques y jardines	5,5	6,0	6,4	7,2	5,7	6,9	6,2	7,0	6,0	6,5
Puesto de trabajo	5,6	6,9	6,5	7,0	6,2	6,8	6,5	6,8	6,6	6,6
Casa de familiares	6,2	6,5	6,6	6,8	6,3	6,7	6,3	6,8	7,3	6,6
Tiendas	6,4	7,6	7,2	7,7	6,9	7,5	7,0	7,7	7,5	7,3
Centro médico	7,0	7,5	7,2	7,6	7,2	7,4	7,4	7,4	7,3	7,4
Casa de amigos/as	7,3	7,5	7,8	7,9	7,4	7,9	7,4	8,0	8,0	7,7
Bares y cafeterías	7,7	8,6	8,3	8,7	8,1	8,6	8,3	8,6	8,3	8,4

Nota: orden ascendente en función del riesgo medio total.

Fuente: Elaboración propia.

Aquellos encuestados con estudios de segunda etapa de secundaria puntúan más alto el riesgo de contagio en los distintos espacios considerados (cuadro 8); sin duda, influidos por la mayor presencia relativa de mujeres extranjeras dentro de este grupo, como ya se vio. En comparación con el total de encuestados, el nivel educativo superior registra un riesgo medio más elevado cuando se considera el contagio en la casa de otros familiares. En cambio, el nivel educativo más bajo sistemáticamente valora el riesgo de contagio por debajo, o igual, al conjunto de encuestados.

Para finalizar con el riesgo de contagio, se debe indicar el análisis de medias realizado para los grupos de encuestados que no comunicarían a amigos o vecinos el tener síntomas de la enfermedad, ni haber mantenido contacto con algún enfermo, y los distintos ítems de la pregunta 24, referida a lugares y percepción de riesgo. Como resultado, no se aprecian disparidades significativas en las puntuaciones medias. Y salvo en el caso de la comunicación a los vecinos, en el resto de grupos (aquellos que negarían la comunicación) el número de casos es tan bajo que no permite darle una verosimilitud estadística.

3.1.3. Posibilidades de aislamiento

El cuestionario se cierra analizando las posibilidades y condiciones de llevar a cabo el aislamiento en caso de contagio. En primer lugar, la pregunta 25 plantea diversas cuestiones, algunas relacionadas con las condiciones de la vivienda y otras con las dificultades laborales, económicas, de cuidados o de relaciones a las que podría enfrentarse el encuestado, en caso de tener que hacer cuarentena. Estos son los interrogantes suscitados: P25.1. ¿Su vivienda cuenta con una habitación confortable para permanecer aislado/a?; P25.2. ¿Cuenta con un cuarto de baño que pueda utilizar usted solo/a?; P25.3. ¿Cree que podría perder su empleo?; P25.4. ¿Tendría dificultades para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, vestido...)?; P25.5. ¿Estaría adecuadamente cuidada?; P25.6. ¿Estarían adecuadamente cuidadas las personas que dependen de usted?; P25.7. ¿Cree que podría tener dificultades para solicitar o renovar su documentación?; P25.8. ¿Cree que sufriría algún tipo de rechazo por parte de familiares o amigos (tanto en España como en país de origen) si se enteran?; y por último, P25.9. ¿Cree que las autoridades deberían sancionar a quien no cumpla la cuarentena? Las respuestas ofrecidas pueden verse con detalle, para las variables de clasificación habitualmente consideradas, en las tablas 123 a 152 del Anexo 1.

El cuadro 9 recoge las respuestas ofrecidas a dichas cuestiones por el total de encuestados; si bien, la pregunta P25.6 está referida solo a aquellos encuestados que tienen personas a su cargo y la P25.7 únicamente a los de origen extranjero.

Cuadro 9. Población encuestada según determinadas circunstancias en caso de cuarentena

	Sí		No		No sabe		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
P25.1 Dispone habitación adecuada	349	96,1	14	3,9	0	0,0	363	100,0
P25.2 Dispone de baño propio	216	59,5	147	40,5	0	0,0	363	100,0
P25.3 Podría perder empleo	119	32,8	195	53,7	49	13,5	363	100,0
P25.4 Dificultad cubrir necesidades	114	31,4	234	64,5	15	4,1	363	100,0
P25.5 Adecuadamente cuidada/o	286	78,8	53	14,6	24	6,6	363	100,0
P25.6 Atendidas personas a cargo	92	58,6	23	14,6	42	26,8	157	100,0
P25.7 Dificultades documentación	119	58,0	68	33,2	18	8,8	205	100,0
P25.8 Rechazo familiares/ amigos	124	34,2	216	59,5	23	6,3	363	100,0
P25.9 Sanción incumplir cuarentena	353	97,2	4	1,1	6	1,7	363	100,0

Nota: El total para P25.6 y P25.7 se refiere a los encuestados con personas a su cargo y los nacidos en el extranjero, respectivamente.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, el 96,1% de los encuestados dispone de una habitación adecuada para llevar a cabo el aislamiento; sin embargo, este porcentaje se reduce al 59,5% cuando se refiere a la posibilidad de uso en solitario de un cuarto de baño (cuadro 9). En general, como se puede comprobar en las tablas 123 a 126, estos porcentajes son más elevados para los hombres; los nacidos en España; los dos grupos de edad extremos, menores de 30 años y mayores de 50 (entre los que predomina el origen español); así como los residentes en Totana (también mayoritariamente españoles).

Alrededor de un tercio de los encuestados (32,8%) cree que podría perder su empleo en caso de tener que guardar cuarentena; mientras que otro tanto (31,4%) considera que tendría dificultades para cubrir necesidades básicas (cuadro 9). En ambos casos, como se comprueba en las tablas 127 a 134, el origen extranjero y el sexo femenino ostentan los porcentajes afirmativos más elevados. Entre los encuestados menores de 30 años, se incrementa la proporción de los que consideran que podrían perder el empleo (36,4%), mientras que la posibilidad de enfrentar dificultades para cubrir las necesidades básicas es manifestada, en mayor medida, por los que tienen una edad intermedia, de 30 a 50 años (36,9%). Además, un 58% de los encuestados extranjeros cree que el aislamiento de la cuarentena podría acarrear dificultades con las solicitudes o la renovación de su documentación.

Durante la cuarentena, una amplia mayoría de los trabajadores encuestados considera que estaría adecuadamente atendido, un 78,8% (cuadro 9); correspondiendo porcentajes superiores a los nacidos en España (93%), los hombres (86,2); los dos grupos extremos de edad, menores de 30 años (86,4%) y mayores de 50 (87,9%); junto con los que tienen educación terciaria (90,2%) (tablas 135 a 138). Asimismo, un porcentaje elevado de los encuestados que tienen personas a su cargo, 58,6%, cree que estarán suficientemente cuidadas durante su cuarentena. De nuevo, el sexo masculino (78,3%) y el origen español (72,2%) reflejan porcentajes más altos; a los que se unen los de 30 a 50 años de edad (63,5%), y los que tienen estudios superiores (66,7%), como se puede ver en las tablas 139 a 142. No obstante, algo más de la cuarta parte de este grupo (un 26,8%), contesta que no sabe si las personas a su cargo podrán estar atendidas de forma adecuada.

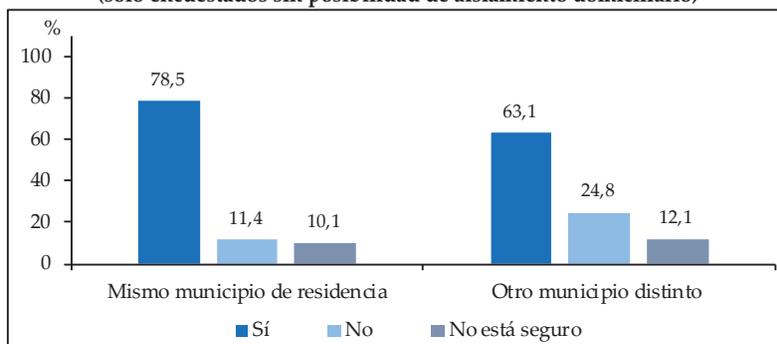
La mayoría de los encuestados (59,5%), no cree que la cuarentena suponga sufrir el rechazo por parte de familiares y amigos (cuadro 9), mientras que algo más de la tercera parte piensa que sí (34,2%). Este porcentaje se eleva

hasta el 47,3% para los encuestados extranjeros, rondando el 40% para las mujeres, el grupo de edad intermedia y el nivel de estudios de secundaria postobligatoria (tablas 145 a 148).

Por último, casi la totalidad de los encuestados, un 97,2%, aprueba que las autoridades sancionen a las personas que incumplan la cuarentena; tan solo un 1,1% se muestra contrario a imponer multas a los que infringen el aislamiento. Quienes se oponen a las sanciones representan una mayor proporción entre los hombres (2,3%); los españoles (1,9%), los menores de 30 años (3,6%) y los residentes en Totana (2,4%) (tablas 149 a 152).

A quienes manifestaron la imposibilidad de realizar el aislamiento en su domicilio, 149 encuestados (41% del total), se les preguntó acerca de si aceptarían un alojamiento alternativo para pasar la cuarentena; distinguiendo en función de la ubicación de dicha alternativa: bien en el mismo municipio de residencia, o bien en otro municipio. El gráfico 25 recoge las respuestas ofrecidas.

Gráfico 25. Aceptaría alojamiento alternativo según ubicación del mismo (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)



Fuente: Elaboración propia.

Como cabía esperar, la aceptación de un alojamiento alternativo es mayor si está situado en el mismo municipio (78,5%), en comparación a cuando se ubica en otro municipio (63,1%); siendo rechazada esta última opción por una cuarta parte de los encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario.

En ambos casos, con independencia del lugar donde radique, la negativa a un alojamiento alternativo encuentra un mayor eco entre los que alcanzan estudios superiores, tienen de 30 a 50 años de edad, son extranjeros o del

sexo femenino (tablas 153 a 160). A estas características se suma no residir en Totana, principalmente extranjeros, entre quienes rechazan un alojamiento alternativo en otro municipio (tabla 159).

Cuadro 10. Motivos por los que no aceptaría alojamiento alternativo (solo encuestados que rechazan alojamiento alternativo en otro municipio)

Motivos de rechazo otro municipio	VA	%
Motivos familiares	18	48,6
Seguridad/adaptación al hogar propio	10	27,0
Inconvenientes desplazamiento y distancia	7	18,9
No sabe	2	5,4
Total	37	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Esta sección se cierra presentando los principales motivos ofrecidos para rechazar el posible alojamiento alternativo ubicado en otro municipio, distinto (cuadro 10). Las razones familiares, básicamente no alejarse demasiado de los hijos o de otros familiares, son las más frecuentes, un 48,6%. El sentimiento de apego al hogar propio, por sentirse más seguro o con mayor independencia, aglutina el 27% de las respuestas proporcionadas por este grupo de encuestados. En último lugar, se mencionan los inconvenientes derivados del desplazamiento y la distancia (18,9%).

3.2. Opinión de los hogares

La encuesta realizada a trabajadores de la empresa hortofrutícola de Totana nos ha permitido conocer las condiciones de un colectivo con cierto riesgo sanitario, si bien con condiciones sociales en general de bajo riesgo social, ya que se encuentran en activo, ocupados y ocupadas, aunque sea con contrato temporal. Para una aproximación a los riesgos sociales de la población de Totana se consideró fundamental ahondar en la situación social de otros colectivos con mayor nivel de exclusión. Con este fin se realizaron 12 entrevistas a representantes de hogares vulnerables, sobre todo en los ámbitos laboral y residencial. De este modo, la mayoría de entrevistados y entrevistadas están parados o desarrollan empleos con elevados niveles de precariedad, ya sea por carecer de contrato, por su estacionalidad o por la baja remuneración. Lo mismo sucede con la condición residencial, diez de los doce entrevistados residen en viviendas con importantes déficits de habitabilidad o de garantía de uso. Solamente dos entrevistados varones

presentan buenas condiciones residenciales y laborales. Si bien uno de ellos mantiene limitaciones físicas, a consecuencia del covid-19. Además de estos criterios de vulnerabilidad social, se mantuvo en la selección una proporción de género, al tiempo que se aplicaron otros criterios muestrales de heterogeneidad: la nacionalidad y la etnia, contando con entrevistados/as de siete países diferentes (Ecuador, Senegal, Mali, Bulgaria, Colombia, Marruecos y España), incluyendo a una entrevistada de etnia gitana; estado civil (soltero, casado, separado); tipo de hogar/convivencia (Hogar familiar, monoparental, vivienda compartida; interna laboral) y régimen de tenencia de la vivienda (alquiler de mercado, alquiler social, propiedad, vivienda cedida, hogar laboral).

Como se detalló en el capítulo de metodología, diez entrevistas se realizaron entre finales de noviembre y mediados de diciembre de 2020 y las dos restantes en enero de 2021. Siguiendo el enfoque multidimensional de la exclusión social, que considera que ésta se manifiesta a través de siete ámbitos (ingresos, empleo, vivienda,...), el objetivo de la entrevista era conocer, las condiciones sociales de los hogares vulnerables y su influencia en los niveles de percepción del riesgo de contagio, en el cumplimiento de las medidas de prevención y en posibilidad de aislamiento, si fuese necesario guardar una cuarentena.

Los resultados se ofrecen en cuatro apartados diferenciados, si bien, con gran relación entre ellos: condiciones sociales, prevención y causas de contagio, posibilidades de aislamiento, impacto de la enfermedad covid-19.

3.2.1. *Condiciones sociales*

Los hogares entrevistados presentan riesgo social y vulnerabilidad en diversos ámbitos, siendo los más destacados la dimensión *económica-laboral* y la *residencial*. Las condiciones sociales desfavorables en estas dos dimensiones tienen, como se verá a lo largo del epígrafe, importantes implicaciones en los aspectos relacionados con la prevención frente a la enfermedad covid-19 y las posibilidades de aislamiento. Por el contrario, determinadas situaciones sociales favorables pueden actuar como factor de protección, destacando, en este sentido, el apoyo familiar. La familia se convierte, en términos generales, en un recurso que amortigua la vulnerabilidad en otros ámbitos, siendo suplida su carencia por la labor del tercer sector, cuyo papel se pone en valor por la mayoría de las personas entrevistadas.

De forma sintética, se exponen a continuación las condiciones sociales favorables y desfavorables de las doce personas entrevistadas, que representan a hogares vulnerables del municipio de Totana. En la caracterización se sigue el esquema multidimensional de la exclusión social, que identifica siete ámbitos diferenciados en los niveles de riesgo y vulnerabilidad social: ingresos, trabajo, vivienda, salud, educación, red sociofamiliar y participación (Hernández Pedreño, 2010).

La dimensión *vivienda* es una de las más determinantes en la capacidad de prevención frente a la enfermedad covid-19. Entre las personas entrevistadas encontramos una gran heterogeneidad en el tipo de hogares, vinculada en gran medida con el género, el estado civil y la nacionalidad. Las entrevistadas presentan los siguientes tipos: hogar monoparental (E1, E3), hogar familiar nuclear (E2), hogar familiar extenso (E6), cuidadora interna (E4) e interna con hogar propio (E5). Entre los entrevistados varones hay menor variedad y solo dos tipologías claras: solteros en pisos compartidos (E7, E8, E9, E12) y hogar con familia nuclear (E10, E11). Estos últimos presentan una situación más ventajosa en todas las dimensiones. El tipo de hogar y la forma de convivencia tienen importantes repercusiones en lo referente a prevención y posibilidades de aislamiento (opción de burbuja social).

Las personas entrevistadas relatan deficiencias en las condiciones de habitabilidad de sus viviendas. Uno de los hogares (E1) presenta, además, riesgo de desahucio, a pesar de disponer de vivienda cedida por su expareja.

Solo tenemos en la mesa de camilla un brasero eléctrico. La casa es fría porque en esas viviendas las persianas se rompieron a los dos años de estar ahí viviendo. No tengo persianas (E6, mujer, España, 53 años).

Mi casa es más bien viejita... tiene muchas grietas. Es fría, muy fría... (E4, mujer, Colombia, 40 años).

La vivienda es de mi expareja. La situación está muy mala. Él, de tantos préstamos que hizo, debe 60.000€. No fue pagando. Entonces, estoy yo regular ahí con mis hijos. Por eso yo quiero buscarme trabajo para que el asesor de embargo no me eche y me hagan del banco un alquiler social (...). Me dejaron el piso destrozado, unos compatriotas que estuvieron, yo les alquilé por ayudarme. Y resulta que se enteraron de que ese piso estaba en ejecución hipotecaria y ya no

me pagaron... Casi ocho meses gastándome agua. Me quedé sin luz casi un año (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

También se mencionan problemas de hacinamiento, si bien no reconocido en el hogar propio, sino que generalmente se suele asociar con la población latina, incluso por las personas entrevistadas de estas nacionalidades.

Convivo con mi hija de 15 años, es la más pequeña. Otra hija de 25 años, con una nieta de 8 años, y otra nieta de 6 meses. Mi hija la pequeña está en el instituto. Mi hija la mayor no puede trabajar porque le dan ataques epilépticos... El piso pequeñísimo, me lo dieron con 2 habitaciones nada más (E6, mujer, España, 53 años).

Trabajo como interna. Me pagan 800€, de lunes a lunes... Menos 200 de alquiler por una habitación que tengo en otro piso por si acaso me echan. Pero mis hijos y yo vivimos en una habitación prestada de la señora, en la terraza (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Yo lo veo en la población latinoamericana, suelen vivir hasta diez personas... y en la casa hay solo un baño (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Visto lo visto, porque en mi trabajo lo veo, las viviendas que en general este sector de la población tiene, pues dejan mucho que desear, distan mucho con las viviendas que tiene la gente que no son inmigrante. Hacinamiento, ese es el mayor problema (E10, hombre, España, 52 años).

Por otro lado, como posible factor de protección, destaca en el ámbito residencial el recurso al alquiler social.

Yo de alquiler estoy pagando 7€ y mi padre creo que 45€; como también depende del tema de las habitaciones de lo grande que sea la casa y eso, y si no tienes deuda, pues te haces un escrito que mandas a Murcia y te rebajan (E2, mujer, España, 38 años).

Aunque la cuestión sobre la situación de la vivienda se planteaba a todos los entrevistados, seis hombres y seis mujeres, las valoraciones sobre las condiciones residenciales son mucho más explícitas en el caso de las mujeres.

Las condiciones residenciales (características y habitabilidad, así como la necesidad de compartir y subarrendar) se vinculan claramente con la

situación económica y laboral de los hogares entrevistados. En estos ámbitos *económico y laboral* se observan situaciones de alto riesgo social, de bajos ingresos o pobreza extrema, en todos los perfiles a excepción de dos (E10, E11); ambos hombres, con trabajo estable, regular y no vinculado al sector agrícola, que viven en hogar familiar nuclear.

La pobreza no se manifiesta solo en los bajos ingresos, sino también en la privación de ciertos consumos: alimentación, suministros básicos (luz, agua...), vehículo, ordenador e incluso material de prevención contra la covid-19 (como se verá en el apartado sobre prevención y causas de contagio). La exclusión económica impide, en algunos casos, participar plenamente en otros ámbitos, como el laboral y/o el educativo. En el caso de las personas entrevistadas de condición inmigrante, los bajos ingresos se suman, en varios casos (E4, E7, E12), a deudas y cargas familiares en el país de origen o a situaciones de irregularidad administrativa. En estos casos, se reconoce la importante ayuda del tercer sector.

En el colegio no me ayudan... Ahora dicen que tienes que comprarle un portátil... que no se pueden conectar con el móvil.... Yo, lo que digo... pero por qué te exigen si no tienes,... por qué no te dan la manera... (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Ingresos, solo los míos. Mi marido está parado, es albañil (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

A trabajar voy andando, a limpiar y cuidar. No tengo coche, ni bicicleta. Al restaurante me voy en el tren, entonces llamo y bajan a por mí. Me recogen en la estación (E6, mujer, España, 53 años).

Que toca pagar agua, luz y tantas cosas... cuando te das cuenta estás a cero (E8, hombre, Ecuador, 57 años).

Cobro al mes 800 o 900 euros. Le envió dinero a mi familia y a mi madre que viven juntos (E7, hombre, Senegal, 32 años).

Ingresos, ningunos. Se me caducaron los documentos de la ayuda, estoy en renovarlos, estoy en espera de eso, pero no tengo ayuda de nada (E9, hombre, Ecuador, 61 años)

Gracias a Dios conocí a Cáritas. A veces ellos me ayudan a pagar, me dan comida... Ellos me ayudan para pagarlo todo (E12, hombre, Mali, 37 años).

Esta situación de vulnerabilidad económica proviene, según lo expresado por las personas entrevistadas, de la precariedad laboral que les afecta; unida en ocasiones a situaciones de transmisión intergeneracional de la pobreza. Así, de los doce entrevistados, cinco se encuentran desempleados (E1, E2, E3, E8 y E9), varios de ellos por discapacidades físicas, temporales (E9) o crónicas (E2 y E8). De las personas ocupadas, una trabaja de forma irregular (E4), otra pluriempleada en varios empleos precarios a tiempo parcial (E6) y dos con trabajo estacional, como temporeros agrícolas (E7 y E12). Solo tres presentan ocupaciones con contrato regular (E5, E10, y E11).

Hemos trabajado la primera semana de diciembre, es lo único. Y ya veremos si me aprueban el paro, si puedo o no puedo. El no cobrar el paro y esperarme hasta enero... en diciembre solo tengo 300€ porque he trabajado en Moyca (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Actualmente no trabajo, no tengo ingresos (E2, mujer, España, 38 años).

Ahora mismo estoy buscando trabajo. Terminé la campaña en Moyca... la de la uva. Tres o cuatro meses nada más al año. Después, me tengo que buscar algo más donde ir a trabajar. Donde me salga, tienda, almacenes o bien al campo (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Aquí no tengo contrato, nada... Yo le dije al hijo, al hijo de ella que trabaja en el Ayuntamiento, que qué posibilidad había de que hiciéramos contrato y me dijo que no era necesario (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Limpiando casas, cuando me salen; o a duchar niños, o cuidar niños. Esto es más puntual. Y en restaurante los fines de semana, más estable (E6, mujer, España, 53 años).

Antes yo trabajaba con una empresa agrícola, pero sin contrato, días sueltos, meses (E7, hombre, Senegal, 32 años).

El estatus económico-laboral se ve condicionado por la situación en la dimensión educación. Los bajos niveles de formación de las doce personas entrevistadas impiden la movilidad social, debiendo emplearse en puestos de escasa cualificación y de baja remuneración. A esta limitación formativa

se suma, en la población extranjera, las deficiencias idiomáticas, pues algunos y algunas no hablan o escriben bien la lengua española. Asimismo, para las personas de origen extranjero en el ámbito de la ciudadanía encontramos un factor adicional de vulnerabilidad, pues la situación administrativa se convierte en un importante factor de protección para quien se encuentra regularizado/a, aunque un serio factor de riesgo para quien se encuentra en situación irregular (E4), o lo ha estado hasta fechas recientes (E7 y E12).

Sí, tengo contrato. Cobro unos 900€, en contrato mil y pico (parte pago de seguridad social e IRPF). Cuando es día de fiesta me pagan también por la fiesta, 40€ por día de fiesta. Yo estoy contenta (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Estoy indocumentada prácticamente y es como si no existieras. La cuestión del asilo, eso es lo que me tiene agobiada... yo me siento como una pelota de pin pon (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Me he tirado un año y ocho meses en la baja, por lo de la espalda. No cobré nada..., no tenía papeles, no tenía nada... Entonces ahora, como ya tengo papeles, puedo hacerlo trabajo y ya está. Te busca trabajo poco a poco y si duele mucho-mucho no puedo ir (lumbago); yo digo: tengo dolor, no puedo ir (E12, hombre, Mali, 37 años).

Ahora sí tengo, desde 2018. Si no tienes papeles no se puede trabajar de eso... Hay muchas empresas aquí que te piden los papeles o la tarjeta... Si no, no te contratan (E7, hombre, Senegal, 32 años).

En cuanto a la *dimensión relacional*, la red social determinante es la familiar. Según los discursos obtenidos de las entrevistas, la familia es el principal recurso de apoyo para los hogares vulnerables, proporcionando apoyo en las esferas económica y residencial, ampliando las posibilidades de cumplir cuarentena y aislamiento. Las personas entrevistadas que carecen de familiares cercanos no cuentan con esta red de protección.

Mi padre me ayuda con comida y eso, sí (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Cuando recién llegué me ubiqué con mi hermano, que fue el que primero se vino a Totana. Mis dos hijos están conmigo (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Mi familia está aquí. Mi hija trabajando aquí, mis nietos nacen aquí. Viven aquí 15 años. La familia de mi yerno también vive aquí, mi consuegro y consuegra (...). Mi marido está parado. Yo trabajo, yo le doy dinero, antes él me daba, ahora yo le doy (E5, mujer, Bulgaria, 57 años)

Tengo mi hermano. Él vive aquí en Totana, está jubilado y me ayuda a pagar (E9, hombre, Ecuador, 61 años)

En ausencia de apoyo familiar, se destaca en repetidas ocasiones el papel de las ONG, principalmente por las personas entrevistadas extranjeras solteras, separadas/ divorciadas o con la esposa en su país.

Cruz Roja te da dos tarjetas, de 100, 40 o 50€. Bendito sea Dios. La de 50 tienes que gastarla en comida... Eso es lo que a mí prácticamente me sostiene (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Cáritas me da la comida. La señorita que está ahí, tuve la suerte de haberla encontrado. Al menos me defiende, con lo que ella me da (E8, hombre, Ecuador, 57 años).

Los de Cáritas me ayudan pagando agua, luz, comida... (E12, hombre, Mali, 37 años).

En esta dimensión sociofamiliar, la mayor vulnerabilidad puede provenir de dos vías en el caso de las personas inmigrantes: por un lado, de su carencia, al estar fuera de su país; y por otro, por las ayudas familiares que deben proporcionar, mediante el envío de dinero, mencionado por los dos entrevistados de origen subsahariano, manteniendo esposa e hijos en su país, además de familiares ascendentes (E7 y E12).

Vine a Totana para trabajar... y poder ayudar a mi familia... Yo no conocía a nadie aquí, pero vine aquí a trabajar, porque tengo una mujer y un hijo con mi madre en Senegal. Por eso vine aquí directo, para ir al campo a trabajar. Ella no trabaja. Mi hijo estudia en la escuela, pero quiero traerlos aquí a él y a mi mujer (E7, hombre, Senegal, 32 años).

Para ayudar a la familia... Mi mamá está más mayor, entonces ella también necesita medicamentos. Entonces cuando no tiene dinero ella para comprar los

medicamentos tiene que pedir ayuda. Entonces tenemos que aprovechar para mandar, aunque sea 50 euros... (E12, hombre, Mali, 37 años).

Asimismo, también la red familiar puede ser un factor de riesgo social. Así lo manifiestan tres de las seis mujeres entrevistadas, evidenciando la existencia de conflictos familiares (E1, E3 y E6), que acentúan la acumulación de desventajas sociales.

No me casé con el padre de mi hijo, hemos estado juntos 18 años. Hubo problemas de él que era autónomo de la construcción y todo. Tú sabes que la construcción se bajó, el trabajo y todo, le dejaron endeudado a él... Entonces, hubo problemas, hace 6 años, antes de que me separé tuvimos problemas. Te digo la verdad, no me ayuda.... Si, él es español. Con él, hemos ido a juicio porque le pegó a mi hijo, eso es muy difícil de contarte. Hemos estado con la orden de alejamiento (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Finalmente, la dimensión *salud* es un importante factor de riesgo, pues impide desarrollar actividades laborales y, en consecuencia, obtener ingresos del trabajo. Varias de las personas entrevistadas presentan problemas de salud que les resultan limitantes en ámbitos vitales y/o laborales (E2, E8, E9 y E12).

Tengo una discapacidad reconocida, por la enfermedad mía siderosis pulmonar primaria. Y por eso lo de la mascarilla. Si la policía me para, no me multa porque tengo el papel. Me impide muchas cosas, por ejemplo, a la hora de un trabajo de limpieza, productos como el amoníaco, la lejía, si está cerrado ... no puedo (E2, mujer, España, 38 años).

3.2.2. Prevención y causas de contagio

En lo referente a las posibilidades y/o dificultades para la prevención del covid-19, se observa entre los doce entrevistados que, en el ámbito estrictamente sanitario, las medidas se conocen y comprenden, siendo mayoritariamente asimiladas. Las principales limitaciones ante la prevención provienen de las precarias condiciones sociales (económicas, laborales, residenciales, ...).

a) Posibilidades de prevención del covid-19

En la dimensión *sanitaria*, la mayoría de entrevistados muestra conocimiento de las principales medidas de prevención de la enfermedad covid-19

Determinantes sociales y enfermedad covid-19. El proyecto comunitario de Totana

(mascarilla, gel hidroalcohólico, lavado de manos) y de la regulación normativa para la contención de la pandemia (distancia social, ...).

Lavarte las manos, ponerte la mascarilla, a metro y medio o dos metros de alejamiento de las personas (E6, mujer, España, 53 años).

Cuando sale todo el protocolo de cómo hay que actuar: las mascarillas, los geles, los guantes... yo he sido muy escrupuloso en el respeto de esas normas (E10, hombre, España, 52 años).

Sí, conozco las normas... Mis hijos también, llevan el gel... se protegen... Ya lo llevo bien; ya me han hecho caso, ya no salen (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Si tienes mascarillas, te puedes cubrir un poquito. Si guardas distancia mejor para ti. Yo lo que te digo, la ley no es de ellos, es para ti mismo, para tu salud (E12, hombre, Mali, 37 años).

La mascarilla está totalmente integrada fuera del propio hogar, y se acepta de buen grado en muchos casos, en otros no tanto. Se habla de adaptación, y son pocos los entrevistados que confiesen problemas para su uso. Únicamente hay inconvenientes para el uso de la mascarilla en el interior, en situaciones de vivienda compartida, siendo un límite en la prevención al convivir varias burbujas sociales.

Mis hijos son muy cuidadosos. En lo de la mascarilla... Regularmente cambiársela.... Comprar las que son las recomendadas supuestamente (E4, mujer, Colombia, 40 años).

La mascarilla antes me costaba, pero ya te acostumbras. Y en el bar que tengo que estar todo el día con ella. En mi día a día no me puedo contagiar porque si yo voy a una casa que me llamen para limpiar, lo primero que voy con la mascarilla y voy a casa de españoles, gente seria. Yo voy a bañar a una mujer de 93 años y yo la baño con la mascarilla, porque claro si lo tengo y no me entero, se lo puedo pegar a ella (E6, mujer, España, 53 años).

Yo siempre mascarilla, siempre. Tengo un montón de mascarillas. Aquí tengo yo la caja. Yo voy a salir a la calle, mascarilla (E12, hombre, Mali, 37 años).

En cuanto a si andamos sin mascarillas (en casa), vamos sin mascarillas porque nosotros sabíamos que no teníamos nada. Luis estaba con su documento para

poder salir a trabajar y no tenía nada; yo me hice los exámenes y no tenía nada. Entonces, estábamos aparentemente bien (E9, hombre, Ecuador, 61 años)

Lo de la mascarilla lo llevo fatal. Es un agobio (E2, mujer, España, 38 años).

El gel hidroalcohólico es menos referido que la mascarilla por las personas entrevistadas. Se aprecian diferencias de género, pues es mencionado principalmente por las mujeres.

El gel lo utilizo en casa y en el bolso llevo siempre (E2, mujer, España, 38 años).

Le he cogido una manía a los pomos de las puertas, no los toco. El gel se ha convertido en algo que siempre va en el bolso (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

El aseo de manos convencional se menciona con más frecuencia que el gel, y a diferencia de éste, es señalado por ambos géneros.

Más que todo la mascarilla y la lavada de manos. Yo les digo a mis hijos, que no se enfoquen tanto en eso del alcohol... Pienso yo que el agua y el jabón es lo más eficiente (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Nosotros nos lavamos manos cuando entramos, no nos besamos (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Uno de los principales es la limpieza y la higiene. Lo primero, la higiene. Al rezar los cinco rezos al día se lavan las manos, hasta el codo, la boca, la nariz, la cara, el pelo, los pies. Y luego entras a rezar. Si no te lavas no puedes rezar (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Yo, distancia. Te cuidas bien, distancia. Mascarilla siempre tengo. Y lavar, llegamos a la casa lavamos las manos y ya estoy limpio antes de que tocamos nada (E12, hombre, Mali, 37 años).

Más allá de lo estrictamente sanitario, en la dimensión *relacional*, otra de las medidas más mencionadas es la reducción de las salidas fuera de casa que se refieren, bien expresamente como medida preventiva, o al relatar los nuevos hábitos de vida. Esta medida de prevención sanitaria está vinculada con aspectos sociales y relacionales, como el uso del tiempo libre/ocio, de tecnologías digitales para mantener contacto; sin olvidar ciertos niveles elevados de prevención, asociados al miedo al contagio expresado por varios entrevistados y entrevistadas.

Salía lo menos posible. Del trabajo a casa y de casa al trabajo, ya está. Eso es lo que yo hacía. Llegaba, ducharte, hacer la comida y casa (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Mis hijos no salen para nada. Tienen dos amistades que son colombianos también, pero son con los únicos que se relacionan, pero por WhatsApp o por video llamada. Le temen bastante al covid (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Aquí ahora solo hago ejercicio en mi casa (E7, hombre, Senegal, 32 años).

No estamos mucho en la calle. Yo soy más de casa, y ahora más. Ahora salgo lo justo, intento no salir. Me da miedo por este tema y la mascarilla me agobia mucho, entonces no, no salgo (E2, mujer, España, 38 años).

En general, se impone y practica la distancia social en todos los ámbitos, con los amigos, la familia y/o en el trabajo. Justificada principalmente por miedo al contagio. Asimismo, se alude la obligación de distancia social en los contextos socioculturales específicos, especialmente en los de ámbito religioso, ya sea musulmán (E11) o evangelista (E2), en los que se cesa temporalmente la práctica comunitaria del rezo.

Todavía tengo miedo, que me de eso. Salgo con miedo y todo, siempre a la distancia con la gente (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Yo a partir de que empieza la pandemia, yo corto todas las relaciones presenciales comerciales. Las corto, me limito a seguir trabajando vía internet, pedidos, pago de facturas.... me limito a seguir trabajando así (E10, hombre, España, 52 años).

Yo llevo tiempo sin ver a un tío mío que le dio un ictus. Nos hemos visto, a lo mejor, por videollamada, pero lo que es en persona no lo puedo ver más, porque... aparte que me da miedo a mí salir (...). No hay culto, desde que empezó esto no puede ser, el presidente lo cerró, el presidente que manda en el culto dijo que no se pueden hacer reuniones y lo están haciendo por el móvil (E2, mujer, España, 38 años).

Estábamos sin rezar, cada uno rezaba en su casa. Incluso los rezos del mes sagrado del ramadán, que siempre lo hacemos al aire libre con la colaboración del Ayuntamiento. Este año, pues por precaución no se celebró, para que no se contagien (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Me relaciono con los mismos (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

En la dimensión *sociofamiliar* se aprecian implicaciones diferentes para la prevención, mediados por aspectos socioculturales relacionados con estilos de vida saludables, ejercicio físico o prácticas religiosas. Ante la diversidad cultural que convive en Totana, inevitablemente, surgen valoraciones xenófobas en varias de las personas entrevistadas.

Normalmente si no estoy trabajando lo primero que hago es salir a andar un hora, hora y media todos los días, después desayunamos el día que no trabajo toda la familia junta y después me voy a mi parcela que tengo, que siempre tengo cosas que hacer. El divertimento a mi edad, ... las fiestas como tales no están... Un fin de semana normal y corriente, mi ocio es salir a andar, mi parcela, salir un rato con la bicicleta... (E10, hombre, España, 52 años).

Cuando no estoy trabajando, estoy en mi casa, limpiando (E6, mujer, España, 53 años).

La cultura de cada uno influye y bastante, sí; porque para nosotros es pecado beber alcohol, fumar... (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

... los latinos. Ellos ganan poco dinero y quieren beber mucho. Los senegaleses no quieren eso, van a trabajar y luego a la casa. Pero los latinos... por eso la policía cierra todos los bares ahora. Hay muchos latinos que beben cerveza y luego duermen en la calle. Ahí está (E7, hombre, Senegal, 32 años).

Porque Totana aquí... varios inmigrantes... Es sitio de extranjeros, porque hay mucho... gente que viene a buscar la vida. Pero muchos, muchos, muchos (E12, hombre, Mali, 37 años).

Las medidas preventivas se ven reforzadas institucionalmente en aquellos grupos sociales con mayor organización comunitaria, como es el caso de la población marroquí, en la que manifiesta una reorganización de los espacios de culto para fomentar la difusión de información sobre prevención del covid-19.

En la mezquita hicimos un video en árabe y castellano en el cual habla el Imán y lo hemos llevado al Ayuntamiento para que lo publiquen, para que la gente sepa lo que es el covid, que no es mentira, que el virus existe y las medidas que tienen que tomar. El Imán de la mezquita salía con Protección Civil con la furgoneta

hablando a la población inmigrante marroquí. Hablando en árabe. Hemos hecho cambios en las mezquitas... para abrirlas de nuevo. Hemos tenido una reunión con el Servicio Murciano de Salud, han visto que tenemos las medidas señaladas. De todo, hasta los guantes y el gel los tenemos en la puerta, mascarillas y cada uno tiene que llevar su alfombra (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

No obstante, en la dimensión *sociosanitaria* se identifican algunos discursos relacionados con el negacionismo y la ausencia de miedo, que condicionan la eficiente prevención. Así, cuatro de las doce personas entrevistadas muestran discursos negacionistas en algún momento, vinculados en algunos casos con el sentimiento religioso.

Se me hace raro que yo sea inmune. No tengo miedo... mi sobrina me dice: qué raro tita que tú no te hayas contagiado (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

¿Miedo al Corona? No, no miedo. Mucha gente no sale y se la pasa en su casa. Yo salgo a buscar trabajo, y si veo a un amigo lo saludo. O a trabajar en el campo. Un día... quise levantarme a buscar trabajo y no pude levantarme de la cama, por eso fui al médico (E7, hombre, Senegal, 32 años) .

No, ningún miedo. No creo que me contagie. No lo creo... bueno, no lo sé. No lo creo. Es toda una política. Si he oído gente que muere, pero no lo creo. No lo creo mucho lo de esta gripe. No lo sé, si es verdad o no (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Yo voy a lo que mi dios me brinda. Si él quisiera que mañana nos vamos, pues mañana nos vamos. Él es el jefe (E8, hombre, Ecuador, 57 años).

b) Inconvenientes para la prevención del covid-19

Aunque los entrevistados conocen y han asimilado las medidas de prevención, identifican impedimentos o situaciones por las que les resulta complicado su cumplimiento. Los principales inconvenientes para la prevención provienen de las dimensiones vinculadas al estatus socioeconómico (los ingresos, el trabajo y la vivienda), junto a la dimensión relacional o sociofamiliar (asociada con estilos de vida y prácticas culturales).

En la dimensión *económica*, los bajos ingresos dificultan la compra de material preventivo. Se da prioridad a la mascarilla, aunque se menciona la dificultad para comprar gel.

Yo no te puedo comprar un bote (desinfectante) cada dos días (E6, mujer, España, 53 años).

Bueno... de momento no tengo bastante dinero... Mascarilla tengo, ... Gel, a veces no (E12, hombre, Mali, 37 años).

El ámbito *laboral* es identificado, junto al ocio, como la principal dimensión en la que se encuentran dificultades para el mantenimiento de las medidas de prevención; y, en consecuencia, como los dos principales espacios sociales de contagio. A diferencia del ocio, donde los contagios se producirían, según los propios entrevistados, por relajación e imprudencia, en el trabajo se habla de imposibilidad y mala praxis. De este modo, los impedimentos para la prevención derivados del trabajo están relacionados con las condiciones sociales de alta vulnerabilidad de algunos entrevistados/as, más acusadas en la población extranjera, aunque no exclusivos de la condición inmigrante: desempleo sin prestación o empleos precarios (temporales), fomentan la realización de actividades laborales irregulares, en deficientes condiciones de salubridad, sin apenas prevención, incluso ocultando el contagio del covid-19.

Puede ser por el trabajo, porque ha habido aquí casos en Totana que han estado contagiado, y se supone que si tienen esto te van a dar una baja, y ellos no quieren hacerlo por si van en contra tuya (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

Gente que da positivo y se presentan a trabajar... y se vienen aquí o se van a otro sitio a trabajar. Pero, por lo que estamos diciendo, por la necesidad (E10, hombre, España, 52 años).

Trabajando de interna, dentro de la casa no puedo estar con esta mascarilla veinticuatro horas. Esto es imposible. Esto me estorba (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Estoy más tiempo en la calle que en casa. Un día normal, yo estoy en casa a partir de las siete de la tarde hasta lo que es la hora de dormir. Por la mañana yo

salgo de la casa sobre las siete o siete y cuarto y vuelvo lo que es a comer de las dos a las tres. El resto estoy fuera (E10, hombre, España, 52 años).

En los almacenes, trabajan codo a codo, sin protección ninguna. Con mascarilla sí, pero mascarilla sola no los salva. La mascarilla te protege... pero no te protege (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

En general, las ocupaciones de mayor riesgo son aquellas en las que no se pueden realizar mediante teletrabajo, aquellas que realizan los colectivos más vulnerables (cuidados y limpieza de hogar, agricultura,...). El empleo en el campo es mencionado como uno de los de mayor riesgo de contagio, por sus condiciones de vulneración de las medidas de prevención, siendo muy común entre los hogares vulnerables entrevistados. En particular, la situación de mayor riesgo de contagio es el transporte de los jornaleros hasta el punto de trabajo.

El mayor riesgo de contagio... el de mi hermano trabajando en el campo. Más contagiados, los del campo... son los que más han salido en las empresas. Puede ser por el transporte, porque van cinco personas y van sin mascarilla (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

El empresario, cuando lleva a su gente a trabajar... Aunque les dice que hay que tomar las medidas ¿qué medidas? ¿quién lo controla? Por ejemplo, se notaba que aquí en Totana había controles en el punto de recogida de los trabajadores, controlando cuantas personas suben a la furgoneta; pero hay otros empresarios, no todos, que en vez de recoger aquí cuarenta, cojo aquí dos o tres y en otro lado cojo otros cuantos y voy con la furgoneta llena. Pensando en su cosecha y no pensando en la salud de las personas (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Vinculado a la dimensión *sociofamiliar*, el ocio es la segunda causa de contagio y uno de los principales ámbitos de riesgo. Mientras que en el trabajo las dificultades de prevención se suelen desprender de opiniones que refieren a la propia persona, en el ocio se tiende a responsabilizar a terceros, jóvenes e inmigrantes latinos, sobre todo. Sin duda, estas asociaciones provienen de prácticas de ocio diferenciadas por estratos sociales y culturales diferenciados.

Es peor en el ocio. En el trabajo no, porque tú vas a lo tuyo y te dedicas a lo que estás haciendo. En cambio, en el ocio, tú ya buscas una persona, te pegas más (E8, hombre, Ecuador, 57 años).

Sobre todo, el descuido de los habitantes, hablo de mis compatriotas que conozco, no hablo de la gente española porque no sé nada. Por falta de responsabilidad, por descuido. Ha habido personas que han estado contagiadas, que han dado positivo, y han estado en la calle y esas cosas; y no se cuidan. Han estado familias de celebración, bebiendo escondidos... y esas cosas (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

Hombre, yo pienso que, a día de hoy el ocio, pero no por criminalizar a nadie, pero porque es donde más gente te juntas... Cuando te juntas con mucha gente, en un autobús lleno de gente... Y claro, cada vez te encuentras con más gente que te dice que, si te tiene que pasar algo, que te pase, pero que son muchos meses sin tener vida social (E10, hombre, España, 52 años).

No la veo muy bien porque la gente no tiene precaución... Entre todos. El latino más se une. En cambio, el español se retira un poco (E8, hombre, Ecuador, 57 años).

Los marroquíes se han contagiado, pero la mayoría por vergüenza y por miedo, no querían decirlo (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Los discursos sobre estas diferencias culturales, y su mayor riesgo de contagio, llegan incluso a tornarse xenófobos hacia la población latina, si bien, provienen tanto de españoles como de extranjeros de otras regiones (Marruecos, África subsahariana, Europa del Este).

O sea, no es racista, pero entiendo que aquí el problema ha sido la inmigración, no la inmigración como tal, pero sí la forma de vida de la inmigración (E10, hombre, España, 52 años).

Totana no es grande..., lo que pasa que hay mucho inmigrante (E2, mujer, España, 38 años).

Por la gente latina. Porque totaneros quienes lo han pillado, muy pocos. Sobre todo, gente extrajera... Porque se van a las casas, como ahora no hay discotecas, litros de cervezas que comparten, y ahí están todos en reunión. No tienen cabeza. De una botella de cerveza beben todos, eso los contagian, salen y van contagiando

a otros. Así van.... El padre de mis dos nietas no convive con nosotros, pero es ecuatoriano. Y yo se lo digo a mi hija, aquí que no entre, no porque él se va con sus amigos, con las cervezas y aquí nos trae. (E6, mujer, España, 53 años).

Para mí, por ejemplo, hay muchos bares latinos y cuando los latinos compran cerveza, no quiere cada uno su vaso y están cinco personas con uno solo. Por eso ahora... (E7, hombre, Senegal, 32 años).

Hablaron aquí mucho de los bolivianos, que vinieron no sé de dónde y trajeron esta enfermedad. Algunos de Mazarrón traen esta enfermedad. Gente que viene de fuera. O, están en su país, vienen aquí y lo pegan (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Respecto a la edad o generación con mayores niveles de prácticas de riesgo de contagio las personas entrevistadas coinciden en el mismo colectivo: los jóvenes.

La mejor prevención, la prudencia y el sentido común. Qué pasa, que conforme vas bajando el perfil de edad... a la gente joven es muy difícil cortarle la vida social (E10, hombre, España, 52 años).

Los jóvenes que se van de fiesta, ellos, lo peor (E6, mujer, España, 53 años).

No salían mucho, aunque mi hijo de dieciocho salía más. A veces me daba miedo que él traiga eso. Algunas veces, le hablaba para que no saliera mucho... Esto fue la primera vez, al principio marzo-abril... (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

El género influye en las opciones de protección que se mencionan. En los discursos protagonizados por mujeres predominan los espacios y ámbitos domésticos, como el hogar o los hijos. Por su lado, los hombres dan más relevancia a los ámbitos exteriores, como los espacios de ocio y de trabajo. Así, las entrevistadas reconocen los riesgos de contagio en el ámbito de las reuniones familiares.

En navidad, pues nada... Creo que vamos a incumplirlo todos, sinceramente te lo digo (E2, mujer, España, 38 años).

Porque no hay una protección en los hogares. Yo creo que en los hogares hacen cumpleaños y todo... (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Sí, fue por el cumpleaños de mi padre porque fue a raíz de que nos juntamos; y ya, ellos dieron positivo. Mi padre, su mujer, mi hermano... Mi madre vino luego y también se contaminó. Mi hermano con su mujer y mis dos sobrinas. O sea que toda la familia, menos yo (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Continuando ahora con la dimensión *residencial*, según los entrevistados se distinguen diferentes niveles de riesgo dentro de la vivienda, obedeciendo a la composición de los hogares. Se alude a la imposibilidad de generar burbujas sociales en hogares donde residen niños, refiriéndose, en varios casos, a las fiestas infantiles de cumpleaños; así como a los riesgos en viviendas compartidas, donde conviven varias unidades familiares.

En casa vamos sin mascarillas porque nosotros sabíamos que no teníamos nada. Él estaba con su documento para poder salir a trabajar y no tenía nada; yo me hice los exámenes y no tenía nada. Entonces, estábamos aparentemente bien (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

No puede haber más de seis personas; tú y yo no nos podemos tomar un café; y, entonces, ¿seis críos si pueden? Que son cada uno de un padre y de una madre. Vamos, que el padre trabaja en un almacén y la madre en otro. Es que... (E2, mujer, España, 38 años).

Mi hijo, él bien. Lo que le cuesta es llegar y lavarse las manos. Directo a darme el beso. Y le digo que no, que directo a lavarse las manos, la cara, acostúbrate. Eso, le cuesta mucho. Él se crio a dar el beso, no. Viene del cole... Igual (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

3.2.3. Posibilidades de aislamiento

Los entrevistados aportan dificultades para el cumplimiento de cuarentenas y aislamiento con una gran vinculación a la situación en dos dimensiones: a) en la económica- laboral, por la falta de ingresos y la irregularidad (si no se trabaja no se perciben ingresos); b) en vivienda, por el tipo de hogar (nuclear o viviendas compartidas) y las características de la misma (tamaño, número de aseos). Todo ello claramente relacionado con las condiciones desfavorables planteadas al inicio, en los ámbitos económico, laboral y de ciudadanía. Sin embargo, la familia se presenta como el principal apoyo ante una situación de cuarentena o aislamiento, a la vez que condiciones

residenciales más ventajosas (vivienda amplia, solo un núcleo familiar), amplían las posibilidades de aislamiento, si fuese necesario.

Uno de los principales inconvenientes para el cumplimiento del aislamiento proviene de la precariedad laboral y los bajos ingresos. Ciertos hogares en situación de pobreza y con trabajos precarios carecen de cobertura económica ante la imposibilidad de trabajar, por lo que se tiende a ocultar síntomas para evitar realizar aislamiento o cuarentena.

Estuve aislada catorce días. Estaba en una situación muy mala y no tenía ingresos. La segunda vez, que estaba recién empezada a trabajar... Y fue que la misma encargada, la que me llevaba a mí, ella dio positivo. Entonces, me llamaron de la empresa diciendo que yo tenía que estar en aislamiento, que no podía ir a trabajar y todo... Yo todavía estaba ese tiempo sin luz, me la cortaron por impago... Esos días de cuarentena no me los pagaron (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Entras y te ponen, que yo lo sé, un cubito para que cuando te tomen la temperatura que no te salga... Hace poco, yo sé de una ecuatoriana, que había dado positivo y que ella no podía dejar de trabajar porque tenía críos que alimentar (E2, mujer, España, 38).

Algunos positivos no quieren decirlo... En una empresa van en coche cuatro o cinco personas. Si uno está contagiado van a parar todo el coche. No lo digo para que mi coche no sea parado, porque si se para mi coche no trabajo... porque el que lleva el coche cobra el sueldo de la gasolina y su sueldo. Entonces prefiere no decirlo y cobrar... En segundo lugar, si se entera la empresa que está contagiado, todos los que están alrededor se quedan confinados en su casa, hasta los familiares: la mujer, los críos, todo el mundo... y por eso, creo que por este motivo no quería decirlo (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Diferenciando por tipo de ocupación, las principales dificultades para el mantenimiento de un aislamiento provienen del trabajo de cuidadoras internas. Con clara incidencia en la población femenina y extranjera, tanto de Latinoamérica (E4), como de Europa del Este (E5)

Si llegase a enfermar mi hijo, yo sé que lo primero que me van a decir es mira, lo mejor es que te vayas de interna... Yo tengo la habitación alquilada prácticamente desocupada (vivienda aparte de donde está interna). Ahí vive más

gente, pero yo solo tengo una habitación... la habitación no es muy grande, entonces ahí van incluidos los servicios ... Yo lo mantengo..., no se quien vive en el piso, no soy mucho de contacto... yo creo que son ecuatorianos (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Si mi marido o hermana se contagiara, no sé qué haría. Seguro que mi jefe va a decir que no podría irme los fines de semana con mi gente. ¿Dónde me voy yo?, ¿a un hotel? (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Considerado el ámbito *residencial*, y el tipo de hogar, cuatro de los entrevistados tendrían problemas para poder realizar un aislamiento adecuado por vivir en pisos compartidos (E7, E8, E9 y E12). Se trata de un perfil masculino, extranjero, que convive sin pareja.

No tengo donde irme. Si me volviese a contagiar, tendría que estar encerrado en mi habitación (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

El baño era para todos... se limpiaba con gel y con más cosas. Sí. Y yo tenía mis cosas propias. Cada uno tenía lo suyo (E7, hombre, Senegal, 32 años).

Un baño... uno para todos. Cuando sales tú... tienes jabón y lo limpias todo antes de que entre el otro. Sí... sí, era el mismo baño. Siempre limpiando... desinfectando... todo ahí. Compramos lejía, compramos las cosas; limpiando siempre, siempre. Todos limpiamos la casa. Limpiar las manos... cuidarse la distancia... ya está, lo único que hay (E12, hombre, Mali, 37 años).

Sin embargo, no solo el tipo de hogar/convivencia es importante. También las características de la vivienda (tamaño, número de baños) lo son. Así, en los hogares familiares, es muy relevante el tamaño y el número de baños, aunque las viviendas amplias y con varios baños no son lo habitual en los hogares de las personas entrevistadas.

Que va, si nada más que hay dos habitaciones. Un baño y pequeño. Sería difícilísimo. O me tendría que meter al salón y que no entre nadie (E6, mujer, España, 53 años).

En una habitación, cerrada y sin salir mucho, no salir nada. Dejar la comida. Tenemos tres habitaciones, dos baños, dos salones. Para cuatro personas es grandísima (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Como se comentó en el apartado de condiciones sociales, la situación de hacinamiento no suele manifestarse en el hogar propio, pero los entrevistados opinan sobre otros hogares. El hacinamiento se suele vincular con la inmigración, y en particular con la latinoamericana.

A lo mejor la población latinoamericana, como suelen vivir ahí hasta diez personas... y en la casa hay solo un baño (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Es que cada dormitorio es una familia, si hay cuatro dormitorios hay cuatro familias. Y comparten los cuartos de baño, la cocina y el comedor ¿Te imaginas una cuarentena? ... y las condiciones higiénicas no son las nuestras, será por su cultura, será por su forma de verlo..., y entonces... (E10, hombre, España, 52 años).

Por último, en la dimensión vivienda, uno de los entrevistados refiere la existencia de infraviviendas en el municipio, con claras dificultades para el aislamiento.

La gente que están en chabolas o viviendo en un asentamiento. Tenemos la discoteca al entrar a Totana que hay asentamientos... aquí en Totana tenemos cuatro, cinco o seis lugares que no tienen agua, que vienen con garrafas, las llenan del grifo de la mezquita o de los bares más cercanos de su casa y lo llevan para beber. Hasta donde yo sé... la mayor parte de la población que está en los asentamientos son árabes, argelinos y marroquíes... Había un albergue para la gente que no tiene donde dormir, que están en asentamiento, que está cerca de aquí; pero la población marroquí, por vergüenza, no pueden ir ahí diciendo: necesito mantas, necesito comida... (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Analizando ahora los aspectos positivos, que favorecen las posibilidades de aislamiento, encontramos que en la dimensión sociofamiliar se encuentran los principales factores que permitirían llevar a cabo una cuarentena. Junto a la familia, la red social, es citada por los entrevistados y entrevistadas como el principal apoyo, aunque con distinto nivel de garantía: el miedo, o cierta fobia a la enfermedad (covidfobia) a veces se antepone.

Si lo cogiera. Depende. Si mi hijo estuviera contagiado, se quedaría conmigo, si no, tendría que irse con uno de los abuelos. Tengo buena relación con mi padre. Ya le he dicho que tendría que pasarme la comida por la ventana (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Mi hija la grande, yo sé que sí. La que vive aquí al lado, también. Esas dos son muy responsables. Van con el coche y por la ventana me lo dan (comida). Aunque yo vivo en un primero, ellas pueden dárme lo por la ventana (E6, mujer, España, 53 años).

La compra nos la llevaban por medio de amigos de nosotros, cualquier amigo. Yo soy bastante amiguero y me ayudaban mucho. La señora de Cáritas también nos daba la comida. Nos la dejaban en la puerta. También como Carmen, las legumbres, las cebollas... cuando había me llamaban mis amigos. Si no tenía dinero llamaba a un amigo, que yo le tiraba una cuerda y me hacía la compra, así mismo con una canasta yo la subía. Amigos que me han ayudado mucho. Amigos, amigas, familia, parejas, me han ayudado bastante (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

Les pedí ayuda a dos amigas y no me quisieron hacer eso... de traernos las cosas, comprándome alguna cosa. Cuando tienes el aislamiento, no puedes salir ni nada. Me decían "que lo siento mucho". ...se perdió la amistad. Miedo de eso, puede que hayan tenido, yo les decían a ellos que no estoy contagiada, solo estoy aislada, pero ni así (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Por otro lado, la carencia de estas redes se suple con el recurso a los Servicios Sociales municipales y el tercer sector, en el caso de españoles, subsaharianos y latinos; si bien en la población marroquí se alude al apoyo de la organización religiosa musulmana en torno a la mezquita.

Durante aislamiento, la compra, como tenía la ayuda de eso de la comida de Cáritas, ellos me llevaban, porque yo tenía la situación muy mala (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Claro, cuando no venían a la mezquita hemos llevado comida a domicilio, a gente que conocemos que tiene necesidad y gente que para no salir a la calle... y si es que la familia lo está pasando mal, hemos ido a dejarle la comida en la puerta y les hemos facilitado de todo (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Ante la imposibilidad de realizar aislamiento se habilitó un centro a las afueras de Totana. Sin embargo, solo uno de los entrevistados manifiesta que sí se iría llegado el momento.

Si voy al médico y me dice estoy contagiado. Donde sea que me manda me voy. Sin problema (E12, hombre, Mali, 37 años).

3.2.4. Impacto de la enfermedad covid-19

Los hogares entrevistados expresan los efectos que la covid-19 y las restricciones para el control de la pandemia han tenido en diferentes ámbitos de su vida. La mayoría de las opiniones sobre repercusiones y/o preocupaciones se relacionan con las dimensiones económica-laboral y sociofamiliar.

En el ámbito *laboral* se refiere la destrucción de empleos, la dificultad para encontrar trabajo y los consecuentes efectos en los, ya de por sí, bajos ingresos generalizados. Las condiciones sociales relatadas al inicio hacen que la covid-19 haya supuesto un gran impacto económico para estos hogares. Contratos precarios o empleos irregulares se destruyen con facilidad; además, los entrevistados en esta situación carecen de cobertura ante eventuales situaciones de desempleo. El malestar en este sentido es mayormente aportado por las mujeres.

Con el covid está peor encontrar trabajo, porque hace poco estaba en Moyca y yo no pude terminar la campaña No hubo manera de encontrar quien me lleve. Le dije a la encargada y todo, si me podían ayudar, pero no...había personas que iban de aquí de Totana, pero no podían ir más en el coche. En un coche de 5 plazas, solo pueden ir 3 personas (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Los más perjudicados somos nosotros, los gitanos, que, si no trabajamos, no comemos (E2, mujer, España, 38 años).

El principal problema, el trabajo. Con esta situación complicado...a mí me despidieron del locutorio, yo me fui para trabajar para Suiza. Llegué a Suiza y una amiga que me estaba buscando el trabajo y me cogió la pandemia. Tres meses sin poder trabajar, sin poder regresar, sin poder nada. O sea, que fue mal. Claro, no quisieron coger gente que venía de fuera porque empezó lo del covid (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Tengo miedo porque si caigo yo ¿quién mira a mis hijos?, y porque si caen mis hijos ¿de dónde voy a sustentarme? ¿cómo voy a hacer para estar pendiente de ellos? Y si llegase a enfermarse mi hijo yo sé que lo primero que me van a decir es

mira, lo mejor es que te vayas (de su trabajo como interna) (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Oh, no quiero... si los días que trabajo cojo algo de este covid ¿qué voy a hacer si mi marido no trabaja, yo no trabajo? Entonces, ¿qué vamos a hacer aquí? Yo me muero de hambre (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Pues a la hostelería primero. Que los pobres, de verdad, lo están pasando muy mal. Y al trabajo... el sector agrario no para... Y la población trabajadora se ve también un poco afectada. Si van a poner limitaciones de llevar gente en el coche... (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

En la dimensión *relacional* se alude por varios entrevistados un temor irracional al contagio del covid o covidfobia, que deriva en miedo social, a veces proyectado sobre sectores concretos de la población que se han visto más afectados, desarrollándose claros procesos de estigmatización hacia ellos.

En los ocho meses, me parece que he salido dos veces a comer fuera de casa. Y he salido dos veces a comer, a un restaurante que conozco, previo a haber llamado al restaurante y haberle dicho donde quería la mesa (E10, hombre, España, 52 años).

Ahora, yo quiero que este virus se muera. Y que vivamos como antes, que la gente esté tranquila, sin miedo, porque tienen mucho miedo aquí, yo lo he visto. Salgo poco, pero lo he visto. Esto es una lástima, es muy triste (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

Ya no me quieren ni tocar, ni me saludes me dicen, desde lejos (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Y para los que lo han pasado, se ve que les queda esa sensación de que la gente los ve como un bicho (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Y el covid, esa fue la gota que faltaba para derramar el vaso, porque la verdad sí, de estar uno en una situación de estas... de una situación donde no conoces a nadie, nadie conoce a vos... todo el mundo desconfía de todo el mundo. Llega una parte así que uno dice: ¿y ahora qué hago?... Uno queda aquí a la voluntad de Dios (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Se oculta...por vergüenza y por miedo. Miedo de estar en la boca de todo el pueblo. Fulanito ya está contagiado. Entonces nadie se acercará, por no contagiarse. Entonces para no dejar que la gente me señale y hablan de mí, pues prefiero cerrar la boca, no decirle nada a nadie y quedarme en casa (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Hasta aquí se ha mostrado que las frágiles condiciones sociales en ingresos y situación residencial derivadas del tipo de trabajo predominante en Totana, así como las características mismas de ese trabajo, suponen riesgos para la prevención y el aislamiento. Al estar estos trabajos principalmente ocupados por población de bajo estatus socioeconómico, mayoritariamente inmigrantes, estos han sido los principales afectados por el covid. El estigma es especialmente grave en la población latinoamericana, posiblemente por su forma de vida y su carácter más abierto y social respecto a otros colectivos inmigrantes como marroquíes y subsaharianos.

Le afecta al resto de gente, y porque estás generando un problema de odio. Aquí si estamos generando actitudes racistas, pero claro cuando aíslan Totana y empiezan a decir no...hay un brote en Moyca..., y llega un momento en que lo dejan de decir porque claro, se dan cuenta de que están creando un problema social. No puedes señalar un sector de la población, pero al final has disparado la liebre... Aquí pienso que, a nivel local, se le fue la mano digamos dando un parte de guerra todos los días, que al final todo el mundo estaba esperando y que a mi ver ha desembocado en que quizás se ha criminalizado a ciertos colectivos (E10, hombre, España, 52 años).

A nivel salud y sanitario, se obtienen también ciertas repercusiones físicas, ya sean secuelas de haber pasado la enfermedad o carencias por retrasos en los hospitales para atender otras intervenciones menos urgentes. Respecto a las secuelas, solo uno de los cuatro entrevistados que ha pasado el covid-19 (E7, E8, E9, E10), refiere secuelas de salud de importancia tras la enfermedad, tanto física como emocionales.

Una pérdida muscular, sobre todo en las piernas. No podía andar. A mí no me faltaba el aire, si no cansancio. Andaba veinte metros, y me tenía que sentar, porque estaba agotado. Yo dudaba de que me fuese a quedar como estaba, porque veía pasar las semanas y no veía la evolución. Además, después sufrí pérdidas de visión y dolores intensos de cabeza. Y a nivel familiar, evidentemente conmigo se confina mi familia, y esto le generó a mi mujer un problema de ansiedad y de

nervios, que le obliga a estar ahora mismo en tratamiento psiquiátrico (E10, hombre, España, 52 años).

Claro, entró esta cuestión de la pandemia y ya no me pudieron operar. Me dejaron en dos citas. Me llamaron y me dijeron que no me podían operar hasta el año que viene por esta cuestión (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

Ahora con esto de la pandemia 2 veces no he ido a revisión, el médico no me ha querido ver (E2, mujer, España, 38 años).

3.3. Opinión de los profesionales

En este apartado se recogen los resultados obtenidos del grupo de discusión en el que participaron ocho profesionales de diferentes áreas de intervención, de especial relevancia ante la situación de pandemia del covid-19. Como se detalló en el capítulo de metodología, en la selección de los ocho participantes se consideró el relevante rol que vienen desempeñando en Totana distintos profesionales del ámbito público y privado y desde diferentes áreas de intervención social, sanitaria, seguridad, protección ciudadana o laboral. De este modo asistieron representantes de Servicios Sociales, Policía Local, Protección Civil, Servicio de Empleo y Formación, Sindicatos y Tercer Sector (Cruz Roja y Cáritas). El grupo de discusión se realizó el 16 de diciembre de 2020 en el Centro cultural la Cárcel de Totana, abordando tres objetivos; por un lado, conocer la opinión de los profesionales sobre los factores de riesgo social que han incidido en los elevados niveles de contagio en el municipio; por otro, obtener su valoración sobre la respuesta institucional desarrollada desde distintos niveles administrativos; y, en tercer lugar, se pretendía recoger, según su experiencia, los retos a los que se enfrenta el municipio para restablecer la normalidad.

Los resultados se ofrecen estructurados en cuatro apartados, coincidentes con el guion seguido durante el grupo de discusión: condiciones sociales; impacto de la enfermedad covid-19; recursos de apoyo y respuesta ante la pandemia; y estrategias de intervención futuras.

3.3.1. Condiciones sociales

Totana reúne una serie de condiciones estructurales previas, que la pandemia ha agravado profundamente, y que según los profesionales consultados explican, en gran parte, la alta tasa de contagio que ha venido

registrando este municipio en distintos momentos. Dichas condiciones se encuentran vinculadas a factores socioculturales, laborables y residenciales que afectan a la población del municipio.

Esto es un problema que viene de muchísimo antes de la pandemia. Y la pandemia es lo que ha sido el gatillo, por decirlo así, para que estalle todo (P3, ámbito público, seguridad).

Entre las condiciones socioculturales destacadas por los profesionales se encuentran: un volumen importante de población extranjera; una gran cantidad de nacionalidades conviviendo juntas, con lo que eso significa en términos de contacto y de choque cultural; un bajo nivel socioeconómico y formativo de la población; la marginalidad de un sector de población inmigrante en situación irregular y un efecto llamada que presenta al municipio como atractivo.

Diversidad cultural que produce hacinamiento, que está “mezclao” con la agricultura, con el medio de vida que hay en Totana (P6, ámbito social, privado).

Nosotros últimamente hemos tenido muchos casos de gente de Guatemala que aterrizaba en Madrid y a la semana estaba en Totana. Y les preguntabas el por qué se habían venido hasta aquí y te decían que en Madrid alguien les había dicho que aquí en Totana había trabajo y vivienda (P1, ámbito social, público).

El tejido social urbano es muy diverso, y ha ido cambiando en pocos años de una manera muy importante. Hemos pasado de tener solo nacidos aquí, a un número muy grande de inmigrantes venidos de diferentes países, principalmente de la zona de Latinoamérica. Esto viene de bastantes años atrás, pongamos de 2006 para acá, incluso antes. Pero es cierto que, en los últimos años, se ha agrandado muchísimo el tema de la inmigración. Con todos los componentes añadidos de forma de vida, cultura... (P3, ámbito público, seguridad).

Hay un porcentaje importante de población marginal, sin vivienda ni recursos, que no sabes ni cómo está subsistiendo (P1, ámbito social, público).

La gente viene aquí viene porque en sus países de origen no puede vivir, por tanto, tiene una percepción del mundo muy distinta. El primer valor para ellos es la supervivencia y les da igual todo si consiguen el dinero (P3, ámbito público, seguridad).

En cuanto a los aspectos *laborales* se señalan: la importancia del sector agrícola en la economía del municipio; la existencia de empresas hortofrutícolas que proporcionan una ocupación estacional para una parte importante de la población del municipio; los desplazamientos masivos (autobuses y furgonetas) desde Totana a distintos puntos de la región para trabajar en el campo (uva, brócoli, melón, sandía, frutales, ...). Y la precariedad laboral asociada a los sectores de principal ocupación de la población extranjera (agricultura y servicio doméstico).

Nosotros somos para ellos “el dorado”, nos hemos convertido en un sitio de inmigración de países tercermundistas, más pobres que nosotros. No somos una Alemania donde viene ingenieros, donde viene licenciados, donde viene gente que tenga un nivel de renta alto y con un trabajo digno. Han venido a ganarse la vida y a ahorrar para llevar dinero a sus países de origen. Están dispuestos a todo y han hecho de la marginalidad su modo de vida (P6, ámbito social, privado).

El trabajo en Totana es esencialmente agrícola y eso provoca concentraciones en el desplazamiento al trabajo. Hay una enorme cantidad de personal que acude todos los días a coger autobuses, para desplazarse desde fuera del municipio, fuera de Totana (P8, ámbito privado, empleo).

Pequeños empresarios... sobre todo, pero de grandes sinvergüenzas estamos hablando. Hay diferentes puntos de recogida de trabajadores sin trabajo definido y se han ido moviendo en función de la crisis a diferentes zonas (P3, ámbito público, seguridad).

Por último, se destacan también ciertas condiciones *residenciales*: la segregación residencial que afecta al municipio y los problemas de hacinamiento de las viviendas e infraviviendas habitadas por población extranjera y marginal. Algunos de los profesionales alertan del proceso de gentrificación inversa que está afectando al municipio, al sustituirse la población originaria de un barrio o zona urbana por los nuevos residentes extranjeros que, según los profesionales genera sentimientos de xenofobia, aporofobia o inseguridad. Esta tendencia puede desencadenar en segregación residencial por cuestión étnica, que hace que, la zona residencial de la periferia (conocida como *los huertos*) sea ocupada mayoritariamente por autóctonos, mientras que los extranjeros, de bajo poder adquisitivo, permanezcan en la zona centro y el casco antiguo, ocupando viviendas más antiguas e infraviviendas e imposibilitando así una interacción y/o

integración plena. Los profesionales coinciden también en señalar la inexistencia de un control entre las células de habitabilidad y los empadronamientos. Esto genera, un subarrendamiento de los domicilios, con una parcelación mayor del hogar, incluso en trasteros o patios (pisos patera), que ocasionan situaciones de insalubridad e imposibilita un espacio de confinamiento aislado. Además, la falta de actualización del Padrón Municipal, unido a una alta asiduidad en el cambio de vivienda y al gran número de alquileres irregulares, hace que no pueda haber un control por parte de las autoridades, lo que favorece la impunidad, el incumplimiento de la normativa y aplicación del régimen sancionador.

La gente que vivía en las zonas del centro y que está bien posicionada se ha marchado a su segunda residencia en las zonas de los huertos. Y el centro está totalmente poblando de un paisaje social que es exclusivamente inmigrante. Si te das una vuelta por las arterias principales del municipio puedes ver la transformación tan brutal que ha sufrido en los últimos años y puedes ver el perfil de usuario y comercios que hay. Y ¿qué pasa con los alquileres ilegales? Hay gente que está sacando una barbaridad de dinero todos los meses de manera totalmente ilícita, pero de eso no interesa hablar y siempre es más fácil apuntar y criminalizar al colectivo (P3, ámbito público, seguridad).

No está controlado, de forma clara, el tema del empadronamiento que existe en la localidad de todas estas personas que viene de fuera. Y eso nos da pie, a que exista un descontrol tremendo en los pisos, lo que se conocen como “pisos patera” (P4, ámbito público, seguridad y protección).

El tema del hacinamiento y los alquileres ilegales lo he denunciado yo públicamente desde hace más de 10 años a los últimos cuatro alcaldes (P5, ámbito social, privado).

3.3.2. Impacto de la enfermedad covid-19

Se agrupan en este apartado las opiniones de los profesionales, relacionadas con el impacto de la enfermedad covid-19. En primer lugar, desde los principales focos de contagio que se reconocen; y, en segundo lugar, sobre las repercusiones sociales, económicas y laborales que han tenido los altos índices de contagio en Totana.

Para los profesionales, los altos niveles de contagio de covid-19 en el municipio se explican desde dos causas principalmente: algunos comportamientos de alto riesgo, que tienen como protagonista a la población extranjera, y la falta de responsabilidad generalizada, de todos (nacionales y extranjeros).

Asociados a la población inmigrante señalan como puntos críticos de contagio el hacinamiento residencial; el transporte al trabajo y los espacios de recreo también en el trabajo. A pesar de las medidas sanitarias de muchas empresas, aunque no todas, los trabajadores se relajan en los descansos y en los desplazamientos no siempre se usa la mascarilla, ni se garantiza la distancia mínima de seguridad. Además de en el sector agrícola, la población extranjera trabaja también en el servicio doméstico, como cuidadores de personas mayores, y en menor medida en otros servicios, si bien, también se alude a la existencia de ciertas redes de prostitución.

Las condiciones en las que malviven una parte de la población inmigrante ha sido una bomba para la transmisión. Por mucho que Sanidad y las autoridades dijeran donde estaba el problema, todo el mundo sabía dónde estaba el principal foco de contagio en Totana (P6, ámbito social, privado).

El concepto de salud y enfermedad para ellos no es lo mismo que para nosotros y más si es asintomático. Otro de los problemas es que van todos al trabajo en una furgoneta, con la mascarilla bajada, ocho personas o diez, y esto no es culpa de la empresa (P2, ámbito público sociosanitario).

Cuanto más grande era la empresa, más facilidad de contagios, entonces lo que pasa ...aquí como en el resto, es que hay descansos y la gente se relaja. Hay empresas que tiene una zona específica para fumar, pero no se dan cuenta que esa zona es un foco claro de contagio (P8, ámbito privado, empleo).

Más del 80% de los cuidadores y cuidadoras fundamentalmente de nuestros abuelitos están en situación irregular. En Totana, como en otros sitios, hay prostitución marginal en pisos y la exigencia de favores sexuales como contrapartida por el pago del alquiler (P5, ámbito social, privado).

Según los profesionales se vienen produciendo comportamientos irresponsables y merecedores de régimen sancionador como: el incumplimiento flagrante de las cuarentenas y la suplantación de identidad, en los pisos alquilados, en el trabajo y en los centros sanitarios.

La gente de aquí ha respetado las normas, pero otras personas, no vamos a hablar de razas, hablamos de marginalidad, de personas más pobres, pues no les importa, tenían que seguir trabajando, entonces eso ha hecho que esos se contagiaran entre ellos y también contagiaran a los de aquí. Muchos de ellos pensaban que esto del virus no iba con ellos, que ellos no se iban a contagiar nunca (P6, ámbito social, privado).

No todo el mundo lleva igual el tema de las cuarentenas. ...no sé si a nivel cultural tendrá algo que ver, pero, en mi oficina, ha ido gente estando en cuarentena y, además, te lo han dicho, te lo dicen... la mayoría suelen ser inmigrantes (P7, ámbito público, empleo).

Se ponen muchas denuncias por no hacer bien el tema de las protecciones del covid, pero claro, luego las denuncias, es muy difícil que lleguen a sus destinos y eso también da pie a que, si incumplo, pues no pasa nada (P4, ámbito público, seguridad y protección).

Hay que tener en cuenta también que muchos van a trabajar con el NIE de otro y a nivel sanitario también (P1, ámbito social, público).

No se te ocurra decir que somos convivientes en la misma casa, porque ya sabes que me van a hacer un rastreo, me van a seguir. Hay personas que hablas con ellos y resulta que es la misma voz con tres números de teléfono. O vas a una casa a llevar unos alimentos y resulta que cuando llamas por teléfono desde la puerta, el teléfono no suena dentro (P5, ámbito social, privado).

El 95% de los servicios que se han hecho de seguimiento de incumplimientos son alquileres que son ilegales (P3, ámbito público, seguridad).

Vinculados con la población autóctona se señalan como focos de contagio las reuniones familiares y de allegados en la zona de los huertos. También se denuncia la falta de responsabilidad y el incumplimiento de las cuarentenas. Como aspecto positivo, algunos profesionales destacan el comportamiento responsable de los jóvenes y los más pequeños en el cumplimiento de las normas sanitarias de distanciamiento social impuestas.

No solo son extranjeros, hay muchos totaneros contagiados y muchos totaneros que se saltan la cuarentena. Nos consta, totaneros encargar paellas para dieciocho y para veinticuatro los fines de semana, para los huertos. Y no podemos juntarnos más de seis... (P2, ámbito público, sociosanitario).

También tenemos que echarnos la culpa a los que somos de aquí. En Totana hay un factor social arraigado que son las juergas, o las visitas, que son concentraciones en los huertos, ¿qué pasa con eso? Eso no pasa ni en Lorca, ni en Mazarrón, pero pasa en Totana (P8, ámbito privado, empleo).

Les estamos pidiendo a jóvenes que no se relacionen, que no se toquen. Eso es como pedirle que no sean jóvenes. Entonces habrá incumplimiento, pero son mínimos. Lo están haciendo bien, de hecho, te diría que están dando ejemplo a los mayores (P3, ámbito público, seguridad).

Todos los asistentes a la reunión grupal coinciden en destacar las graves repercusiones socioeconómicas que ha tenido, y está teniendo, la pandemia en el municipio. Las medidas restrictivas impuestas por las autoridades sanitarias a nivel regional y la alta presencia en los medios han estigmatizado, en cierto modo, al municipio como entidad local. El cierre perimetral sucesivo de Totana ha tenido consecuencias en la percepción de riesgo del resto de la población y ha afectado a la imagen turística, comercial y hostelera del municipio. Existe, entre algunos de los profesionales, cierto sentimiento de persecución injustificada por parte de las autoridades regionales. Argumentan que no se ha considerado el hecho de que, realizar de forma masiva pruebas diagnósticas o cribados como los efectuados en Totana, hace que aumenten las cifras de contagiados por covid-19. Consideran que otros municipios, en situaciones similares, han recibido un trato desigual, que no se ha traducido en un cierre total de la hostelería y de los comercios de la zona. No obstante, se reconoce desde la intervención sociosanitaria que los niveles de contagio han sido elevados, al tiempo que se reconocen las adecuadas medidas de prevención de ciertas empresas de gran tamaño del municipio.

Me hace gracia porque en Murcia y en Atalayas no se tomaron medidas. Claro, habrá un interés, el que sea, con el fin de señalar a uno y así parece que lo de los de al lado es menos (P3, ámbito público, seguridad).

Lo que está pasando aquí es que se ha sacado a la luz la incidencia que en otros sitios no se ha sacado. Porque aquí Totana, ya la hemos estigmatizado desde hace mucho tiempo por muchas cosas, pero la puntilla ha sido ahora. Resulta que nos han puesto en el escaparate. Nos han cerrado la hostelería, nos han cerrado el pueblo entero, a diferencia de otros sitios. Porque, si yo hago las pruebas, la ciudad de Murcia la tenemos que cerrar también (P6, ámbito social, privado).

Con los mismos números que Totana tenía la hostelería cerrada ahora la tiene abierta dos municipios que están confinados en Murcia. El trato no ha sido igual ¿Tú crees que la situación aquí en Totana ha sido muy distinta a la que se ha dado en otros sitios? Pero si no se hacen pruebas, pues no sale nadie. Yo no me creo que esta realidad sea única (P5, ámbito social, privado).

Comerciales de empresas me han dicho: "Por Totana no voy a pasar hasta que no esté esto solucionado" (P5, ámbito social, privado).

Está claro que tiene que haber miedo de la forma en la que se ha expuesto Totana "¿Es que eres de Totana? Hostia, pues ten cuidado". Pero no es en todas las empresas, en esa grande hice yo una inspección, en el trabajo, y he de decir que las medidas que se toman allí no las toman todas las empresas. Podemos criminalizar a cualquiera, pero lo cierto y verdad es que el problema no es la empresa (P3, ámbito público, seguridad).

No nos engañemos, la incidencia de contagios en Totana ha sido muy bestia. A mí no me han rechazado nunca por trabajar en Totana (P2, ámbito público sociosanitario).

3.3.3. Recursos de apoyo ante la pandemia

La mayoría de los y las participantes en el grupo de discusión ha formado parte de varias comisiones que se han conformado en el municipio a raíz de la pandemia, destacando el denominado "Grupo de acción social para emergencias" creado en marzo de 2020 con la finalidad de garantizar la cobertura de necesidades básicas (alimentación, higiene, alojamiento, salud...). Esta coordinación sociosanitaria ha sido clave en la respuesta dada a las nuevas situaciones de emergencia social. La sobrecarga de trabajo es mencionada por todos los participantes, a la vez que reconocen las limitaciones ante el volumen de emergencias.

No hubiéramos podido salir adelante si no hubiéramos estado todos, personas, ósea esto han sido personas. Desde el primer momento dijimos que estábamos disponibles las veinticuatro horas y así ha sido. Con Caritas, policía, con todos (P2, ámbito público sociosanitario).

Desde la declaración del Estado de Alarma el 14 de marzo de 2020, todos los policías de este cuerpo dimos un paso al frente, demostrando una gran profesionalidad y compromiso de servicio con los vecinos de Totana, sin miedo al virus, pero con un gran respeto al mismo, por las noticias de contagios y muertos

diarios de los que se tenía conocimiento a través de los medios de comunicación. Nosotros hemos hecho controles, desalojado autobuses, pero es que no se puede controlar una situación así... Desde marzo hasta junio pasamos a depender del Ministerio de Interior, las órdenes venían de la Delegación del Gobierno. Ya desde junio las medidas están siendo desarrolladas a través de órdenes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y los límites a la libertad de circulación a través de Decretos de Presidencia (P3, ámbito público, seguridad).

De marzo a diciembre hemos tenido un aumento de beneficiarios atendidos de 38%. Y aumento de 190% de situaciones atendidas relacionadas con escasez de medios para cobertura de necesidades básicas. Este tipo de situaciones ha implicado la movilización de recursos de manera inmediata para poder atenderlas, habiendo generado una reestructuración y adaptación de todos los recursos del Centro para priorizar su atención (P1, ámbito social público).

Los profesionales confirman que desde el inicio de la pandemia ha habido una escasez de recursos, tanto humanos (rastreadores, técnicos del padrón municipal, de seguridad...) como materiales (recursos residenciales, equipos de protección, alimentos,...). Todos ellos, al margen de su ámbito de intervención, ya sea como profesionales (técnicos sociosanitarios, de servicios sociales, de empleo, de cuerpos de seguridad) o como voluntarios de entidades sociales, coinciden en señalar el agotamiento, la sobrecarga de trabajo y los altos niveles de estrés a los que han estado sometidos desde el inicio de la pandemia. De sus discursos se deriva cansancio físico y emocional ante las elevadas tasas de contagio y mortalidad, y sobre todo por la extensa duración.

El tema de los recursos muy complicado. Ha habido falta de todo. Nosotros necesitábamos medios, y no esa crítica, que la entendemos, de muchos pacientes que se han sentido abandonados y, que ha sido así. Es que es así, se ha abandonado al paciente crónico, totalmente, porque se ha dado prioridad a COVID. Nosotros no necesitamos palmas sino recursos. Ha habido una crítica muy bestia en las redes sociales, ¡Míralos, que están cerrados, que no están trabajando! ¡Qué Vergüenza! (P2, ámbito público sociosanitario).

Muchas veces no puedes cubrir todas las necesidades. El ejemplo más claro lo tienes en la atención que se presta en Servicios Sociales ante muchas situaciones ¿Qué valoras primero? ¿Qué priorizas, la necesidad de atención que tenga alguien

o la cuestión administrativa-legal con respecto a algo? (P1, ámbito social público).

Yo diría que ha faltado personal sobre todo para hacer los seguimientos... porque al final era inabordable (P3, ámbito público, seguridad).

Yo, como positiva que lo he vivido, para mí el personal sanitario súper bien. Me han llamado todos los días dos veces, un seguimiento impresionante, ¿Dónde está el fallo? Pues en lo económico, que no había recursos (P7, ámbito público, empleo).

Es que yo creo que lo han hecho mejor imposible, porque sin medios, estar expuestos más directamente que nadie. Lo han sacado sin medios y rápidamente. Yo creo que han faltado medios humanos, sobre todo (P8, ámbito privado, empleo).

Asimismo, se valora la implicación de varias entidades de apoyo social en las intervenciones de emergencia, dando especial relevancia a las actuaciones del CORECAAS, relativas al seguimiento de las condiciones de usuarios enfermos de covid-19.

En septiembre de 2020 comienza su actividad en nuestro municipio el equipo CORECAAS dependiente del Servicio Murciano de Salud, otro recurso de suma importancia para la implementación de medidas sociosanitarias a nivel comunitario, concretándose entre otras: asistencia a la Comisión Permanente , realización de pruebas diagnósticas para detección de COVID-19 en barrios y empresas, puesta en marcha del Centro de Aislamiento Voluntario La Charca y dotación de trabajadora social y mediadores culturales en el ámbito sanitario (P1, ámbito social, público).

Además, se reconoce en varios casos que se ha implementado cierto apoyo de recursos extraordinarios, aunque se reitera su insuficiencia.

A nosotros inicialmente nos incrementaron la financiación que teníamos. Con ello se pudo contratar a dos trabajadores sociales, para reforzar el centro de servicios sociales (P1, ámbito social, público).

Yo sé que de política social sí que se hizo convenio con algunas ONG para la gestión de los albergues (P6, ámbito social, privado).

Por otro lado, los profesionales también destacaron la excesiva burocracia que se traduce en una ausencia de procedimientos claros y accesibles.

Además, la formalización y gestión de las ayudas sociales de forma telemática para población vulnerable crea una situación de indefensión por la brecha digital. De esta forma, se dificulta la prestación de determinadas ayudas como el ingreso mínimo vital. Asimismo, aluden a algunos de los recursos implementados en el municipio para garantizar un confinamiento en condiciones óptimas como la Charca llegaron tarde.

Para nosotros ha sido una locura porque los lunes empezábamos con un protocolo y el miércoles ya teníamos otro distinto al anterior, y así todos los días, trabajando mañanas, tardes, sábados y domingos durante meses. ¿Y pruebas? Pues no había. Aquí en Totana nos hemos visto desbordados porque ha habido mucha incidencia (P2, ámbito público sociosanitario).

Las faltas de control por parte del Ayuntamiento, yo diría que estamos con un Ayuntamiento que está endeudado. Y a la falta de recursos económicos añádele la falta de personal para poder llevar el control de toda esta situación de la que estamos hablando (P4, ámbito público, seguridad y protección).

¿Sabes lo que hay que articular para controlar, rastrear, gestionar el nivel de contagios en Totana? Es impresionante. Ese ha sido el problema porque si tú tienes una incidencia que supera un disparate cada 100.000 habitantes significa que tienes que disponer de un montón de recursos exclusivamente para controlar y gestionar eso (P3, ámbito público, seguridad).

Otro aspecto señalado fue el de la baja cohesión social. La crisis sociosanitaria ha evidenciado una falta de concienciación y de responsabilidad por parte de la población, unido, en muchos casos, a un bajo nivel formativo y a factores culturales.

Cuando les ofreces recursos, es que podemos llamar a Caritas, a Cruz Roja, vas a tener ayuda... ayúdanos a ayudarte, y luego vas a continuar con tu vida, con tu trabajo, pero no se cuidan (P2, ámbito público sociosanitario).

Más educación y concienciar más a la sociedad para que sea más responsable (P8, ámbito privado, empleo).

Por último, todos los profesionales coinciden en la falta de coordinación de la clase política regional y local. No se ha transmitido una imagen de unidad, sino la falta de un mando único para la aplicación de medidas y la gestión coordinada entre administraciones y cuerpos de seguridad, lo que ha fomentado un desconcierto entre los propios agentes de seguridad y la

población, que a veces desconocía qué normas había que seguir en cada momento.

Yo creo que tiene que haber directrices únicas que se adopten a todo el territorio por igual. Es verdad que cada territorio tiene sus características, y que hay muchos intereses diferentes e intereses ilegítimos económicos... (P1, ámbito social, público).

La desinformación es el principal peligro para todos. La sociedad debe tener información clara y concisa para que pueda seguir las normas y recomendaciones (P6, ámbito social, privado).

3.3.4. Estrategias de intervención futura

Los participantes consensuaron una serie de medidas a implementar para reducir los riesgos sociales y sanitarios y emprender el camino hacia una situación menos crítica.

En primer lugar, reclamen mayor inversión en materia de sanidad, educación y empleo con la dotación de recursos humanos y materiales necesarios.

La falta de control del padrón va en función de la falta de recursos humanos (P4, ámbito público, seguridad y protección).

Estamos en el siglo XXI, desarrollo de una aplicación informática y te salen absolutamente todas las viviendas que están incumpliendo por censo lo autorizado en la célula de habitabilidad. Además, hay que encontrar soluciones al problema de falta de habitabilidad que sufre el municipio (P5, ámbito social, privado).

Garantizar un sistema unificado para la cobertura de las necesidades de la gente, es decir, que el sistema sea sencillo (P1, ámbito social, público).

Hay que mejorar las condiciones del trabajador y desarrollar un plan de lucha contra la economía sumergida, regularizando por ejemplo el tema de las cuidadoras extranjeras (P3, ámbito público, seguridad).

Encontrar soluciones de habitabilidad (P5, ámbito social, privado).

Fomentar la actividad empresarial, que se abra el círculo y que Totana no solamente sea ... claro, el turismo, no sé... La inserción laboral de los jóvenes sería otro punto para tocar, sin duda (P8, ámbito privado, empleo).

La inserción laboral de los jóvenes sería otro punto para tocar, sin duda (P8, ámbito privado, empleo).

En segundo lugar, aluden al diseño e implementación de planes y protocolos de prevención y anticipación.

Plan de lucha contra la economía sumergida, regularizar por ejemplo el tema de las cuidadoras extranjeras (P3, ámbito público, seguridad).

Debería hacerse un plan de convivencia intervecinal, intercultural y como eslogan, disfruta de Totana y de su gente (P1, ámbito social, público).

En tercer lugar, reclaman la unidad y coordinación técnica y política entre administraciones y áreas de intervención.

Si queremos integrar, un poco, este arraigo cultural que tenemos aquí. Deberíamos de ser nosotros los primeros, que tenemos de verdad esa integración, pero es que no queremos. Queremos separar, que los totaneros tengan nuestros puntos y, que el resto de gente, apartada (P3, ámbito público, seguridad).

Menos burocracia y más facilidades (P1, ámbito social, público).

Por parte de la CCAA no he visto un respaldo inicialmente a los policías locales ni a las protecciones civiles (P4, ámbito público, seguridad y protección).

Finalmente se alude la necesidad de apoyo y reconocimiento a los profesionales que han estado en primera línea.

Nosotros hemos echado en falta, desde los centros de salud, en momentos determinados un mensaje claro, de todos los políticos, no del alcalde, de la gravedad de la situación (P2, ámbito público sociosanitario).

Una vez vistos los resultados de las tres fuentes de información (encuesta, entrevistas y grupo de discusión), queda patente su complementariedad para alcanzar un mayor conocimiento de las condiciones sociales de la población en riesgo social de Totana y su vinculación con los niveles de prevención y aislamiento ante la enfermedad covid-19. En el capítulo siguiente se sintetizan las principales conclusiones obtenidas, al tiempo que se realizan algunas propuestas de intervención.

4. Conclusiones

Introducción

Existen multitud de estudios sobre la relación entre la pobreza y la salud de las personas. Desde la EAPN (2020: 7) se destaca la relación bidireccional pobreza-enfermedad. Por un lado, la *enfermedad produce pobreza*, existe un importante número de personas que viven absolutamente al día y cuya capacidad de enfrentarse a algún problema imprevisto está muy limitada. Así, cabe destacar las dificultades que produce el confinamiento forzado y el aislamiento de las personas contagiadas en hogares pequeños y no preparados para encierros prolongados, la pérdida de empleo, la reducción y congestión de los servicios públicos, o la privación material a todos los niveles. Asimismo, la *pobreza produce enfermedad*, hay multitud de trabajos y estudios que proporcionan evidencia sobre la importancia de los factores económicos y sociales en la prevalencia de muchas enfermedades, transmisibles o no. En particular, los principales condicionantes de riesgo que se consideran importantes para explicar la gravedad de la covid-19 en este momento, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias, hipertensión y diabetes, tienen una expresión diferenciada en función de la situación económica y social de cada persona y, por tanto, intensifican la gravedad de los síntomas y alargan la recuperación. Además, se ha visto que una salud relativamente buena puede disminuir la gravedad del virus entre las personas enfermas. En este sentido, las personas pobres, solo por el hecho de serlo, están en una mayor situación de riesgo.

El impacto de la pandemia se ha dejado ver en múltiples áreas, principalmente la económica, por las altas tasas de paro, aunque también en otras, como la educación o la propia salud mental. El Banco Mundial (2020) afirma que las pérdidas de empleo y las situaciones de privación derivadas de la pandemia en todo el mundo están golpeando gravemente a personas que ya son pobres y vulnerables y, al mismo tiempo, están modificando el perfil de la pobreza mundial al generar millones de “nuevos pobres”.

Además, como señala Luna-Nemecio (2020), las medidas adoptadas por los gobiernos frente a la pandemia han agudizado los escenarios de pobreza, poniendo de manifiesto la gran vulnerabilidad de determinados grupos, más expuestos a perder su empleo, o sin posibilidad de teletrabajo, o bien, con peores condiciones de la vivienda para afrontar un confinamiento domiciliario.

Así, los efectos sobre la salud mental de las medidas de aislamiento, sobre todo cuando estos periodos se alargan, pueden ser perjudiciales tanto a nivel individual, como a nivel social. Sin embargo, estas medidas han evidenciado ser necesarias para reducir la propagación de la enfermedad covid-19. Lidar con el estrés, el miedo, la ansiedad o la depresión de manera positiva es una necesidad actual y aprender a aplicarlas fortalecerá a cada uno como individuos, a los grupos familiares y a la comunidad (Valero et al., 2020).

Por otro lado, en el ámbito educativo, la irrupción de la enseñanza a distancia, producto de la pandemia, ha dejado al descubierto la brecha digital existente entre las escuelas y sus docentes (Murillo y Duk, 2020). Los resultados de varios estudios muestran una elevada diversidad de maneras de afrontar esta situación, aunque con similares consecuencias para la población más vulnerable. Ello implica una llamada de atención a responsables y agentes del ámbito educativo para frenar la desigualdad educativa y social que el covid-19 puede estar generando (Cáceres, Jiménez y Martín, 2020). La nueva normalidad supone también una nueva forma de relaciones sociales, respetuosas con los protocolos de seguridad en materia de salud. Estos mismos protocolos definirán nuevas pedagogías en el mundo educativo, ya que la distancia se impone como un criterio de peso y no siempre en el buen sentido (Bourgoin Vergondy et al., 2020). En este sentido, la actual coyuntura del covid-19 ha inaugurado una posibilidad histórica para replantear la investigación social y educativa.

A estas consecuencias de la pandemia no es ajena la Región de Murcia y tampoco el municipio de Totana. Precisamente, el conocimiento de la singularidad de esta localidad es lo que nos atañe, pues este estudio tiene como finalidad conocer la realidad social que ha condicionado la propagación de la enfermedad covid-19 en Totana y su mayor impacto sobre las personas en riesgo de exclusión social. La aproximación a dicha realidad, a través de diferentes técnicas de investigación social (encuesta, entrevista, grupo de discusión), permite disponer de una amplia variedad de resultados

sobre las condiciones sociales de los colectivos participantes (trabajadores del sector agroalimentario, hogares vulnerables): el impacto de la pandemia en sus condiciones de vida; el grado de conocimiento de las medidas sanitarias preventivas; la percepción del riesgo de contagio y sus causas; las posibilidades de aislamiento. Asimismo, se recaba la opinión de profesionales de la intervención social, acerca de los cambios acaecidos y los recursos de apoyo social disponibles para hacer frente a la nueva situación de riesgo social sobrevenida.

A continuación, se exponen las conclusiones del estudio, estructuradas en torno a tres líneas argumentales que reúnen, de forma sintetizada, los principales factores de riesgo social y sanitario detectados; las repercusiones sociales más importantes que la enfermedad covid-19 ha causado; y finalmente, los retos planteados, junto con una serie de propuestas para tratar de afrontarlos.

4.1. Factores de riesgo social y sanitario

Con objeto de ordenar el relato de los principales factores de riesgo social y sanitario encontrados, se irán refiriendo a las distintas técnicas de investigación empleadas, de las que proceden los resultados obtenidos.

a) Cuestionario-encuesta a trabajadores y trabajadoras de empresa agrícola

En primer lugar, se debe recordar que la muestra de trabajadores encuestados en la empresa ubicada en Totana es mayoritariamente femenina y de origen extranjero, alcanzando los 38 años de edad media. Esta edad media es ligeramente superior para las mujeres (unos 40 años) y más baja para los hombres (34 años). En el sexo masculino predomina el origen español, siendo más frecuente el origen extranjero para las mujeres. Casi la totalidad del origen español ha nacido en la Región de Murcia; mientras que Ecuador y Bolivia, dentro del origen latinoamericano, y Marruecos constituyen los principales países de procedencia de los encuestados nacidos en el extranjero. En general, se trata de personas inmigrantes con un amplio periodo de estancia en nuestro país, cerca de los 15 años de media.

Alrededor de dos tercios de los trabajadores encuestados no residen en Totana, desplazándose a diario a su puesto de trabajo desde otras localidades, como Murcia o Lorca. Entre los encuestados residentes en Totana

hay una mayor presencia relativa de hombres españoles, frente a un claro predominio de las mujeres extranjeras entre quienes son no residentes.

Con independencia del sexo y el lugar de nacimiento, el estado civil más frecuente es la soltería (sobre todo para los hombres, principalmente, extranjeros); aunque el matrimonio o las parejas de hecho, junto con el estado civil de separado/divorciado, encuentran una mayor representación entre las mujeres. Por su parte, el nivel educativo alcanzado por la mayoría de los encuestados equivale a secundaria obligatoria o inferior, registrando la secundaria postobligatoria una mayor importancia relativa para las mujeres extranjeras y los estudios superiores para las españolas.

Con respecto a los hogares, con independencia del sexo o el origen, en torno al 90% de los encuestados convive en un hogar de tres a cinco miembros; siendo el tamaño medio del hogar de 3,5 personas. Tan solo, un 5% convive en hogares de más de cinco personas, elevándose algo más este porcentaje entre el origen extranjero y las mujeres. Además, aunque la forma de convivencia más frecuente es la pareja con hijos, un 25% de los encuestados comparte la vivienda con otras personas, con las que mantienen un vínculo familiar o no. En cualquier caso, a tenor de las respuestas ofrecidas por los encuestados en cuanto al tamaño del hogar y superficie útil del domicilio, el hecho de compartir la vivienda no se traduce en su sobreocupación, o la existencia de hacinamiento, con los importantes riesgos que tal situación entrañaría sobre la propagación de la enfermedad covid-19.

Cabe destacar que un 22% de los trabajadores encuestados ya había pasado la enfermedad covid-19, con anterioridad al momento de la entrevista (octubre y noviembre de 2020). La incidencia de la enfermedad resulta más alta para el origen extranjero, el grupo de edad de 30 a 50 años, el nivel educativo intermedio (secundaria 2ª etapa) y los residentes en Totana.

Cuando se combinan las variables sexo y origen, desaparece la aparente similitud en la prevalencia de la enfermedad covid-19 entre hombres y mujeres. La incidencia más elevada corresponde a la mujer extranjera (27,7%), bastante superior a la del hombre extranjero (15,6%); determinando el mayor riesgo relativo de padecer la enfermedad del conjunto del origen extranjero. Sucede lo contrario dentro del origen español, una prevalencia del covid-19 más alta para el sexo masculino (25,5%) frente al femenino (12,6%); contribuyendo también a explicar el mayor riesgo relativo de los

residentes en el municipio de Totana, donde los hombres españoles tienen una mayor presencia relativa.

Quienes han contraído la enfermedad conocen en mayor medida la posibilidad de reinfección. Sin embargo, la condición de haber pasado la enfermedad no resulta estadísticamente significativa en relación con un mayor grado de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención o de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19; cosa que sí sucede para las variables sexo, origen, edad y nivel educativo. Así, en general, para el conjunto de encuestados, el grado de conocimiento de las medidas preventivas supera al de la sintomatología; siendo los encuestados con estudios superiores los que ostentan los valores medios más elevados en el nivel de conocimiento de ambas cuestiones. En función del sexo, las mujeres manifiestan un mayor nivel de conocimiento de la enfermedad. Por el contrario, los grupos con un menor grado de conocimiento son los encuestados extranjeros de mayor edad y los españoles más jóvenes.

No obstante, el nivel de conocimiento de la enfermedad por parte del conjunto de entrevistados es elevado; valorándose, sobre 10 puntos, con un promedio de 8,1 el conocimiento de las medidas sanitarias de prevención y con un 7,6 sus síntomas más extendidos. Estos resultados vienen acompañados de un grado de preocupación personal ante un posible contagio inferior al nivel de preocupación general por la situación de emergencia sanitaria. Los niveles más altos de preocupación por la pandemia se producen entre las personas de origen español, intensificándose entre las mujeres españolas. Por el contrario, los hombres, los extranjeros y los menores de 30 años se muestran menos preocupados.

Al plantear diversas afirmaciones a los encuestados, el consenso es casi unánime con el enunciado que califica de irresponsables a aquellos que incumplen las normas de prevención. Del mismo modo, resulta muy elevado el rechazo a considerar que la enfermedad covid-19 afecte solo a personas mayores y enfermos. Para ambas cuestiones resultan significativas, desde el punto de vista estadístico, las diferentes puntuaciones (mayor grado de acuerdo con la primera afirmación y desacuerdo con la segunda) entre el grupo de encuestados que ha padecido la enfermedad covid-19 y aquellos que no la han contraído.

Asimismo, el grado de acuerdo es elevado con la afirmación que hace referencia a si se debería permanecer en casa durante la pandemia y salir a la calle solo para lo imprescindible. Tan solo un 4,1% del total de encuestados manifiesta un evidente desacuerdo con tal aseveración; elevándose este porcentaje para los hombres y los menores de 30 años (en ambos casos, alrededor del 7%), así como para quienes cuentan con estudios superiores (cerca del 10%). Sin embargo, hay una mayor división de opiniones al considerar que se cumplen las normas sanitarias de prevención en los barrios, por parte del vecindario de las personas encuestadas. La valoración media del grado de acuerdo con dicha manifestación registra una puntuación media más baja, 6,1 sobre diez puntos; estando en claro desacuerdo (puntuación con 4, o menos) en torno al 22% de los trabajadores encuestados.

Al considerar posibles circunstancias y lugares cotidianos, la ordenación de mayor a menor riesgo percibido de contagio, realizada por los trabajadores encuestados de acuerdo a su puntuación media (escala de 1 a 10), es la siguiente: bares y restaurantes (8,4); casa de amigos (7,7); centro médico (7,4); tiendas (7,3); casa de familiares (6,6); puesto de trabajo (6,6); parques y jardines (6,5); calle (6,4); casa propia (3,6) y trayecto al trabajo (3,6).

Resulta llamativo el bajo nivel de riesgo de contagio percibido durante el trayecto al trabajo, equiparado al atribuido al hogar propio; máxime cuando una amplia proporción de encuestados, cerca de las tres cuartas partes, se desplaza acompañado por otras personas en vehículos particulares. A su vez, con independencia de cómo se haya efectuado el desplazamiento, se estima un mayor grado de riesgo a estar en el puesto de trabajo; adjudicando la mayor puntuación a la casa de los amigos y a bares y restaurantes.

En suma, de forma resumida, de la encuesta realizada a los trabajadores de la empresa agrícola de Totana se extraen los siguientes factores de riesgo social y sanitario:

-Se advierten diferencias en el grado de preocupación por la pandemia, el conocimiento de los síntomas de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias de prevención, así como la valoración del riesgo de contagio percibido en determinadas circunstancias, en función de las variables sexo, origen, edad y nivel educativo. Buena parte de tales relaciones resultan ser estadísticamente significativas. Muestra de ello es que, en aquellas respuestas donde el sexo es un factor diferenciador, las mujeres

suelen tener mayor conocimiento y preocupación por la enfermedad y sus riesgos. Esto se asocia a que la preocupación de las mujeres ante la situación general de emergencia sanitaria es mayor que la de los varones. Al mismo tiempo, las mujeres manifiestan menor tolerancia con quienes no respetan las normas de prevención.

-Por otra parte, no se observan diferencias apreciables en las respuestas entre los habitantes de Totana y los venidos de otras poblaciones; esto es, al considerar la variable de residencia en Totana (residentes y no residentes); ocultando, no obstante, la diferente composición por origen, español o extranjero, de ambos grupos. Mientras que entre los residentes en Totana predominan los nacidos en España, y con un mayor peso relativo de los hombres; entre los no residentes en Totana, en cambio, hay una mayor presencia de nacidos en el extranjero, con una amplia mayoría de mujeres.

-En los análisis en los que se combinan otras variables con el origen (español o extranjero), los extranjeros suelen puntuar más bajo en el conocimiento de la enfermedad, el grado de preocupación por la situación de emergencia sanitaria o por un posible contagio, así como en los niveles de riesgo percibido. Este hecho se intensifica más en el caso de los hombres extranjeros, con respecto a las mujeres del mismo origen. Del mismo modo, como ya se ha señalado, los hombres nacidos en España suelen tener un menor grado de conocimiento y preocupación por la pandemia que la mujer española.

-La edad resulta ser un factor significativo en la diferenciación de las respuestas. Los menores de 30 años suelen tener menor puntuación en las preguntas sobre conocimiento y riesgo de contagio de la enfermedad covid-19; percibiendo, en menor medida, los espacios públicos (bares, restaurantes o cafeterías) como lugares de alto riesgo de contagio. Por el contrario, las personas con más de 50 años suelen puntuar más alto en lo que respecta a la valoración del riesgo de contagio y conocimiento de la enfermedad.

-Con respecto a la educación, cuanto más alto es el nivel de estudios alcanzado existe una mayor preocupación y conocimiento sobre la enfermedad y las medidas preventivas. Además, se tiende a ser menos permisivo con conductas de riesgo. Es por ello que, en general, se podría

decir que un alto nivel educativo actúa como factor de protección frente a la enfermedad covid-19.

-Por último, los espacios que se perciben de mayor riesgo de contagio son los locales de hostelería, los parques o jardines, el transporte público y los hogares de familiares y amigos. Particularmente, entre los encuestados que han tenido la enfermedad covid-19, se eleva la valoración otorgada al riesgo de contagio en el propio domicilio que, en general, se puntúa bajo. En cambio, se constata un escaso riesgo percibido durante los desplazamientos al trabajo que, en gran medida, se efectúan en condiciones objetivas de riesgo, al utilizarse como medio de transporte habitual el vehículo particular compartido con otros compañeros.

b) Las entrevistas a hogares vulnerables

En la mayoría de las personas entrevistadas se constata un elevado conocimiento de las medidas de prevención y aislamiento, si bien, las limitaciones para llevarlas a cabo provienen de la condición social desfavorable en la que se encuentran; sobre todo, en el ámbito económico y en el residencial, que impiden la adquisición de materiales de prevención o cumplir la distancia social.

Como se señaló anteriormente, la enfermedad genera pobreza y la pobreza genera enfermedad. Las entrevistas a hogares vulnerables ilustran de forma nítida cómo la pandemia, lejos de mantenerse acotada en la esfera sanitaria, se inserta de lleno en las dinámicas sociales; y, entre ellas, en los procesos de exclusión social.

Según la teoría de la exclusión social, las desventajas o vulnerabilidades en diferentes dimensiones vitales se relacionan y alimentan entre sí. En el caso de este estudio, los hogares entrevistados acumulaban previamente varias vulnerabilidades, en las dimensiones económica, laboral, residencial y de ciudadanía, determinando que la enfermedad covid-19 se convierta en un nuevo factor de riesgo de exclusión en la esfera vital de la salud.

Este nuevo factor de riesgo sanitario acentúa aún más la vulnerabilidad que ya venían sufriendo en diversas dimensiones ciertos grupos en claro riesgo social, como el colectivo inmigrante, a través de la destrucción de empleos precarios, la disminución de ingresos, el aumento de la brecha digital, o la estigmatización social; entre otras consecuencias que la pandemia ha

propiciado. Esta población más vulnerable, en general, se inserta en unas condiciones sociales menos favorables para cumplir las medidas de prevención o de aislamiento, como ha quedado patente en los resultados de las entrevistas.

De esta manera, cuando se refieren los mayores niveles de contagio en la población inmigrante, lo que realmente se está aludiendo es a las precarias condiciones sociales de este colectivo. No se trata de nacionalidad, sino de condiciones de vulnerabilidad social (laboral, residencial y relacional).

Por su parte, los nacidos en España se encuentran en una condición social más favorable. Sin embargo, aquellos que también están en situación de mayor vulnerabilidad tienden al discurso xenófobo, sin considerar que se hallan en una posición muy similar.

Aunque las vulnerabilidades en las diferentes dimensiones de la exclusión social se relacionan entre sí, la centralidad de la económico-laboral es clara. Los hogares entrevistados, españoles o extranjeros, experimentan situaciones de pobreza, bajos ingresos y privación material de determinados consumos, que limitan su plena participación en otros ámbitos (educación, vivienda o salud, por ejemplo). Son hogares que económicamente viven al día, sin apenas capacidad de ahorro; sin duda, debido a empleos precarios, estacionales o a tiempo parcial; y, a veces, también irregulares.

Varios entrevistados y entrevistadas mencionan reiteradamente a la población de origen latinoamericano, como principal colectivo que incumple las normas de prevención y aislamiento. Aunque es cierto que tras esa acusación se vislumbran ciertas connotaciones xenófobas, no lo es menos que acumulan situaciones muy precarias en todas las dimensiones, sobre todo, resulta evidente la mayor desventaja en los ámbitos económico y laboral. El trabajo agrícola, de carácter temporal, es ocupado principalmente por personas inmigrantes, sus propias características, en cuanto a las tareas a desempeñar, así como las condiciones laborales precarias dificultan la prevención. Por ello, los inmigrantes han estado más expuestos a la enfermedad.

Los tipos de empleos desempeñados (peón agrícola, cuidador, camarero, entre otros) constituyen trabajos de mayor contacto físico, en los que no existe la posibilidad de teletrabajar. El caso de las cuidadoras internas es quizás el más complejo, en lo que respecta al cumplimiento estricto de las normas de seguridad en el trabajo, ante la dificultad de mantener 24 horas

ciertas medidas, como el uso de la mascarilla. Otra de las situaciones laborales de riesgo más referida en las entrevistas es el desplazamiento al lugar de trabajo en el campo. Este punto es compartido por los profesionales, aunque no es identificado como situación de riesgo en las encuestas.

Además, según la encuesta a los trabajadores, casi la totalidad manifiesta que comunicaría a su jefe el tener síntomas de covid-19, o haber estado en contacto directo con personas enfermas; sin embargo, en las entrevistas a hogares vulnerables, se refieren situaciones de ocultamiento para evitar perder el trabajo. Esta diferencia entre las dos fuentes de información, encuesta y entrevistas, revela un factor clave para la prevención, el aislamiento y el seguimiento de los casos, que debe ser tenido en cuenta: la irregularidad y la precariedad laboral.

A nivel laboral, se evidencia cierta distancia socioeconómica entre las personas encuestadas y las entrevistadas. Los trabajadores encuestados mantienen un estatus laboral más alto, pues cuentan con un contrato formalizado, al tiempo que ingresos periódicos, aunque su empleo tenga carácter estacional. Sin embargo, las personas entrevistadas integrantes de los hogares vulnerables se encuentran en una situación de precariedad laboral más severa; con peores condiciones, sin contrato y sin apenas coberturas laborales. En tal caso, el desempleo implica ausencia de ingresos lo que, unido a la ya precaria situación económica de partida, conlleva importantes dificultades para atender las necesidades básicas del hogar. Ante esto, se desarrollan estrategias de supervivencia cuando se está enfermo de covid-19, o se sospecha estarlo, como acudir al trabajo, o persistir en su búsqueda, ocultando el riesgo de contagio a compañeros y empleadores. En definitiva, mayores niveles de irregularidad y precariedad laboral han generado mayor riesgo de contagio y problemas de control de la enfermedad. Se cumple la doble analogía: la enfermedad produce pobreza y la pobreza produce enfermedad.

Respecto a la dimensión residencial, el hacinamiento de la vivienda no es identificado como un problema propio, directamente, por la población estudiada: no se aprecia en los resultados de la encuesta a los trabajadores (solo afecta a un 2% de los extranjeros encuestados), ni se reconocen afectados los miembros de los hogares vulnerables entrevistados; aunque estos últimos sí se refieren a esta problemática, aunque atribuida a otros colectivos, principalmente a población extranjera. Sin embargo, en el grupo

de discusión con los profesionales, el hacinamiento aparece como una grave dificultad en la dimensión residencial, que genera problemas de convivencia y de salubridad; y, particularmente, en lo relativo a la enfermedad covid-19, obstaculiza la prevención y el aislamiento.

Las características de la vivienda, tales como tamaño, número de baños y condiciones de habitabilidad están, por su parte, relacionadas directamente con las posibilidades de aislamiento. Las entrevistas permiten ahondar más en este aspecto, identificando deficiencias importantes: viviendas pequeñas, deterioradas, sin suministros básicos, no acondicionadas para afrontar el frío, llegando en algunos casos a ser infraviviendas. En definitiva, de los cuatro aspectos identificados por las diferentes técnicas en esta dimensión (hacinamiento, viviendas compartidas, hogares con menores y déficits de habitabilidad), tres de ellos están a su vez directamente vinculados con la vulnerabilidad en las dimensiones económica y laboral.

Por otro lado, la familia se muestra en los resultados de las entrevistas a los hogares como un recurso principal frente a la vulnerabilidad y, en su ausencia, se menciona también a los servicios sociales y al tercer sector. La familia amortigua los riesgos sociales en las dimensiones económica y residencial. Resulta, además, un apoyo indispensable en el cumplimiento de periodos de aislamiento y de cuarentena.

No obstante, las reuniones familiares y sociales son, por el contrario, una fuente de riesgo de contagio y, como verifican los profesionales, esto sucede tanto para las personas autóctonas como para las extranjeras. Sin embargo, como se ha comentado, las condiciones sociales desfavorables intensifican la propagación del virus ante un potencial contagio en los hogares más vulnerables.

Respecto a los espacios de ocio, son considerados por las personas entrevistadas como un foco preocupante de contagio, sobre todo entre la población joven; a diferencia de los profesionales del grupo de discusión que no le dan tanta importancia al riesgo adicional de este colectivo. Además, en este aspecto, se puede decir que las diferencias culturales, asociadas a estilos de vida distintos, generan diversas formas y actividades de ocio, con diferentes grados de riesgo de contagio. Esta diversidad ha sido referida por los entrevistados y por los profesionales, aludiendo a ciertas tensiones culturales y a discursos xenófobos, que están generando una creciente

estigmatización de determinados colectivos inmigrantes. Aunque en Totana hay personas extranjeras de diferentes orígenes, el foco del estigma ante la pandemia se centra en gran medida en la procedencia latinoamericana, a la que se han asociado estilos de vida en los que se da mayor relevancia a las relaciones sociales.

Por último, se recuerda que ninguno de los colectivos anteriores menciona como medida de prevención la ventilación de espacios interiores de uso común. Sin duda, esta ausencia se relacione con su limitada inclusión en la difusión de las medidas preventivas de contagio, tanto en cartelera como en otros medios audiovisuales. Se trata de una medida que vienen implantándose sobre todo en espacios colectivos, ya sean centros públicos o privados.

c) Grupo de discusión con profesionales

Según los profesionales, el municipio de Totana presentaba, antes de la pandemia, una serie de factores estructurales de tipo sociocultural, laboral y residencial, que se han visto seriamente agravados con la llegada de la enfermedad covid-19.

Como principales factores de riesgo, se mencionan los de tipo sociocultural, laboral y residencial. Desde el ámbito *sociocultural*, se destaca la convivencia de población extranjera de distintas nacionalidades de procedencia que conviven en un mismo espacio, si bien, no exento de ciertos choques culturales. A nivel *laboral*, se trata de una población que trabaja mayoritariamente en el sector agrícola, en la construcción y en el servicio doméstico, con altos niveles de precariedad laboral. En cuanto al aspecto *residencial*, según los profesionales, el municipio viene presentando, desde hace unos años, una tendencia hacia procesos de segregación residencial, con deterioro de las edificaciones y devaluación económica, derivada de la ocupación masiva de viviendas y hacinamiento en locales comerciales por parte de población extranjera. Todo esto unido a unas características desfavorables de acceso a la vivienda (subarriendo, alquileres irregulares); debidas, en gran medida, a la falta de actualización del Padrón Municipal.

En cuanto a las principales causas y focos de contagio por covid-19 en Totana, los profesionales destacan claramente dos: el primero, vinculado al empleo, sobre todo asociado al incumplimiento de las normas de prevención

en los desplazamientos colectivos, que se producen al campo y a empresas frutícolas en autobuses y furgonetas; y el segundo, asociado a las actividades de ocio, vinculadas a las reuniones familiares y de allegados en las zonas residenciales de la periferia del municipio, sin las medidas de prevención oportunas por parte de la población autóctona. En ambos casos, se enfatiza la falta de responsabilidad ciudadana, tanto por parte de extranjeros como de autóctonos, en el incumplimiento de las cuarentenas.

4.2. Repercusiones sociales de la enfermedad covid-19

a) Encuesta a trabajadores y trabajadoras de la empresa agrícola

Un posible contagio de covid-19 o, con más motivo, caer enfermo puede ocasionar graves perjuicios, no solo en la salud, sino también a nivel laboral, económico y relacional (con familiares, amigos o vecinos). Además, como se desprende de la encuesta realizada a los trabajadores de Totana, en bastantes ocasiones la vivienda propia no reúne las condiciones más adecuadas para llevar a cabo el aislamiento durante la cuarentena. Aunque una amplia mayoría de encuestados tiene una habitación en la que aislarse, resulta menos frecuente disponer de un baño para su uso en exclusiva. Cuando resulta imposible afrontar el aislamiento en el propio domicilio, se está dispuesto, de forma mayoritaria, a aceptar un alojamiento alternativo; preferiblemente, en el mismo municipio donde se reside. No obstante, una cuarta parte de los encuestados sin posibilidad de aislamiento en su propio domicilio rechazaría un alojamiento alternativo en otra localidad, aduciendo razones familiares; principalmente, relacionadas con el deseo de no alejarse demasiado de los hijos o de otros familiares. Además, aunque una amplia mayoría de los encuestados considera que estaría cuidado de forma adecuada durante una cuarentena, cerca del 27% de aquellos que tienen personas a su cargo no están seguros de que estas quedaran debidamente atendidas.

Asimismo, un porcentaje nada desdeñable de la población encuestada, en torno a la tercera parte, considera que tener que guardar cuarentena podría suponer la pérdida del empleo, incurrir en dificultades para cubrir necesidades básicas, o bien sufrir el rechazo de familiares y amigos; incrementándose estos temores para los encuestados de origen extranjero.

En este sentido, aunque más del 90% de los encuestados estaría dispuesto a comunicar que padece síntomas de la enfermedad covid-19, o el haber

mantenido un contacto con alguien enfermo, a determinadas personas de su entorno (médico, jefe, compañeros de trabajo y familia), esta proporción desciende al considerar a los amigos y, en mayor medida, a los vecinos. No obstante, el análisis estadístico no revela una relación directa entre los dos grupos de encuestados proclives, o no, a la comunicación de síntomas, o contactos de riesgo, y las variables sexo, origen y educación.

Por otro lado, a través de las respuestas ofrecidas por los trabajadores encuestados se comprueba la importancia de las redes sociales y la prensa escrita como los principales medios de comunicación, para mantenerse informado acerca de la evolución de la pandemia y las medidas sanitarias adoptadas. En cualquier caso, cerca del 22% de los encuestados reconoce recurrir al tradicional boca-a-boca entre familiares y amigos para informarse.

b) Entrevistas a hogares vulnerables

Los resultados de las entrevistas a hogares vulnerables de Totana coinciden en gran medida con las valoraciones obtenidos por los técnicos del CORECAAS y Fundación CEPAIM (2021: 3) incluidas en su informe:

Los colectivos socialmente desfavorecidos son también los que presentan una salud más frágil. Son varios los factores que pueden desencadenar diferentes situaciones de vulnerabilidad social: el desconocimiento, el nivel escolar, barrera idiomática o cultural, apatía, situación administrativa irregular en el país, dependencia, soledad, escasez de apoyo social, trabajo inestable, entre otras muchas.

Las personas entrevistadas proceden en su mayoría de hogares vulnerables, con alto riesgo social en varios ámbitos, sobre todo el laboral y residencial. La mayoría de ellos presenta precariedad laboral y su vivienda carece de buenas condiciones de salubridad. En todos los casos, la pandemia ha aumentado el nivel de riesgo social, más aún si han estado contagiados y han debido mantener cuarentena. En estos casos, se ha puesto en valor el indispensable apoyo del tercer sector, en materia de alimentación y abono de recibos de suministros básicos. Se trata de los entrevistados y entrevistadas que están en paro o que tienen trabajos temporales y de baja remuneración, con especial incidencia en los entrevistados extranjeros que comparten piso con otros compatriotas.

Por otro lado, varios entrevistados que han pasado la enfermedad covid-19 manifiestan mantener ciertas secuelas que le impiden una vuelta a la

normalidad laboral. Asimismo, otro entrevistado se ha visto afectado por los retrasos en las intervenciones hospitalarias, estando casi un año en lista de espera para una intervención en la columna.

Además de las secuelas físicas, las personas entrevistadas refieren en muchos casos el temor al contagio y al contacto con otros grupos sociales, que en principio tendrían mayor riesgo de contagio. Este miedo social se ha visto en algunos casos como una verdadera fobia, mientras en otros se asociaba a sentimientos xenófobos. Así, varios entrevistados que han pasado la enfermedad, sobre todo los extranjeros, manifiestan haber sentido rechazo social, discriminación o alejamiento por parte de sus propios compatriotas. Este estigma no ha sido reconocido por los españoles, pudiendo estar asociado de nuevo a la etnia/nacionalidad.

En consonancia con lo expuesto, al hablar del impacto de la pandemia en sus vidas, los entrevistados no se muestran tan preocupados por la salud como por las consecuencias en los ámbitos económico-laboral y sociofamiliar. En este sentido, los resultados de la entrevista y la encuesta concuerdan, pues esta última revela un menor grado de preocupación ante un posible contagio en comparación con el otorgado a la situación general provocada por la pandemia. En la encuesta la preocupación es mayor entre las mujeres, en la entrevista también son mayoritarios los discursos femeninos a este respecto.

No obstante, entre los entrevistados se han recogido opiniones y actitudes muy heterogéneas respecto a la situación de la pandemia. Por un lado, varios entrevistados refieren discursos negacionistas, aludiendo a su inmunidad ante la enfermedad; y, por otro lado, otros manifiestan clara agorafobia, o mejor *covidfobia*, pues reconocen un gran temor al contagio y a sus repercusiones, ya sean físicas (en la salud) o sociales (posibilidad de estigmatización o rechazo social por contraer la enfermedad).

c) Grupo discusión con profesionales

El cierre total del municipio en diferentes etapas, unido a una alta exposición en los medios de comunicación nacionales y regionales, ha ocasionado, según los profesionales, un fuerte estigma y criminalización del municipio. Esta afectación ha dañado la imagen turística de la ciudad alfarera y todos ellos coinciden en que este hecho ha perjudicado gravemente la economía local, especialmente al sector hostelero y comercial.

De forma unánime, los profesionales cuestionan la eficiencia de la gestión de la crisis sanitaria por parte de la autoridades nacionales y regionales. Además, y de nuevo con gran unanimidad, se cuestiona la imposición desde la autoridad regional de medidas excesivamente restrictivas y traducidas en un mayor número de confinamientos que el resto de los municipios de la Región.

Sin duda, estas críticas que aportan los profesionales se fundamentan también en la escasez de recursos vivida, en las diferentes áreas de intervención, para dar respuesta al elevado número de casos de emergencia social y sanitaria y, sobre todo, al retraso de algunas ayudas, de índole regional y nacional.

4.3. Retos y propuestas

Tanto de las entrevistas como de las encuestas se han obtenido una serie de prioridades de intervención. Asimismo, en el grupo de discusión, son varios los elementos de mejora que han sido mencionados por los profesionales. Algunos de estos son: a) la escasez de recursos, humanos y materiales, especialmente en los ámbitos sanitario, social y de seguridad; b) la ausencia de protocolos de actuación precisos y coherentes que permitan la gestión eficiente de la crisis sociosanitaria, si bien, este déficit se ha suplido, en gran medida, con la gran coordinación entre las distintas áreas de intervención; c) la escasa responsabilidad de parte de la población, que unida a un bajo nivel formativo y a factores culturales, se traduce en muchos casos en una baja concienciación de las repercusiones letales que puede tener la covid-19; d) la inexistencia de una figura política que liderase la gestión de la crisis sociosanitaria, especialmente en los momentos más críticos (estado de alarma, cierre perimetral del municipio, incidencia máxima de contagios, etc.).

Ante estos retos podemos plantear tres propuestas de intervención:

a) Reforzar el Estado de Bienestar en sus pilares básicos: Rentas, Empleo, Sanidad y Vivienda.

Esta crisis sociosanitaria ha evidenciado las limitaciones garantistas del Estado del Bienestar. Donde aún persisten las repercusiones o recortes de la crisis anterior, de 2008. Se hace necesario un compromiso de aumentar la inversión en sanidad, educación, vivienda o rentas; en políticas sociales

públicas, en general, que aseguren los derechos de ciudadanía a los colectivos más vulnerables. En este sentido, la pandemia ha permitido, sin embargo, acelerar la implementación del tradicionalmente reclamado por parte del sector de acción social, Ingreso Mínimo Vital (IMV), siendo una medida ambiciosa en época de crisis (Bourgoin Vergondy et al., 2020).

En esta propuesta se debe asegurar una coordinación y reparto de responsabilidades entre administraciones nacional, regional y local; sin olvidar el rol del tercer sector.

En esta línea no se debe olvidar una mayor inversión en ciencia y tecnología; y, sobre todo, una apuesta por la digitalización de instituciones y de servicios.

b) Desarrollo de planes y protocolos de prevención y coordinación técnica y política.

Como ha referido la Agencia Estatal BOE (2021), la propagación de la enfermedad covid-19 entre personas vulnerables hace necesario avanzar en la adopción de medidas organizativas y de coordinación, orientadas a reducir el riesgo de contagio, así como a tratar de la forma más adecuada a las personas que sufran esta enfermedad. Las medidas de protección son básicas en los colectivos vulnerables, la OMS señala que los colectivos más vulnerables a la enfermedad son los constituidos, principalmente, por personas de edad avanzada con enfermedades crónicas y patologías previas.

En este campo se debe considerar la inclusión de los profesionales sanitarios, en clara coordinación con el resto de sectores de intervención social, residencial o de empleo. La pandemia ha puesto en evidencia la obligatoriedad de coordinación interdepartamental, entre áreas que hasta hace unos años intervenían de forma independiente, como empleo, servicios sociales o salud. Más que nunca la respuesta a la pandemia exige intervenciones holísticas.

c) Una clara apuesta y apoyo a la intervención comunitaria.

Sin duda, las anteriores propuestas requieren de herramientas flexibles de intervención, que acerquen las políticas a la ciudadanía. En este sentido, las redes comunitarias son estructuras de colaboración ideales para gestionar problemas comunes, como la crisis sociosanitaria provocada por la enfermedad covid-19, en un territorio determinado. Estas redes pueden estar compuestas por la ciudadanía, administraciones y profesionales/personal

técnico, presentes en un territorio, aportando cada parte unas potencialidades que son complementarias, para llegar de manera eficiente a toda la población.

Para contribuir a la efectividad de la respuesta comunitaria a esta pandemia, es clave que las administraciones se impliquen, sea en mayor o menor grado, como entidades responsables del bienestar de la ciudadanía y garantes de sus derechos. La fortaleza de las redes comunitarias reside en su inclusividad (diversidad de sectores, profesiones y grupos sociales) y su flexibilidad (diversas opciones de implicación/coordinación, colaboración puntual, mantenerse informado, que puedan cambiar con el tiempo).

Totana ya cuenta con iniciativas en este sentido desarrolladas por el CORECAAS, asimismo, en el municipio vienen colaborando una serie de áreas de intervención de forma coordinada, que han respondido ágilmente a las emergencias de la pandemia.

En suma, reducir la inequidad en salud entre las personas pobres o vulnerables es un problema complejo que debe resolverse en varios frentes. En este sentido, secundamos las propuestas recientes de la EAPN (2020: 19 y ss.):

-En primer lugar, se dice que la mejor política de salud es la lucha contra la pobreza y hacia ello deben dedicarse importantes esfuerzos, tanto en el ámbito de la creación de empleo como en el de las transferencias sociales y otras estrategias de soporte.

-En segundo lugar, desde el punto de vista de los servicios sanitarios, debe conseguirse un sistema de atención sanitaria verdaderamente universal, sin barreras de acceso y financiado mediante impuestos, con infraestructuras físicas, técnicas y organizativas adecuadas a la demanda diferencial de la población.

-Finalmente, deben ejecutarse políticas para reducir factores de riesgo tales como las malas condiciones de la vivienda, los estilos de vida y hábitos nocivos para la salud que se distribuyen de forma diferente entre los diferentes grupos socioeconómicos.

5. Bibliografía

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2021). *Códigos electrónicos COVID-19: Colectivos Vulnerables Selección y ordenación*. Editorial BOE Edición actualizada a 22 de enero de 2021. Disponible en: www.boe.es/biblioteca_juridica/
- Arza, J. (coord.) (2020). *Informe Encuesta impacto COVID19 Población Gitana 2020*. Alicante: Federación FAGA.
- Baelo Álvarez, M. y Haz Gómez, F. E. (2019). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales y Jurídicas*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Banco Mundial (2020). *La pobreza y la prosperidad compartida 2020: Un cambio de suerte*. Disponible en: worldbank.org/psp.
- Bourgoin Vergondy, E. C.; Ferreiro Vázquez, O. F. y Méndez González, R. (2020). España frente a la COVID-19: un recorrido por las trincheras políticas, sociales y educativas. *Cadernos do Tempo Presente, São Cristóvão-SE*, 11(01), 46-58.
- Cáceres-Muñoz, J.; Jiménez Hernández, A. S. y Martín-Sánchez, M. (2020). Cierre de Escuelas y Desigualdad Socioeducativa en Tiempos del Covid-19. Una Investigación Exploratoria en Clave Internacional. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3e), 199-221.
- Castellanos-Torres, E.; Mateos, J. T. y Chilet-Rosell, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 419-421. DOI:10.1016/j.gaceta.2020.04.007 0213-9111
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2020). *Estudio 3285 sobre Bienestar emocional: Piloto CATI*. Junio 2020. Madrid: CIS.

Determinantes sociales y enfermedad covid-19. El proyecto comunitario de Totana

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2021). *Efectos y consecuencias del coronavirus (iii)*. Avance de resultados. Estudio nº 3305. Diciembre 2020. Madrid: CIS.

CORECAAS (2021). *Intervención comunitaria en contexto de pandemia por sars-cov-1. Estrategia Totana*. Murcia : Servicio Murciano de Salud.

CORECAAS Y FUNDACIÓN CEPAIM (2021). *Informe de intervención comunitaria*. Murcia: CORECAAS.

Daniel, J. (2020). Education and the COVID-19 pandemic. *Prospects*, 49(1-2), 91-96. DOI: 10.1007/s11125-020-09464-3

EAPN (2020) *Pobreza e inequidad en salud. Propuestas de mejora de las políticas de salud para la lucha contra la pobreza y la exclusión social*. Madrid: EAPN-España. Disponible en: https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1609250974_pobreza-e-inequidad-salud_eapn_web.pdf

Freitas Goes, E; de Oliveira Ramos, D. y Fortes Ferreira, A. J. (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-7. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278

Fundación FOESSA (2020). *Distancia social y derecho al cuidado*. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.

Hasell, J.; Mathieu, E.; Beltekian, D. et al. (2020). A cross-country database of COVID-19 testing. *Sci Data* 7, 345. DOI: 10.1038/s41597-020-00688-8

Hernández de Cos, P. (2020). *Los principales retos de la economía española tras el Covid-19*. Comparecencia en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de España tras el Covid-19 / Congreso de los Diputados, el 23 de junio de 2020. *Documentos Ocasionales*, N.º 2024. Madrid: Banco de España.

Hernández Pedreño, M. (2010). El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 69, 25-46.

- Hernández Pedreño, M. y López Carmona, D. (2015). Hacia un nuevo modelo de inserción laboral de los inmigrantes. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 5(2), 201-226.
- Hernández Pedreño, M.; García Luque, O y Serrano Rodríguez, I. (2016). Crisis y nuevos límites en el espacio social de la exclusión. *Prisma Social: revista de investigación social*, 16, 650-710.
- Horton, R. (2020): Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874.
- Luna-Nemecio, J. M. (2020). Ciencias Sociales y COVID-19: retos, vicisitudes y oportunidades para la investigación. *Forhum International Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(3), 7-13. DOI: <https://doi.org/10.35766/jf20231>
- Masip, P.; Aran-Ramspott, S.; Ruiz-Caballero, C.; Suau, J.; Almenar, E. y Puertas-Graell, D. (2020). Consumo informativo y cobertura mediática durante el confinamiento por el Covid-19: sobreinformación, sesgo ideológico y sensacionalismo. *El profesional de la información*, 29(3), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.12>.
- Ministerio de Sanidad (2020). *Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Informe, estudios e investigación*. Madrid: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España
- Murillo, F. J. y Duk, C. (2020). El Covid-19 y las brechas educativas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 14(1), 11-13 DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782020000100011>
- OMS (2021). Actualización epidemiológica semanal. 19 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---19-january-2021>.

- Ortiz-Núñez, R. (2020). Análisis métrico de la producción científica sobre COVID-19 en SCOPUS. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(3), 1-20.
- Pedreño Cánovas, A. (2020). La cuestión jornalera entre dos crisis: condición inmigrante, desafiliación y riesgo de contagio. *Sociología del Trabajo*, 96, 1-15.
- Pedreño Cánovas, A. y Hernández Pedreño, M. (coords.) (2005). *La condición Inmigrante: exploraciones e investigaciones desde la Región de Murcia*. Murcia: Editum.
- Pedreño Cánovas, A. y Torres Pérez, F. (2009). Migraciones internacionales, contextos y dinámicas territoriales. *Áreas: revista internacional de ciencias sociales*, 28, 5-7.
- Piedra, J. (2020). Redes sociales en tiempos del COVID-19: el caso de la actividad física. *Sociología del Deporte (SD)*, 1(1), 41-43. DOI:10.46661/socioldeporte.4998
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249-252.
- Ramírez-Ortiz, J.; Castro-Quintero, D.; Lerma-Córdoba, C.; Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), e930, 2-8. DOI: 10.5554/22562087.e930
- Rodicio-García M. I; Ríos-de-Deus, M. P.; Mosquera-González, M. J. y Penado Abilleira, M. (2020). Brecha Digital en Estudiantes Españoles ante la Crisis de la Covid-19. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3e), 103-125. DOI:10.15366/riejs2020.9.3.006
- Salaverría, R.; Buslón, N.; López-Pan, F.; León, B.; López-Goñi, I. y Erviti, M.C. (2020). Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la Covid-19. *El profesional de la información*, 29(3), 1-15. DOI:10.3145/epi.2020.may.15

SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) (2020). *Posicionamiento SESPAS sobre el impacto de la COVID-19 en los colectivos más vulnerables* (6 de abril de 2020). Disponible en: <https://sespas.es/2020/04/06/posicionamiento-sespas-sobre-el-impacto-de-la-covid-19-en-los-colectivos-mas-vulnerables/>

SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) (2021). *Posicionamiento SESPAS ante la creciente tercera ola de la pandemia COVID-19 en España*. (18 de enero de 2021). Disponible en <https://sespas.es/2021/01/18/posicionamiento-sespas-ante-la-creciente-tercera-ola-de-la-pandemia-covid-19-en-espana/>

Valero Cedeño, N. J.; Vélez Cuenca, M. F. Duran Mojica, A. A. y Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5(3), 63-70.

Anexos

Anexo 1. Tablas de análisis de la encuesta

La presentación de las tablas con la información estadística básica sigue el orden trazado por el cuestionario y mantenido en la exposición de resultados del capítulo 3. De este modo, se establecen tres apartados principales: A1.1. Condiciones sociales; A1.2. Prevención y riesgo de contagio y A1.3. Posibilidades de aislamiento. El análisis efectuado desagrega los diversos aspectos abordados según las variables sexo, origen, grupos de edad, residencia en Totana y nivel educativo.

A1.1. Condiciones sociales

Tabla 1. Personas encuestadas según sexo y origen

Origen	Hombre		Mujer		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Español	55	63,2	103	37,3	158	43,5
Extranjero	32	36,8	173	62,7	205	56,5
Total	87	100,0	276	100,0	363	100,0

Tabla 2. Personas encuestadas según sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Hombre		Mujer		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
18-25 años	27	31,0	57	20,7	84	23,1
26-35 años	29	33,3	39	14,1	68	18,7
36-45 años	13	14,9	91	33,0	104	28,7
46-55 años	12	13,8	64	23,2	76	20,9
56-65 años	6	6,9	25	9,1	31	8,5
Total	87	100,0	276	100,0	363	100,0

Tabla 3. Personas encuestadas según origen y grupos de edad

Grupos de edad	Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
18-25 años	46	29,1	38	18,5	84	23,1
26-35 años	33	20,9	35	17,1	68	18,7
36-45 años	30	19,0	74	36,1	104	28,7
46-55 años	35	22,2	41	20,0	76	20,9
56-65 años	14	8,9	17	8,3	31	8,5
Total	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 4. Personas encuestadas según sexo y origen

Sexo y origen	VA	%
Hombre español	55	15,2
Hombre extranjero	32	8,8
Mujer española	103	28,3
Mujer extranjera	173	47,7
Total	363	100,0

Tabla 5. Edad media de las personas encuestadas según sexo y origen (años)

Sexo / origen	Edad media	Sexo y origen	Edad media
Hombre	33,9	Hombre español	34,4
Mujer	39,2	Hombre extranjero	33,0
Español	36,8	Mujer española	38,1
Extranjero	38,8	Mujer extranjera	39,9
Total 37,9			

Tabla 6. Personas encuestadas según sexo y determinados orígenes

Origen	Hombre		Mujer		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Español	55	100,0	103	100,0	158	100,0
Región de Murcia	54	98,2	97	94,2	151	95,6
Otra comunidad autónoma	1	1,8	6	5,8	7	4,4
Extranjero	32	100,0	173	100,0	205	100,0
<i>Origen Latinoamérica</i>	24	75,0	139	80,3	163	79,5
Ecuador	14	43,8	61	35,3	75	36,6
Bolivia	6	18,8	31	17,9	37	18,0
Colombia	1	3,1	18	10,4	19	9,3
Otros	3	9,4	29	16,8	32	15,6
<i>Origen África</i>	7	21,9	24	13,9	31	15,1
Marruecos	7	21,9	16	9,2	23	11,2
El Sahel (Senegal y Nigeria)	0	0,0	6	3,5	6	2,9
Guinea Ecuatorial	0	0,0	2	1,2	2	1,0
<i>Origen Europa del este</i>	1	3,1	9	5,2	10	4,9
Rumanía	0	0,0	7	4,0	7	3,4
Lituania	1	3,1	1	0,6	2	1,0
Rusia	0	0,0	1	0,6	1	0,5
<i>Origen Europa occidental</i>	0	0,0	1	0,6	1	0,5
Portugal	0	0,0	1	0,6	1	0,5

Tabla 7. Personas encuestadas según sexo y determinados orígenes

Origen	Hombre		Mujer		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Español	55	63,2	103	37,3	158	43,5
Región de Murcia	54	62,1	97	35,1	151	41,6
Otra comunidad autónoma	1	1,1	6	2,2	7	1,9
Extranjero	32	36,8	173	62,7	205	56,5
<i>Origen Latinoamérica</i>	24	27,6	139	50,3	163	44,9
Ecuador	14	16,1	61	22,1	75	20,7
Bolivia	6	6,9	31	11,2	37	10,2
Colombia	1	1,1	18	6,5	19	5,2
Otros	3	3,4	29	10,5	32	8,8
<i>Origen África</i>	7	8,0	24	8,7	31	8,5
Marruecos	7	8,0	16	5,8	23	6,3
El Sahel (Senegal y Nigeria)	0	0,0	6	2,2	6	1,7
Guinea Ecuatorial	0	0,0	2	0,7	2	0,6
<i>Origen Europa del este</i>	1	1,1	9	3,3	10	2,8
Rumanía	0	0,0	7	2,5	7	1,9
Lituania	1	1,1	1	0,4	2	0,6
Rusia	0	0,0	1	0,4	1	0,3
Origen Europa occidental	0	0,0	1	0,4	1	0,3
Portugal	0	0,0	1	0,4	1	0,3
Total	87	100,0	276	100,0	363	100,0

Tabla 8. Edad media de las personas encuestadas según sexo y origen extranjero (años)

Origen extranjero	Hombre	Mujer	Total
Origen Latinoamérica	33,1	40,2	39,2
Origen África	33,1	35,7	35,1
Origen Europa del este	30,0	43,7	42,3
Origen Europa occidental (Portugal)	-	62,0	62,0
Total	33,9	38,8	37,9

Tabla 9. Tiempo medio en España de la población encuestada de origen extranjero (años)

Origen extranjero	Tiempo medio
Latinoamérica	14,3
Origen África	14,7
Origen Europa del este	17,1
Origen Europa occidental (Portugal)	16,0
Total	14,5

Tabla 10. Residencia en Totana de la población encuestada según sexo y origen

Residencia en Totana	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Residente	50	57,5	74	26,8	75	47,5	49	23,9	124	34,2
No residente	37	42,5	202	73,2	83	52,5	156	76,1	239	65,8
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 11. Estado civil de la población encuestada según sexo y origen

Estado civil	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Soltero/a	55	63,2	130	47,1	89	56,3	96	46,8	185	51,0
Casado/a-Pareja hecho	27	31,0	105	38,0	55	34,8	77	37,6	132	36,4
Separado/a-Divorciado/a	5	5,7	35	12,7	13	8,2	27	13,2	40	11,0
Viudo/a	0	0,0	6	2,2	1	0,6	5	2,4	6	1,7
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 12. Tamaño del hogar de la población encuestada según sexo y origen

Tamaño del hogar	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Una persona sola	5	5,7	6	2,2	6	3,8	5	2,4	11	3,0
De 2 a 5 personas	80	92,0	253	91,7	148	93,7	185	90,2	333	91,7
Más de 5 personas	2	2,3	17	6,2	4	2,5	15	7,3	19	5,2
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tamaño medio del hogar (número medio de personas que conforman el hogar) = 3,5 personas

Tabla 13. Densidad de ocupación de la vivienda de la población encuestada según sexo y origen

Densidad ocupación vivienda	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
15 m ² /persona o menos	1	1,1	4	1,4	1	0,6	4	2,0	5	1,4
De 16 a 30 m ² /persona	38	43,7	144	52,2	57	36,1	125	61,0	182	50,1
Más de 30 m ² /persona	48	55,2	128	46,4	100	63,3	76	37,1	176	48,5
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Densidad de ocupación media (número medio de metros cuadrados por persona) = 36,6 m²/persona

Tabla 14. Tipo de convivencia en el hogar

Convivencia hogar	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Hogar unipersonal	5	5,7	6	2,2	6	3,8	5	2,4	11	3,0
Pareja sin hijos	12	13,8	44	15,9	35	22,2	21	10,2	56	15,4
Pareja con hijos	22	25,3	84	30,4	43	27,2	63	30,7	106	29,2
Con los padres	29	33,3	35	12,7	43	27,2	21	10,2	64	17,6
Monoparental	4	4,6	30	10,9	14	8,9	20	9,8	34	9,4
Vivienda compartida ⁽¹⁾	15	17,2	77	27,9	17	10,8	75	36,6	92	25,3
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

⁽¹⁾Vivienda compartida: dos o más núcleos familiares; parejas con o sin hijos y otras personas; grupo de personas sin vínculo familiar

Tabla 15. Con personas a su cargo, dependientes económicamente o que requieren cuidados

Personas dependientes	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Económicamente	22	25,3	131	47,5	50	31,6	103	50,2	153	42,1
Requieren cuidados	15	17,2	98	35,5	38	24,1	75	36,6	113	31,1
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Respuesta múltiple; porcentajes sobre el total de personas de cada categoría

Tabla 16. Nivel educativo alcanzado según sexo y origen

Nivel educativo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Secundaria 1ª etapa o inferior	53	60,9	145	52,5	101	63,9	97	47,3	198	54,5
Secundaria 2ª etapa	26	29,9	98	35,5	39	24,7	85	41,5	124	34,2
Educación superior	8	9,2	33	12,0	18	11,4	23	11,2	41	11,3
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

A1.2. Prevención y riesgo de contagio

Tabla 17. Han contraído la enfermedad covid-19 según sexo y origen

Padecido la enfermedad	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	19	21,8	61	22,1	27	17,1	53	25,9	80	22,0
No	68	78,2	215	77,9	131	82,9	152	74,1	283	78,0
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 18. Han contraído la enfermedad covid-19 según grupo de edad

Padecido la enfermedad	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	23	20,9	45	24,1	12	18,2	80	22,0
No	87	79,1	142	75,9	54	81,8	283	78,0
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 19. Han contraído la enfermedad covid-19 según residencia en Totana y origen

Padecido la enfermedad	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	16	21,3	13	26,5	11	13,3	40	25,6	29	23,4	51	21,3	80	22,0
No	59	78,7	36	73,5	72	86,7	116	74,4	95	76,6	188	78,7	283	78,0
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 20. Han contraído la enfermedad covid-19 según nivel educativo

Padecido la enfermedad	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	35	17,7	38	30,6	7	17,1	80	22,0
No	163	82,3	86	69,4	34	82,9	283	78,0
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 21. Conocimiento sobre volver a contraer la enfermedad covid-19

Conocimiento de volver a contraer la enfermedad	Total encuestados		Han pasado covid-19	
	VA	%	VA	%
Sí	269	74,1	65	81,3
No	30	8,3	6	7,5
No está segura/o	64	17,6	9	11,3
Total	363	100,0	80	100,0

Tabla 22. Nivel de preocupación general ante la situación de emergencia sanitaria actual (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según sexo y origen

Grado de preocupación	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	10	11,5	11	4,0	6	3,8	15	7,3	21	5,8
Medio	17	19,5	35	12,7	20	12,7	32	15,6	52	14,3
Bastante o muy	60	69,0	230	83,3	132	83,5	158	77,1	290	79,9
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	7,0		8,0		7,9		7,7		7,8	

Tabla 23. Nivel de preocupación general ante la situación de emergencia sanitaria actual (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según grupo de edad

Grado de preocupación	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	9	8,2	7	3,7	5	7,6	21	5,8
Medio	21	19,1	23	12,3	8	12,1	52	14,3
Bastante o muy	80	72,7	157	84,0	53	80,3	290	79,9
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor promedio	7,4		8,0		7,8		7,8	

Tabla 24. Nivel de preocupación general ante la situación de emergencia sanitaria actual (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según residencia en Totana y origen

Grado de preocupación	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	3	4,0	4	8,2	3	3,6	11	7,1	7	5,6	14	5,9	21	5,8
Medio	14	18,7	8	16,3	6	7,2	24	15,4	22	17,7	30	12,6	52	14,3
Bastante o muy	58	77,3	37	75,5	74	89,2	121	77,6	95	76,6	195	81,6	290	79,9
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	7,6		7,6		8,1		7,8		7,6		7,9		7,8	

Tabla 25. Nivel de preocupación general ante la situación de emergencia sanitaria actual (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según nivel educativo

Grado de preocupación	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	12	6,1	8	6,5	1	2,4	21	5,8
Medio	28	14,1	20	16,1	4	9,8	52	14,3
Bastante o muy	158	79,8	96	77,4	36	87,8	290	79,9
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,8		7,6		8,3		7,8	

Tabla 26. Nivel de preocupación personal ante la posibilidad de contagiarse (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según sexo y origen

Grado de preocupación	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	14	16,1	34	12,3	17	10,8	31	15,1	48	13,2
Medio	25	28,7	54	19,6	36	22,8	43	21,0	79	21,8
Bastante o muy	48	55,2	188	68,1	105	66,5	131	63,9	236	65,0
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	6,5		7,5		7,3		7,2		7,2	

Tabla 27. Nivel de preocupación personal ante la posibilidad de contagiarse (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según grupo de edad

Grado de preocupación	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	14	12,7	24	12,8	10	15,2	48	13,2
Medio	28	25,5	38	20,3	13	19,7	79	21,8
Bastante o muy	68	61,8	125	66,8	43	65,2	236	65,0
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	7,1		7,4		7,1		7,2	

Tabla 28. Nivel de preocupación personal ante la posibilidad de contagiarse (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según residencia en Totana y origen

Grado de preocupación	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	7	9,3	6	12,2	10	12,0	25	16,0	13	10,5	35	14,6	48	13,2
Medio	20	26,7	11	22,4	16	19,3	32	20,5	31	25,0	48	20,1	79	21,8
Bastante o muy	48	64,0	32	65,3	57	68,7	99	63,5	80	64,5	156	65,3	236	65,0
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	7,1		7,2		7,4		7,3		7,1		7,3		7,2	

Tabla 29. Nivel de preocupación personal ante la posibilidad de contagiarse (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según nivel educativo

Grado de preocupación	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	23	11,6	21	16,9	4	9,8	48	13,2
Medio	43	21,7	23	18,5	13	31,7	79	21,8
Bastante o muy	132	66,7	80	64,5	24	58,5	236	65,0
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,3		7,1		7,2		7,2	

Tabla 30. Nivel de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención del covid-19 (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente) según sexo y origen

Grado de conocimiento	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	0	0,0	9	3,3	0	0,0	9	4,4	9	2,5
Medio	15	17,2	32	11,6	20	12,7	27	13,2	47	12,9
Bastante o total	72	82,8	235	85,1	138	87,3	169	82,4	307	84,6
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	8,1		8,1		8,2		8,1		8,1	

Tabla 31. Nivel de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención del covid-19 (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente) según grupo de edad

Grado de conocimiento	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	1	0,9	3	1,6	5	7,6	9	2,5
Medio	15	13,6	21	11,2	11	16,7	47	12,9
Bastante o total	94	85,5	163	87,2	50	75,8	307	84,6
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	8,0		8,2		8,0		8,1	

Tabla 32. Nivel de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención del covid-19 (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente) según residencia en Totana y origen

Grado de conocimiento	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	0	0,0	1	2,0	0	0,0	8	5,1	1	0,8	8	3,3	9	2,5
Medio	11	14,7	7	14,3	9	10,8	20	12,8	18	14,5	29	12,1	47	12,9
Bastante o total	64	85,3	41	83,7	74	89,2	128	82,1	105	84,7	202	84,5	307	84,6
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	8,2		8,3		8,1		8,0		8,3		8,0		8,1	

Tabla 33. Nivel de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención del covid-19 (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente) según nivel educativo

Grado de conocimiento	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	6	3,0	3	2,4	0	0,0	9	2,5
Medio	31	15,7	13	10,5	3	7,3	47	12,9
Bastante o total	161	81,3	108	87,1	38	92,7	307	84,6
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,9		8,3		8,6		8,1	

Tabla 34. Medidas sanitarias de prevención del covid-19 conocidas por los encuestados

Medidas preventivas	Mencionadas en primer lugar		Número de veces mencionadas	
	VA	% personas	VA	% respuestas
Lavado de manos	140	38,6	279	25,8
Uso de mascarilla	123	33,9	297	27,5
Distancia social	65	17,9	271	25,1
Uso de gel hidroalcohólico	28	7,7	119	11,0
Otras ⁽¹⁾	7	1,9	114	10,6
Total	363	100,0	1.080	100,0

⁽¹⁾Otras, incluye limitar aforo; estornudar en el codo; o el uso de gafas protectoras.

Tabla 35. Nivel de conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco totalmente) según sexo y origen

Grado de conocimiento	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	5	5,7	14	5,1	8	5,1	11	5,4	19	5,2
Medio	19	21,8	48	17,4	31	19,6	36	17,6	67	18,5
Bastante o total	63	72,4	214	77,5	119	75,3	158	77,1	277	76,3
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	7,3		7,7		7,6		7,7		7,6	

Tabla 36. Nivel de conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco totalmente) según grupo de edad

Grado de conocimiento	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	7	6,4	4	2,1	8	12,1	19	5,2
Medio	29	26,4	32	17,1	6	9,1	67	18,5
Bastante o total	74	67,3	151	80,7	52	78,8	277	76,3
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	7,3		7,9		7,6		7,6	

Tabla 37. Nivel de conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco totalmente) según residencia en Totana y origen

Grado de conocimiento	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	3	4,0	4	8,2	5	6,0	7	4,5	7	5,6	12	5,0	19	5,2
Medio	12	16,0	8	16,3	19	22,9	28	17,9	20	16,1	47	19,7	67	18,5
Bastante o total	60	80,0	37	75,5	59	71,1	121	77,6	97	78,2	180	75,3	277	76,3
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	7,6		7,7		7,6		7,7		7,6		7,6		7,6	

Tabla 38. Nivel de conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19 (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco totalmente) según nivel educativo

Grado de conocimiento	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	15	7,6	4	3,2	0	0,0	19	5,2
Medio	43	21,7	23	18,5	1	2,4	67	18,5
Bastante o total	140	70,7	97	78,2	40	97,6	277	76,3
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,4		7,8		8,3		7,6	

Tabla 39. Síntomas frecuentes de la enfermedad covid-19 conocidos por los encuestados

Síntomas frecuentes	Mencionados en primer lugar		Número de veces mencionados	
	VA	% personas	VA	% respuestas
Fiebre	128	35,3	312	30,2
Dolor de cabeza	67	18,5	155	15,0
Tos seca	51	14,0	131	12,7
Falta de olfato/gusto	28	7,7	28	2,7
Dolor corporal	23	6,3	133	12,9
Diarrea	18	5,0	95	9,2
Vómitos	15	4,1	15	1,5
Dificultad al respirar	12	3,3	60	5,8
Otros ⁽¹⁾	15	4,1	105	10,2
NS/NC	6	1,7	0	0,0
Total	363	100,0	1.034	100,0

⁽¹⁾Otros, incluye dolor de garganta; cansancio; o picor de ojos.

Tabla 40. Conocimiento de la enfermedad covid-19 asintomática según sexo y origen

Conocimiento asintomáticos	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	82	94,3	256	92,8	153	96,8	185	90,2	338	93,1
No	3	3,4	8	2,9	1	0,6	10	4,9	11	3,0
No sabe	2	2,3	12	4,3	4	2,5	10	4,9	14	3,9
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 41. Conocimiento de la enfermedad covid-19 asintomática según grupo de edad

Conocimiento asintomáticos	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	103	93,6	176	94,1	59	89,4	338	93,1
No	4	3,6	3	1,6	4	6,1	11	3,0
No sabe	3	2,7	8	4,3	3	4,5	14	3,9
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 42. Conocimiento de la enfermedad covid-19 asintomática según residencia en Totana y origen

Conocimiento asintomáticos	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	75	100,0	44	89,8	78	94,0	141	90,4	119	96,0	219	91,6	338	93,1
No	0	0,0	4	8,2	1	1,2	6	3,8	4	3,2	7	2,9	11	3,0
No sabe	0	0,0	1	2,0	4	4,8	9	5,8	1	0,8	13	5,4	14	3,9
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 43. Conocimiento de la enfermedad covid-19 asintomática según nivel educativo

Conocimiento asintomáticos	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	178	89,9	120	96,8	40	97,6	338	93,1
No	8	4,0	3	2,4	0	0,0	11	3,0
No sabe	12	6,1	1	0,8	1	2,4	14	3,9
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 44. Grado de acuerdo con la afirmación “Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible y permanecer en casa el resto del tiempo” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según sexo y origen

Grado de acuerdo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	6	6,9	9	3,3	6	3,8	9	4,4	15	4,1
Medio	9	10,3	16	5,8	15	9,5	10	4,9	25	6,9
Bastante o total	72	82,8	251	90,9	137	86,7	186	90,7	323	89,0
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	8,2		9,0		8,6		9,0		8,8	

Tabla 45. Grado de acuerdo con la afirmación “Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible y permanecer en casa el resto del tiempo” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según grupo de edad

Grado de acuerdo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	8	7,3	7	3,7	0	0,0	15	4,1
Medio	15	13,6	9	4,8	1	1,5	25	6,9
Bastante o total	87	79,1	171	91,4	65	98,5	323	89,0
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	8,2		9,0		9,5		8,8	

Tabla 46. Grado de acuerdo con la afirmación “Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible y permanecer en casa el resto del tiempo” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según residencia en Totana y origen

Grado de acuerdo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	3	4,0	2	4,1	3	3,6	7	4,5	5	4,0	10	4,2	15	4,1
Medio	9	12,0	4	8,2	6	7,2	6	3,8	13	10,5	12	5,0	25	6,9
Bastante o total	63	84,0	43	87,8	74	89,2	143	91,7	106	85,5	217	90,8	323	89,0
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	8,5		8,9		8,7		9,0		8,7		8,9		8,8	

Tabla 47. Grado de acuerdo con la afirmación “Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible y permanecer en casa el resto del tiempo” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según nivel educativo

Grado de acuerdo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	4	2,0	7	5,6	4	9,8	15	4,1
Medio	12	6,1	12	9,7	1	2,4	25	6,9
Bastante o total	182	91,9	105	84,7	36	87,8	323	89,0
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	9,1		8,5		8,6		8,8	

Tabla 48. Grado de acuerdo con la afirmación “El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según sexo y origen

Grado de acuerdo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	79	90,8	252	91,3	147	93,0	184	89,8	331	91,2
Medio	5	5,7	17	6,2	8	5,1	14	6,8	22	6,1
Bastante o total	3	3,4	7	2,5	3	1,9	7	3,4	10	2,8
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	1,8		1,8		1,7		1,9		1,8	

Tabla 49. Grado de acuerdo con la afirmación “El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según grupo de edad

Grado de acuerdo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	97	88,2	174	93,0	60	90,9	331	91,2
Medio	11	10,0	9	4,8	2	3,0	22	6,1
Bastante o total	2	1,8	4	2,1	4	6,1	10	2,8
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	2,0		1,6		1,9		1,8	

Tabla 50. Grado de acuerdo con la afirmación “El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según residencia en Totana y origen

Grado de acuerdo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	72	96,0	44	89,8	75	90,4	140	89,7	116	93,5	215	90,0	331	91,2
Medio	2	2,7	5	10,2	6	7,2	9	5,8	7	5,6	15	6,3	22	6,1
Bastante o total	1	1,3	0	0,0	2	2,4	7	4,5	1	0,8	9	3,8	10	2,8
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	1,5		1,8		1,9		1,9		1,6		1,9		1,8	

Tabla 51. Grado de acuerdo con la afirmación “El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según nivel educativo

Grado de acuerdo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	178	89,9	113	91,1	40	97,6	331	91,2
Medio	14	7,1	8	6,5	0	0,0	22	6,1
Bastante o total	6	3,0	3	2,4	1	2,4	10	2,8
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	1,8		1,8		1,7		1,8	

Tabla 52. Grado de acuerdo con la afirmación “En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.)” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según sexo y origen

Grado de acuerdo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	15	17,2	64	23,2	37	23,4	42	20,5	79	21,8
Medio	32	36,8	94	34,1	58	36,7	68	33,2	126	34,7
Bastante o total	40	46,0	118	42,8	63	39,9	95	46,3	158	43,5
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	6,3		6,1		6,0		6,2		6,1	

Tabla 53. Grado de acuerdo con la afirmación “En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.)” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según grupo de edad

Grado de acuerdo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	27	24,5	40	21,4	12	18,2	79	21,8
Medio	38	34,5	68	36,4	20	30,3	126	34,7
Bastante o total	45	40,9	79	42,2	34	51,5	158	43,5
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	6,0		6,1		6,5		6,1	

Tabla 54. Grado de acuerdo con la afirmación “En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.)” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según residencia en Totana y origen

Grado de acuerdo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	11	14,7	8	16,3	26	31,3	34	21,8	19	15,3	60	25,1	79	21,8
Medio	30	40,0	18	36,7	28	33,7	50	32,1	48	38,7	78	32,6	126	34,7
Bastante o total	34	45,3	23	46,9	29	34,9	72	46,2	57	46,0	101	42,3	158	43,5
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	6,4		6,4		5,7		6,1		6,4		6,0		6,1	

Tabla 55. Grado de acuerdo con la afirmación “En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.)” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según nivel educativo

Grado de acuerdo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	43	21,7	28	22,6	8	19,5	79	21,8
Medio	71	35,9	39	31,5	16	39,0	126	34,7
Bastante o total	84	42,4	57	46,0	17	41,5	158	43,5
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	6,1		6,2		6,1		6,1	

Tabla 56. Grado de acuerdo con la afirmación “Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según sexo y origen

Grado de acuerdo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	4	4,6	0	0,0	3	1,9	1	0,5	4	1,1
Medio	0	0,0	3	1,1	1	0,6	2	1,0	3	0,8
Bastante o total	83	95,4	273	98,9	154	97,5	202	98,5	356	98,1
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	9,5		9,8		9,7		9,8		9,7	

Tabla 57. Grado de acuerdo con la afirmación “Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según grupo de edad

Grado de acuerdo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	4	3,6	0	0,0	0	0,0	4	1,1
Medio	2	1,8	1	0,5	0	0,0	3	0,8
Bastante o total	104	94,5	186	99,5	66	100,0	356	98,1
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	9,3		9,9		9,9		9,7	

Tabla 58. Grado de acuerdo con la afirmación “Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según residencia en Totana y origen

Grado de acuerdo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	3	4,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2	0	0,0	4	1,1
Medio	1	1,3	0	0,0	0	0,0	2	1,3	1	0,8	2	0,8	3	0,8
Bastante o total	71	94,7	48	98,0	83	100,0	154	98,7	119	96,0	237	99,2	356	98,1
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	9,5		9,8		9,8		9,8		9,6		9,8		9,7	

Tabla 59. Grado de acuerdo con la afirmación “Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable” (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según nivel educativo

Grado de acuerdo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Nada o poco	1	0,5	2	1,6	1	2,4	4	1,1
Medio	2	1,0	1	0,8	0	0,0	3	0,8
Bastante o total	195	98,5	121	97,6	40	97,6	356	98,1
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	9,8		9,6		9,7		9,7	

Tabla 60. En caso de presentar síntomas de covid-19 se lo comunicaría

Comunicaría los síntomas	Sí		No		No sabe		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
A su médico	361	99,4	1	0,3	1	0,3	363	100,0
A su jefe	360	99,2	2	0,6	1	0,3	363	100,0
A su familia	358	98,6	4	1,1	1	0,3	363	100,0
A sus compañeros de trabajo	339	93,4	23	6,3	1	0,3	363	100,0
A sus amigos	305	84,0	13	3,6	45	12,4	363	100,0
A sus vecinos	274	75,5	88	24,2	1	0,3	363	100,0
Total (sin especificar a quién)	362	99,7	1	0,3	0	0,0	363	100,0

Tabla 61. En caso de haber estado en contacto con alguien enfermo de covid-19 se lo comunicaría

Comunicaría contacto con persona enferma de covid-19	Sí		No		No sabe		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
A su médico	360	99,2	2	0,6	1	0,3	363	100,0
A su familia	359	98,9	3	0,8	1	0,3	363	100,0
A su jefe	358	98,6	4	1,1	1	0,3	363	100,0
A sus compañeros de trabajo	339	93,4	23	6,3	1	0,3	363	100,0
A sus amigos	305	84,0	13	3,6	45	12,4	363	100,0
A sus vecinos	273	75,2	89	24,5	1	0,3	363	100,0
Total (sin especificar a quién)	362	99,7	1	0,3	0	0,0	363	100,0

Tabla 62. No comunicaría, o no sabe si lo haría, a amigos o vecinos, en caso de presentar síntomas y haber estado en contacto con una persona enferma de covid-19 según sexo, origen, grupo de edad, residencia en Totana y nivel educativo

No comunicaría a amigos o vecinos	Padecer síntomas de covid-19		Contacto con persona enferma de covid-19	
	Amigos	Vecinos	Amigos	Vecinos
Sexo	100,0	100,0	100,0	100,0
Hombre	19,0	25,8	19,0	26,7
Mujer	81,0	74,2	81,0	73,3
Origen	100,0	100,0	100,0	100,0
Español	36,2	36,0	36,2	36,7
Extranjero	63,8	64,0	63,8	63,3
Edad	100,0	100,0	100,0	100,0
Menor de 30 años	37,9	38,2	37,9	38,9
Entre 30-50 años	36,2	43,8	36,2	43,3
Mayor de 50 años	25,9	18,0	25,9	17,8
Residencia en Totana	100,0	100,0	100,0	100,0
Residente	41,4	30,3	41,4	30,0
No residente	58,6	69,7	58,6	70,0
Nivel de estudios	100,0	100,0	100,0	100,0
Secundaria 1ª etapa o inferior	41,4	52,8	41,4	52,2
Secundaria 2ª etapa	43,1	36,0	43,1	36,7
Educación superior	15,5	11,2	15,5	11,1

Tabla 63. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la prensa escrita u online según sexo y origen

Uso prensa escrita/online	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	68	78,2	220	79,7	121	76,6	167	81,5	288	79,3
No	19	21,8	56	20,3	37	23,4	38	18,5	75	20,7
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 64. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la prensa escrita u online según grupo de edad

Uso prensa escrita/online	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	90	81,8	155	82,9	43	65,2	288	79,3
No	20	18,2	32	17,1	23	34,8	75	20,7
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	288	79,3

Tabla 65. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la prensa escrita u online según residencia en Totana y origen

Uso prensa escrita/online	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	59	78,7	35	71,4	62	74,7	132	84,6	94	75,8	194	81,2	288	79,3
No	16	21,3	14	28,6	21	25,3	24	15,4	30	24,2	45	18,8	75	20,7
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 66. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la prensa escrita u online según nivel educativo

Uso prensa escrita/online	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	150	75,8	100	80,6	38	92,7	288	79,3
No	48	24,2	24	19,4	3	7,3	75	20,7
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 67. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de las redes sociales según sexo y origen

Uso redes sociales	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	71	81,6	217	78,6	120	75,9	168	82,0	288	79,3
No	16	18,4	59	21,4	38	24,1	37	18,0	75	20,7
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 68. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de las redes sociales según grupo de edad

Uso redes sociales	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	101	91,8	151	80,7	36	54,5	288	79,3
No	9	8,2	36	19,3	30	45,5	75	20,7
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 69. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de las redes sociales según residencia en Totana y origen

Uso redes sociales	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	58	77,3	40	81,6	62	74,7	128	82,1	98	79,0	190	79,5	288	79,3
No	17	22,7	9	18,4	21	25,3	28	17,9	26	21,0	49	20,5	75	20,7
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 70. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de las redes sociales según nivel educativo

Uso redes sociales	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	147	74,2	106	85,5	35	85,4	288	79,3
No	51	25,8	18	14,5	6	14,6	75	20,7
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 71. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la televisión según sexo y origen

Uso televisión	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	62	71,3	208	75,4	115	72,8	155	75,6	270	74,4
No	25	28,7	68	24,6	43	27,2	50	24,4	93	25,6
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 72. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la televisión según grupo de edad

Uso televisión	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	65	59,1	143	76,5	62	93,9	270	74,4
No	45	40,9	44	23,5	4	6,1	93	25,6
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 73. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la televisión según residencia en Totana y origen

Uso televisión	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	54	72,0	39	79,6	61	73,5	116	74,4	93	75,0	177	74,1	270	74,4
No	21	28,0	10	20,4	22	26,5	40	25,6	31	25,0	62	25,9	93	25,6
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 74. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de la televisión según nivel educativo

Uso televisión	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	144	72,7	95	76,6	31	75,6	270	74,4
No	54	27,3	29	23,4	10	24,4	93	25,6
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 75. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de familiares y amigos según sexo y origen

Boca a boca familiares/amigos	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	17	19,5	62	22,5	37	23,4	42	20,5	79	21,8
No	70	80,5	214	77,5	121	76,6	163	79,5	284	78,2
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 76. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de familiares y amigos según grupo de edad

Boca a boca familiares/amigos	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	24	21,8	39	20,9	16	24,2	79	21,8
No	86	78,2	148	79,1	50	75,8	284	78,2
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 77. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de familiares y amigos según residencia en Totana y origen

Boca a boca familiares/amigos	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%		
Sí	19	25,3	7	14,3	18	21,7	35	22,4	26	21,0	53	22,2	79	21,8
No	56	74,7	42	85,7	65	78,3	121	77,6	98	79,0	186	77,8	284	78,2
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 78. Se mantiene informado/a en torno a la evolución de la enfermedad covid-19 y las medidas sanitarias a través de familiares y amigos según nivel educativo

Boca a boca familiares/amigos	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	45	22,7	26	21,0	8	19,5	79	21,8
No	153	77,3	98	79,0	33	80,5	284	78,2
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 79. Modo de desplazamiento al trabajo de los encuestados según sexo y origen

Desplazamiento al trabajo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Solo ⁽¹⁾	34	39,1	56	20,3	65	41,1	25	12,2	90	24,8
Transporte público	1	1,1	7	2,5	1	0,6	7	3,4	8	2,2
Acompañado ⁽²⁾	52	59,8	213	77,2	92	58,2	173	84,4	265	73,0
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

⁽¹⁾En vehículo propio o andando; ⁽²⁾En vehículo propio, de otros compañeros o de familiares/amigos.

Tabla 80. Modo de desplazamiento al trabajo de los encuestados según grupo de edad

Desplazamiento al trabajo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Solo ⁽¹⁾	28	25,5	48	25,7	14	21,2	90	24,8
Transporte público	2	1,8	4	2,1	2	3,0	8	2,2
Acompañado ⁽²⁾	80	72,7	135	72,2	50	75,8	265	73,0
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

⁽¹⁾En vehículo propio o andando; ⁽²⁾En vehículo propio, de otros compañeros o de familiares/amigos

Tabla 81. Modo de desplazamiento al trabajo de los encuestados según residencia en Totana y origen

Desplazamiento al trabajo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
	Solo ⁽¹⁾	38	50,7	10	20,4	27	32,5	15	9,6	48	38,7	42	17,6	90
Transp. público	0	0,0	0	0,0	1	1,2	7	4,5	0	0,0	8	3,3	8	2,2
Acompañado ⁽²⁾	37	49,3	39	79,6	55	66,3	134	85,9	76	61,3	189	79,1	265	73,0
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

⁽¹⁾En vehículo propio o andando; ⁽²⁾En vehículo propio, de otros compañeros o de familiares/amigos.

Tabla 82. Modo de desplazamiento al trabajo de los encuestados según nivel educativo

Desplazamiento al trabajo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Solo ⁽¹⁾	52	26,3	22	17,7	16	39,0	90	24,8
Transp. público	7	3,5	0	0,0	1	2,4	8	2,2
Acompañado ⁽²⁾	139	70,2	102	82,3	24	58,5	265	73,0
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

⁽¹⁾En vehículo propio o andando; ⁽²⁾En vehículo propio, de otros compañeros o de familiares/amigos.

Tabla 83. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trayecto al trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	62	71,3	165	59,8	120	75,9	107	52,2	227	62,5
Medio	17	19,5	67	24,3	25	15,8	59	28,8	84	23,2
Alto o muy alto	8	9,2	44	15,9	13	8,2	39	19,0	52	14,3
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	3,0		3,8		2,8		4,2		3,6	

Tabla 84. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trayecto al trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	76	69,1	106	56,7	45	68,2	227	62,5
Medio	22	20,0	50	26,7	12	18,2	84	23,2
Alto o muy alto	12	10,9	31	16,6	9	13,6	52	14,3
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	3,3		3,9		3,3		3,6	

Tabla 85. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trayecto al trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	59	78,7	28	57,1	61	73,5	79	50,6	87	70,2	140	58,6	227	62,5
Medio	12	16,0	11	22,4	13	15,7	48	30,8	23	18,5	61	25,5	84	23,2
Alto o muy alto	4	5,3	10	20,4	9	10,8	29	18,6	14	11,3	38	15,9	52	14,3
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	2,6		3,9		3,0		4,3		3,1		3,9		3,6	

Tabla 86. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trayecto al trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	122	61,6	72	58,1	33	80,5	227	62,5
Medio	49	24,7	31	25,0	4	9,8	84	23,2
Alto o muy alto	27	13,6	21	16,9	4	9,8	52	14,3
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	3,6		3,9		2,7		3,6	

Tabla 87. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	21	24,1	51	18,5	38	24,1	34	16,6	72	19,8
Medio	29	33,3	59	21,4	50	31,6	38	18,5	88	24,2
Alto o muy alto	37	42,5	166	60,1	70	44,3	133	64,9	203	56,0
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	6,0		6,8		6,1		7,0		6,6	

Tabla 88. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	22	20,0	29	15,5	21	31,8	72	19,8
Medio	30	27,3	45	24,1	13	19,7	88	24,2
Alto o muy alto	58	52,7	113	60,4	32	48,5	203	56,0
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	6,5		6,9		5,9		6,6	

Tabla 89. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	24	32,0	8	16,3	14	16,9	26	16,7	32	25,8	40	16,7	72	19,8
Medio	23	30,7	8	16,3	27	32,5	30	19,2	31	25,0	57	23,8	88	24,2
Alto o muy alto	28	37,3	33	67,3	42	50,6	100	64,1	61	49,2	142	59,4	203	56,0
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	5,6		6,9		6,5		7,0		6,2		6,8		6,6	

Tabla 90. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el trabajo (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	43	21,7	21	16,9	8	19,5	72	19,8
Medio	46	23,2	30	24,2	12	29,3	88	24,2
Alto o muy alto	109	55,1	73	58,9	21	51,2	203	56,0
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	6,5		6,8		6,6		6,6	

Tabla 91. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en las tiendas (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	8	9,2	26	9,4	18	11,4	16	7,8	34	9,4
Medio	32	36,8	52	18,8	49	31,0	35	17,1	84	23,1
Alto o muy alto	47	54,0	198	71,7	91	57,6	154	75,1	245	67,5
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	6,7		7,5		6,8		7,7		7,3	

Tabla 92. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en las tiendas (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	13	11,8	16	8,6	5	7,6	34	9,4
Medio	24	21,8	40	21,4	20	30,3	84	23,1
Alto o muy alto	73	66,4	131	70,1	41	62,1	245	67,5
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	7,1		7,6		6,9		7,3	

Tabla 93. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en las tiendas (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	11	14,7	6	12,2	7	8,4	10	6,4	17	13,7	17	7,1	34	9,4
Medio	26	34,7	7	14,3	23	27,7	28	17,9	33	26,6	51	21,3	84	23,1
Alto o muy alto	38	50,7	36	73,5	53	63,9	118	75,6	74	59,7	171	71,5	245	67,5
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	6,4		7,6		7,2		7,7		6,9		7,5		7,3	

Tabla 94. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en las tiendas (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	19	9,6	11	8,9	4	9,8	34	9,4
Medio	58	29,3	17	13,7	9	22,0	84	23,1
Alto o muy alto	121	61,1	96	77,4	28	68,3	245	67,5
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,0		7,7		7,5		7,3	

Tabla 95. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en la calle (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	23	26,4	56	20,3	48	30,4	31	15,1	79	21,8
Medio	40	46,0	69	25,0	55	34,8	54	26,3	109	30,0
Alto o muy alto	24	27,6	151	54,7	55	34,8	120	58,5	175	48,2
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	5,4		6,7		5,7		6,9		6,4	

Tabla 96. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en la calle (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	28	25,5	33	17,6	18	27,3	79	21,8
Medio	29	26,4	60	32,1	20	30,3	109	30,0
Alto o muy alto	53	48,2	94	50,3	28	42,4	175	48,2
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	6,2		6,5		6,2		6,4	

Tabla 97. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en la calle (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	29	38,7	8	16,3	19	22,9	23	14,7	37	29,8	42	17,6	79	21,8
Medio	26	34,7	15	30,6	29	34,9	39	25,0	41	33,1	68	28,5	109	30,0
Alto o muy alto	20	26,7	26	53,1	35	42,2	94	60,3	46	37,1	129	54,0	175	48,2
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	5,2		6,6		6,1		7,0		5,7		6,7		6,4	

Tabla 98. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en la calle (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	40	20,2	26	21,0	13	31,7	79	21,8
Medio	72	36,4	30	24,2	7	17,1	109	30,0
Alto o muy alto	86	43,4	68	54,8	21	51,2	175	48,2
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	6,2		6,6		6,3		6,4	

Tabla 99. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en parques y jardines (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	24	27,6	45	16,3	35	22,2	34	16,6	69	19,0
Medio	37	42,5	73	26,4	56	35,4	54	26,3	110	30,3
Alto o muy alto	26	29,9	158	57,2	67	42,4	117	57,1	184	50,7
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	5,4		6,8		6,0		6,9		6,5	

Tabla 100. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en parques y jardines (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	19	17,3	35	18,7	15	22,7	69	19,0
Medio	26	23,6	62	33,2	22	33,3	110	30,3
Alto o muy alto	65	59,1	90	48,1	29	43,9	184	50,7
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	6,6		6,5		6,2		6,5	

Tabla 101. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en parques y jardines (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente No Residente		Total			
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%		
Muy poco o poco	21	28,0	11	22,4	14	16,9	23	14,7	32	25,8	37	15,5	69	19,0
Medio	28	37,3	15	30,6	28	33,7	39	25,0	43	34,7	67	28,0	110	30,3
Alto o muy alto	26	34,7	23	46,9	41	49,4	94	60,3	49	39,5	135	56,5	184	50,7
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	5,5		6,0		6,4		7,2		5,7		6,9		6,5	

Tabla 102. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en parques y jardines (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	41	20,7	16	12,9	12	29,3	69	19,0
Medio	68	34,3	30	24,2	12	29,3	110	30,3
Alto o muy alto	89	44,9	78	62,9	17	41,5	184	50,7
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	6,2		7,0		6,0		6,5	

Tabla 103. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en bares y cafeterías (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	1	1,1	12	4,3	7	4,4	6	2,9	13	3,6
Medio	20	23,0	18	6,5	20	12,7	18	8,8	38	10,4
Alto o muy alto	66	75,9	246	89,1	131	82,9	181	88,3	312	86,0
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	7,8		8,6		8,0		8,7		8,4	

Tabla 104. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en bares y cafeterías (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	3	2,7	5	2,7	5	7,6	13	3,6
Medio	19	17,3	14	7,5	5	7,6	38	10,4
Alto o muy alto	88	80,0	168	89,8	56	84,8	312	86,0
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	8,1		8,6		8,4		8,4	

Tabla 105. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en bares y cafeterías (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	5	6,7	2	4,1	2	2,4	4	2,6	7	5,6	6	2,5	13	3,6
Medio	13	17,3	3	6,1	7	8,4	15	9,6	16	12,9	22	9,2	38	10,4
Alto o muy alto	57	76,0	44	89,8	74	89,2	137	87,8	101	81,5	211	88,3	312	86,0
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	7,7		8,6		8,3		8,7		8,1		8,6		8,4	

Tabla 106. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en bares y cafeterías (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	11	5,6	2	1,6	0	0,0	13	3,6
Medio	23	11,6	9	7,3	6	14,6	38	10,4
Alto o muy alto	164	82,8	113	91,1	35	85,4	312	86,0
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	8,3		8,6		8,3		8,4	

Tabla 107. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de amigos/as (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	9	10,3	18	6,5	11	7,0	16	7,8	27	7,4
Medio	15	17,2	44	15,9	30	19,0	29	14,1	59	16,3
Alto o muy alto	63	72,4	214	77,5	117	74,1	160	78,0	277	76,3
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	7,3		7,8		7,5		7,8		7,7	

Determinantes sociales y enfermedad covid-19. El proyecto comunitario de Totana

Tabla 108. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de amigos/as (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	10	9,1	10	5,3	7	10,6	27	7,4
Medio	16	14,5	30	16,0	13	19,7	59	16,3
Alto o muy alto	84	76,4	147	78,6	46	69,7	277	76,3
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	7,6		7,9		7,4		7,7	

Tabla 109. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de amigos/as (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	5	6,7	5	10,2	6	7,2	11	7,1	10	8,1	17	7,1	27	7,4
Medio	18	24,0	9	18,4	12	14,5	20	12,8	27	21,8	32	13,4	59	16,3
Alto o muy alto	52	69,3	35	71,4	65	78,3	125	80,1	87	70,2	190	79,5	277	76,3
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	7,3		7,5		7,8		7,9		7,4		7,9		7,7	

Tabla 110. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de amigos/as (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	20	10,1	6	4,8	1	2,4	27	7,4
Medio	33	16,7	19	15,3	7	17,1	59	16,3
Alto o muy alto	145	73,2	99	79,8	33	80,5	277	76,3
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,4		8,0		8,0		7,7	

Tabla 111. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de otros familiares (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	22	25,3	50	18,1	30	19,0	42	20,5	72	19,8
Medio	24	27,6	67	24,3	46	29,1	45	22,0	91	25,1
Alto o muy alto	41	47,1	159	57,6	82	51,9	118	57,6	200	55,1
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	6,0		6,7		6,4		6,7		6,6	

Tabla 112. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de otros familiares (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	26	23,6	30	16,0	16	24,2	72	19,8
Medio	25	22,7	52	27,8	14	21,2	91	25,1
Alto o muy alto	59	53,6	105	56,1	36	54,5	200	55,1
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	6,5		6,7		6,2		6,6	

Tabla 113. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de otros familiares (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	14	18,7	11	22,4	16	19,3	31	19,9	25	20,2	47	19,7	72	19,8
Medio	27	36,0	10	20,4	19	22,9	35	22,4	37	29,8	54	22,6	91	25,1
Alto o muy alto	34	45,3	28	57,1	48	57,8	90	57,7	62	50,0	138	57,7	200	55,1
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	6,2		6,5		6,6		6,8		6,3		6,7		6,6	

Tabla 114. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en casa de otros familiares (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	42	21,2	23	18,5	7	17,1	72	19,8
Medio	59	29,8	26	21,0	6	14,6	91	25,1
Alto o muy alto	97	49,0	75	60,5	28	68,3	200	55,1
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	6,3		6,8		7,3		6,6	

Tabla 115. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en mi propia casa (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	62	71,3	173	62,7	111	70,3	124	60,5	235	64,7
Medio	12	13,8	56	20,3	23	14,6	45	22,0	68	18,7
Alto o muy alto	13	14,9	47	17,0	24	15,2	36	17,6	60	16,6
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	3,4		3,6		3,3		3,7		3,6	

Tabla 116. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en mi propia casa (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	62	56,4	125	66,8	48	72,7	235	64,7
Medio	19	17,3	36	19,3	13	19,7	68	18,7
Alto o muy alto	29	26,4	26	13,9	5	7,6	60	16,6
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	4,2		3,4		2,9		3,6	

Tabla 117. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en mi propia casa (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	51	68,0	28	57,1	60	72,3	96	61,5	79	63,7	156	65,3	235	64,7
Medio	11	14,7	11	22,4	12	14,5	34	21,8	22	17,7	46	19,2	68	18,7
Alto o muy alto	13	17,3	10	20,4	11	13,3	26	16,7	23	18,5	37	15,5	60	16,6
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	3,4		3,8		3,3		3,7		3,6		3,6		3,6	

Tabla 118. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en mi propia casa (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	137	69,2	70	56,5	28	68,3	235	64,7
Medio	36	18,2	26	21,0	6	14,6	68	18,7
Alto o muy alto	25	12,6	28	22,6	7	17,1	60	16,6
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	3,2		4,2		3,5		3,6	

Tabla 119. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el centro médico (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Nivel de riesgo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	11	12,6	26	9,4	17	10,8	20	9,8	37	10,2
Medio	28	32,2	47	17,0	40	25,3	35	17,1	75	20,7
Alto o muy alto	48	55,2	203	73,6	101	63,9	150	73,2	251	69,1
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0
Valor medio	6,7		7,6		7,1		7,6		7,4	

Tabla 120. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el centro médico (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupo de edad

Nivel de riesgo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	11	10,0	18	9,6	8	12,1	37	10,2
Medio	25	22,7	35	18,7	15	22,7	75	20,7
Alto o muy alto	74	67,3	134	71,7	43	65,2	251	69,1
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0
Valor medio	7,3		7,5		7,2		7,4	

Tabla 121. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el centro médico (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según residencia en Totana y origen

Nivel de riesgo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	6	8,0	5	10,2	11	13,3	15	9,6	11	8,9	26	10,9	37	10,2
Medio	25	33,3	9	18,4	15	18,1	26	16,7	34	27,4	41	17,2	75	20,7
Alto o muy alto	44	58,7	35	71,4	57	68,7	115	73,7	79	63,7	172	72,0	251	69,1
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0
Valor medio	7,0		7,5		7,2		7,6		7,2		7,4		7,4	

Tabla 122. Nivel de riesgo percibido de contraer la enfermedad covid-19 en el centro médico (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel de riesgo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Muy poco o poco	17	8,6	14	11,3	6	14,6	37	10,2
Medio	48	24,2	21	16,9	6	14,6	75	20,7
Alto o muy alto	133	67,2	89	71,8	29	70,7	251	69,1
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0
Valor medio	7,4		7,4		7,3		7,4	

3. Posibilidades de aislamiento

Tabla 123. En caso de tener que hacer cuarentena, dispone de habitación adecuada y baño propio para permanecer aislado/a según sexo y origen (solo respuestas afirmativas)

Sí puede	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Estar aislado en vivienda	85	97,7	264	95,7	154	97,5	195	95,1	349	96,1
Utilizar a solas baño propio	54	62,1	162	58,7	109	69,0	107	52,2	216	59,5
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 124. En caso de tener que hacer cuarentena, dispone de habitación adecuada y baño propio para permanecer aislado/a según grupo de edad (solo respuestas afirmativas)

Sí puede	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Estar aislado en vivienda	107	97,3	177	94,7	65	98,5	349	96,1
Utilizar a solas baño propio	65	59,1	108	57,8	43	65,2	216	59,5
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 125. En caso de tener que hacer cuarentena, dispone de habitación adecuada y baño propio para permanecer aislado/a según residencia en Totana y origen (solo respuestas afirmativas)

Sí puede	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Estar aislado	74	98,7	48	98,0	80	96,4	147	94,2	122	98,4	227	95,0	349	96,1
Baño propio	51	68,0	34	69,4	58	69,9	73	46,8	85	68,5	131	54,8	216	59,5
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 126. En caso de tener que hacer cuarentena, dispone de habitación adecuada y baño propio para permanecer aislado/a según nivel educativo (solo respuestas afirmativas)

Sí puede	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Estar aislado en vivienda	188	94,9	122	98,4	39	95,1	349	96,1
Utilizar a solas baño propio	111	56,1	80	64,5	25	61,0	216	59,5
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 127. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que podría perder su empleo según sexo y origen

Pérdida de empleo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	21	24,1	98	35,5	40	25,3	79	38,5	119	32,8
No	57	65,5	138	50,0	100	63,3	95	46,3	195	53,7
No sabe	9	10,3	40	14,5	18	11,4	31	15,1	49	13,5
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 128. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que podría perder su empleo según grupo de edad

Pérdida de empleo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	40	36,4	63	33,7	16	24,2	119	32,8
No	52	47,3	99	52,9	44	66,7	195	53,7
No sabe	18	16,4	25	13,4	6	9,1	49	13,5
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 129. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que podría perder su empleo según residencia en Totana y origen

Pérdida de empleo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	13	17,3	21	42,9	27	32,5	58	37,2	34	27,4	85	35,6	119	32,8
No	55	73,3	23	46,9	45	54,2	72	46,2	78	62,9	117	49,0	195	53,7
No sabe	7	9,3	5	10,2	11	13,3	26	16,7	12	9,7	37	15,5	49	13,5
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 130. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que podría perder su empleo según nivel educativo

Pérdida de empleo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	63	31,8	40	32,3	16	39,0	119	32,8
No	104	52,5	69	55,6	22	53,7	195	53,7
No sabe	31	15,7	15	12,1	3	7,3	49	13,5
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 131. En caso de tener que hacer cuarentena, tendría dificultades para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, vestido...) según sexo y origen

Dificultades en necesidades básicas	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	22	25,3	92	33,3	26	16,5	88	42,9	114	31,4
No	64	73,6	170	61,6	132	83,5	102	49,8	234	64,5
No sabe	1	1,1	14	5,1	0	0,0	15	7,3	15	4,1
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 132. En caso de tener que hacer cuarentena, tendría dificultades para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, vestido...) según grupo de edad

Dificultades en necesidades básicas	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	25	22,7	69	36,9	20	30,3	114	31,4
No	82	74,5	107	57,2	45	68,2	234	64,5
No sabe	3	2,7	11	5,9	1	1,5	15	4,1
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 133. En caso de tener que hacer cuarentena, tendría dificultades para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, vestido...) según residencia en Totana y origen

Dificultades en necesidades básicas	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
	Sí	9	12,0	22	44,9	17	20,5	66	42,3	31	25,0	83	34,7	114
No	66	88,0	23	46,9	66	79,5	79	50,6	89	71,8	145	60,7	234	64,5
No sabe	0	0,0	4	8,2	0	0,0	11	7,1	4	3,2	11	4,6	15	4,1
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 134. En caso de tener que hacer cuarentena, tendría dificultades para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, vestido...) según nivel educativo

Dificultades en necesidades básicas	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
	Sí	65	32,8	39	31,5	10	24,4	114
No	123	62,1	81	65,3	30	73,2	234	64,5
No sabe	10	5,1	4	3,2	1	2,4	15	4,1
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 135. En caso de tener que hacer cuarentena, estaría adecuadamente cuidada/o según sexo y origen

Adecuadamente cuidada/o	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
	Sí	75	86,2	211	76,4	147	93,0	139	67,8	286
No	9	10,3	44	15,9	3	1,9	50	24,4	53	14,6
No sabe	3	3,4	21	7,6	8	5,1	16	7,8	24	6,6
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 136. En caso de tener que hacer cuarentena, estaría adecuadamente cuidada/o según grupo de edad

Adecuadamente cuidada/o	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
	Sí	95	86,4	133	71,1	58	87,9	286
No	12	10,9	36	19,3	5	7,6	53	14,6
No sabe	3	2,7	18	9,6	3	4,5	24	6,6
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 137. En caso de tener que hacer cuarentena, estaría adecuadamente cuidada/o según residencia en Totana y origen

Adecuadamente cuidada/o	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	69	92,0	30	61,2	78	94,0	109	69,9	99	79,8	187	78,2	286	78,8
No	1	1,3	12	24,5	2	2,4	38	24,4	13	10,5	40	16,7	53	14,6
No sabe	5	6,7	7	14,3	3	3,6	9	5,8	12	9,7	12	5,0	24	6,6
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 138. En caso de tener que hacer cuarentena, estaría adecuadamente cuidada/o según nivel educativo

Adecuadamente cuidada/o	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	151	76,3	98	79,0	37	90,2	286	78,8
No	28	14,1	22	17,7	3	7,3	53	14,6
No sabe	19	9,6	4	3,2	1	2,4	24	6,6
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 139. En caso de tener que hacer cuarentena, estarían adecuadamente cuidadas las personas a su cargo según sexo y origen (solo población con personas dependientes⁽¹⁾ a su cargo)

Adecuadamente cuidadas personas a cargo	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	18	78,3	74	55,2	39	72,2	53	51,5	92	58,6
No	0	0,0	23	17,2	1	1,9	22	21,4	23	14,6
No sabe	5	21,7	37	27,6	14	25,9	28	27,2	42	26,8
Total	23	100,0	134	100,0	54	100,0	103	100,0	157	100,0

⁽¹⁾Económicamente o/y que requieren cuidados.

Tabla 140. En caso de tener que hacer cuarentena, estarían adecuadamente cuidadas las personas a su cargo según grupo de edad (solo encuestados con personas dependientes⁽¹⁾ a su cargo)

Adecuadamente cuidadas personas a cargo	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	10	55,6	73	63,5	9	37,5	92	58,6
No	3	16,7	19	16,5	1	4,2	23	14,6
No sabe	5	27,8	23	20,0	14	58,3	42	26,8
Total	18	100,0	115	100,0	24	100,0	157	100,0

⁽¹⁾Económicamente o/y que requieren cuidados.

Tabla 141. En caso de tener que hacer cuarentena, estarían adecuadamente cuidadas las personas a su cargo según residencia en Totana y origen (solo encuestados con personas dependientes⁽¹⁾ a su cargo)

Cuidadas personas a cargo	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	16	69,6	9	50,0	23	74,2	44	51,8	25	61,0	67	57,8	92	58,6
No	0	0,0	6	33,3	1	3,2	16	18,8	6	14,6	17	14,7	23	14,6
No sabe	7	30,4	3	16,7	7	22,6	25	29,4	10	24,4	32	27,6	42	26,8
Total	23	100,0	18	100,0	31	100,0	85	100,0	41	100,0	116	100,0	157	100,0

⁽¹⁾Económicamente o/y que requieren cuidados.

Tabla 142. En caso de tener que hacer cuarentena, estarían adecuadamente cuidadas las personas a su cargo según nivel educativo (solo encuestados con personas dependientes⁽¹⁾ a su cargo)

Adecuadamente cuidadas personas a cargo	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	53	60,2	29	53,7	10	66,7	92	58,6
No	10	11,4	12	22,2	1	6,7	23	14,6
No sabe	25	28,4	13	24,1	4	26,7	42	26,8
Total	88	100,0	54	100,0	15	100,0	157	100,0

⁽¹⁾Económicamente o/y que requieren cuidados.

Tabla 143. En caso de tener que hacer cuarentena, podría tener dificultades para solicitar o renovar su documentación según sexo y grupo de edad (solo origen extranjero)

Dificultades con documentación	Hombre		Mujer		Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	17	53,1	102	59,0	32	65,3	66	53,7	21	63,6	119	58,0
No	14	43,8	54	31,2	12	24,5	45	36,6	11	33,3	68	33,2
No sabe	1	3,1	17	9,8	5	10,2	12	9,8	1	3,0	18	8,8
Total	32	100,0	173	100,0	49	100,0	123	100,0	33	100,0	205	100,0

Tabla 144. En caso de tener que hacer cuarentena, podría tener dificultades para solicitar o renovar su documentación según residencia en Totana y nivel educativo (solo origen extranjero)

Dificultades con documentación	Residentes		No Residentes		Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	36	73,5	83	53,2	64	66,0	44	51,8	11	47,8	119	58,0
No	11	22,4	57	36,5	22	22,7	34	40,0	12	52,2	68	33,2
No sabe	2	4,1	16	10,3	11	11,3	7	8,2	0	0,0	18	8,8
Total	49	100,0	156	100,0	97	100,0	85	100,0	23	100,0	205	100,0

Tabla 145. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que sufriría algún tipo de rechazo por parte de familiares o amigos (tanto en España como en país de origen) según sexo y origen

Rechazo de familiares/amigos	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	20	23,0	104	37,7	27	17,1	97	47,3	124	34,2
No	63	72,4	153	55,4	126	79,7	90	43,9	216	59,5
No sabe	4	4,6	19	6,9	5	3,2	18	8,8	23	6,3
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 146. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que sufriría algún tipo de rechazo por parte de familiares o amigos (tanto en España como en país de origen) según grupo de edad

Rechazo de familiares/amigos	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	29	26,4	74	39,6	21	31,8	124	34,2
No	77	70,0	100	53,5	39	59,1	216	59,5
No sabe	4	3,6	13	7,0	6	9,1	23	6,3
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 147. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que sufriría algún tipo de rechazo por parte de familiares o amigos (tanto en España como en país de origen) según residencia en Totana y origen

Rechazo familiares/amigos	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	16	21,3	24	49,0	11	13,3	73	46,8	40	32,3	84	35,1	124	34,2
No	57	76,0	20	40,8	69	83,1	70	44,9	77	62,1	139	58,2	216	59,5
No sabe	2	2,7	5	10,2	3	3,6	13	8,3	7	5,6	16	6,7	23	6,3
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 148. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que sufriría algún tipo de rechazo por parte de familiares o amigos (tanto en España como en país de origen) según nivel educativo

Rechazo de familiares/amigos	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	63	31,8	51	41,1	10	24,4	124	34,2
No	123	62,1	64	51,6	29	70,7	216	59,5
No sabe	12	6,1	9	7,3	2	4,9	23	6,3
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 149. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que las autoridades deberían sancionar a quien no cumpla la cuarentena según sexo y origen

Sanciones	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	81	93,1	272	98,6	152	96,2	98,0	98,0	353	97,2
No	2	2,3	2	0,7	3	1,9	0,5	0,5	4	1,1
No sabe	4	4,6	2	0,7	3	1,9	1,5	1,5	6	1,7
Total	87	100,0	276	100,0	158	100,0	205	100,0	363	100,0

Tabla 150. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que las autoridades deberían sancionar a quien no cumpla la cuarentena según grupo de edad

Sanciones	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	103	93,6	184	98,4	66	100,0	353	97,2
No	4	3,6	0	0,0	0	0,0	4	1,1
No sabe	3	2,7	3	1,6	0	0,0	6	1,7
Total	110	100,0	187	100,0	66	100,0	363	100,0

Tabla 151. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que las autoridades deberían sancionar a quien no cumpla la cuarentena según residencia en Totana y origen

Sanciones	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	71	94,7	47	95,9	81	97,6	154	98,7	118	95,2	235	98,3	353	97,2
No	2	2,7	1	2,0	1	1,2	0	0,0	3	2,4	1	0,4	4	1,1
No sabe	2	2,7	1	2,0	1	1,2	2	1,3	3	2,4	3	1,3	6	1,7
Total	75	100,0	49	100,0	83	100,0	156	100,0	124	100,0	239	100,0	363	100,0

Tabla 152. En caso de tener que hacer cuarentena, cree que las autoridades deberían sancionar a quien no cumpla la cuarentena según nivel educativo

Sanciones	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	193	97,5	119	96,0	41	100,0	353	97,2
No	2	1,0	2	1,6	0	0,0	4	1,1
No sabe	3	1,5	3	2,4	0	0,0	6	1,7
Total	198	100,0	124	100,0	41	100,0	363	100,0

Tabla 153. Aceptaría alojamiento alternativo en su mismo municipio según sexo y origen (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en mismo municipio	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	28	84,8	89	76,7	42	84,0	75	75,8	117	78,5
No	2	6,1	15	12,9	5	10,0	12	12,1	17	11,4
No está seguro/a	3	9,1	12	10,3	3	6,0	12	12,1	15	10,1
Total	33	100,0	116	100,0	50	100,0	99	100,0	149	100,0

Tabla 154. Aceptaría alojamiento alternativo en su mismo municipio según grupo de edad (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en mismo municipio	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	36	78,3	64	80,0	17	73,9	117	78,5
No	5	10,9	10	12,5	2	8,7	17	11,4
No está seguro/a	5	10,9	6	7,5	4	17,4	15	10,1
Total	46	100,0	80	100,0	23	100,0	149	100,0

Tabla 155. Aceptaría alojamiento alternativo en su mismo municipio según residencia en Totana y origen (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en mismo municipio	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	23	92,0	13	86,7	19	76,0	62	73,8	36	90,0	81	74,3	117	78,5
No	1	4,0	1	6,7	4	16,0	11	13,1	2	5,0	15	13,8	17	11,4
No está seguro/a	1	4,0	1	6,7	2	8,0	11	13,1	2	5,0	13	11,9	15	10,1
Total	25	100,0	15	100,0	25	100,0	84	100,0	40	100,0	109	100,0	149	100,0

Tabla 156. Aceptaría alojamiento alternativo en su mismo municipio según nivel educativo (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en mismo municipio	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	65	74,7	38	84,4	14	82,4	117	78,5
No	11	12,6	3	6,7	3	17,6	17	11,4
No está seguro/a	11	12,6	4	8,9	0	0,0	15	10,1
Total	87	100,0	45	100,0	17	100,0	149	100,0

Tabla 157. Aceptaría alojamiento alternativo en otro municipio según sexo y origen (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en otro municipio	Hombre		Mujer		Español		Extranjero		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	23	69,7	71	61,2	38	76,0	56	56,6	94	63,1
No	7	21,2	30	25,9	8	16,0	29	29,3	37	24,8
No está seguro/a	3	9,1	15	12,9	4	8,0	14	14,1	18	12,1
Total	33	100,0	116	100,0	50	100,0	99	100,0	149	100,0

Tabla 158. Aceptaría alojamiento alternativo en otro municipio según grupo de edad (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en otro municipio	Menor de 30 años		Entre 30-50 años		Mayor de 50 años		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	33	71,7	46	57,5	15	65,2	94	63,1
No	8	17,4	26	32,5	3	13,0	37	24,8
No está seguro/a	5	10,9	8	10,0	5	21,7	18	12,1
Total	46	100,0	80	100,0	23	100,0	149	100,0

Tabla 159. Aceptaría alojamiento alternativo en otro municipio según residencia en Totana y origen (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en otro municipio	Residente español		Residente extranjero		No resid. español		No resid. extranjero		Residente		No Residente		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	21	84,0	13	86,7	17	68,0	43	51,2	34	85,0	60	55,0	94	63,1
No	3	12,0	1	6,7	5	20,0	28	33,3	4	10,0	33	30,3	37	24,8
No está seguro/a	1	4,0	1	6,7	3	12,0	13	15,5	2	5,0	16	14,7	18	12,1
Total	25	100,0	15	100,0	25	100,0	84	100,0	40	100,0	109	100,0	149	100,0

Tabla 160. Aceptaría alojamiento alternativo en otro municipio según nivel educativo (solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)

Alojamiento en otro municipio	Secundaria 1ª etapa o inferior		Secundaria 2ª etapa		Educación superior		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Sí	51	58,6	32	71,1	11	64,7	94	63,1
No	23	26,4	9	20,0	5	29,4	37	24,8
No está seguro/a	13	14,9	4	8,9	1	5,9	18	12,1
Total	87	100,0	45	100,0	17	100,0	149	100,0

**Tabla 161. Motivos por los que no se aceptaría un alojamiento alternativo en otro municipio
(solo encuestados sin posibilidad de aislamiento domiciliario)**

Motivos rechazo	VA	%
Motivos familiares	17	45,9
Seguridad del hogar	6	16,2
Desplazamiento /Distancia	5	13,5
Miedo/riesgo	3	8,1
Adaptación/comodidad	2	5,4
Recursos	1	2,7
Responsabilidad	1	2,7
No sabe	2	5,4
Total	37	100,0

Anexo 2. Contraste estadístico

El objetivo principal de esta sección del anexo es mostrar en mayor detalle los resultados que se derivan del análisis estadístico de la encuesta, más allá de la mera descripción de porcentajes. Por ello, en él solo se incluyen aquellos resultados que son significativos, obviando aquellos análisis que, si bien fueron realizados, no arrojaron credibilidad estadística. O lo que es lo mismo, se incluyen solamente aquellos datos que muestran un comportamiento que puede explicar la agrupación de variables y su relación respecto a diferentes aspectos de la pandemia. Así, por motivos prácticos, se omiten aquellos datos o tablas con información irrelevante.

Los resultados que expresan la significación quedan recogidos en anotaciones al pie de las tablas correspondientes; donde también se explicita el enunciado, o la indicación concreta, de la pregunta del cuestionario analizada. Por otro lado, se recuerda que los detalles de la muestra pueden consultarse en el capítulo 1, en el apartado dedicado a los aspectos metodológicos.

Este segundo anexo está dividido en dos partes. La primera de ellas realiza un análisis de comparación de medias bivariado, utilizando variables dicotómicas (variables nominales con dos categorías: sexo, origen y haber padecido covid-19) y variables de escala (las preguntas de valoración 1 a 10 del bloque II del cuestionario). El estadístico utilizado es la prueba T de Student para la comparación de medias entre dos grupos. En un principio, también se incluyó la variable de clasificación residentes en Totana, sin embargo, las pruebas de varianzas e igualdad de medias indicaron que no había diferencias estadísticas entre los residentes y los no residentes de dicha localidad.

En segundo lugar, se lleva a cabo un análisis factorial univariado de la varianza ANOVA, lo que implica el uso de un solo factor (variable dependiente) y una serie de variables independientes o explicativas. Este tipo de prueba permite combinar variables categóricas (nominales y ordinales) y variables de escala (factor), haciendo posible comparar puntuaciones medias entre grupos y categorías dentro de estos. Se utilizan las mismas variables sociodemográficas y del bloque II que en el análisis bivariado.

Finalmente, se ofrece un apunte sobre los resultados obtenidos al analizar las respuestas ofrecidas a las preguntas 20 y 21 del cuestionario, referidas a la disposición de comunicar a determinadas personas (médico, jefe, compañeros

de trabajo, familiares, amigos y vecinos) que se presentan síntomas de la enfermedad covid-19, o bien, que se ha mantenido contacto de riesgo con alguien enfermo.

A2.1. Comparación de medias (variables dicotómicas)

Como enunciamos en la introducción de este apartado se realiza un análisis bivariado entre variables dicotómicas y variables de escala. Para ello, se comparan medias a través el estadístico T de Student, utilizando como variables independientes: sexo, origen (español o extranjero) y haber padecido covid-19 y, como variables dependientes, las preguntas de escala del bloque II del cuestionario.

Tabla 1. Puntuaciones medias para P19. De las siguientes afirmaciones indique su grado de desacuerdo o acuerdo (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según sexo

P19	N		Media		Desviación típica	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
P19.1	87	276	8,17	9,04	2,174	1,760
P19.4	87	276	9,48	9,82	1,606	0,707

P19.1. Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo. No hay igualdad de σ (T. -3,403; Sig. 0,001; Gl. 361).

P19.4. Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable. No hay igualdad de σ (T. -2,710; Sig. 0,007; Gl. 361).

En la comparativa de medias según sexo (tabla 1), los resultados para la pregunta 19.1 muestran como el grupo de mujeres aprueban en mayor medida (9,04) quedarse en casa y salir a la calle solo para las actividades imprescindibles. Siendo la diferencia entre sexos de casi un punto (0,87). En el caso de la pregunta 19.4, el valor medio de las mujeres es también más alto (9,82), considerando en mayor medida que aquellas personas que no cumplen las normas son irresponsables. Sin embargo, en este aspecto la distancia entre sexos es menor (0,34). Aunque existe diferencia entre las muestras, podemos afirmar que, en ambas preguntas, las puntuaciones son altas o muy altas para ambos sexos.

Lo primero que se observa en los datos mostrados en la tabla 2 es que la media de las mujeres es más elevada en las tres preguntas. Por tanto, perciben en mayor medida el riesgo de contagio. De estas tres preguntas, la que refleja un menor riesgo percibido es la correspondiente al trayecto al trabajo, donde los hombres puntúan en promedio 3,02 y las mujeres 3,75. La diferencia entre

ambas medias se sitúa en 0,72, superior para las mujeres, aunque para ambos sexos los valores medios son bajos.

Tabla 2. Puntuaciones medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo

P24	N		Media		Desviación típica	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
P24.1	87	276	3,02	3,75	2,357	2,680
P24.2	87	276	5,95	6,78	2,028	2,622
P24.4	87	276	5,44	6,66	1,951	2,507

P24.1. Riesgo. Trayecto al trabajo. No hay igualdad de σ (T. -2,437; Sig. 0,023; Gl. 361).

P24.2. Riesgo. En mi trabajo. No hay igualdad de σ (T. -2,703; Sig. 0,007; Gl. 361).

P24.4. Riesgo. En la calle. No hay igualdad de σ (T. -4,155; Sig. 0,000; Gl. 361).

En segundo lugar, en relación al riesgo en el puesto de trabajo, en general, se alcanzan puntuaciones intermedias de la escala 1 a 10. Las mujeres siguen percibiendo mayor riesgo en este espacio (6,78) frente a los varones (5,95), con casi un punto de diferencia (0,83) entre ambos grupos. Por último, el riesgo en la calle es percibido con valores próximos al riesgo en el lugar de trabajo. Del mismo modo, son las mujeres las que valoran este riesgo con más intensidad (6,66) frente a los hombres (5,44). En este caso, la diferencia de medias entre sexos es de 1,22 puntos.

En cuanto a la comparación de medias según origen, la tabla 3 muestra la distribución de medias para españoles y extranjeros en relación con la pregunta 19.1 sobre permanecer en casa la mayor parte del tiempo durante la pandemia (el resto de opciones no resultan significativas, P19.2, P19.3 y P19.4).

Tabla 3. Comparación de medias para P19. De las siguientes afirmaciones indique su grado de desacuerdo o acuerdo (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según origen

P24	N		Media		Desviación típica	
	Español	Extranjero	Español	Extranjero	Español	Extranjero
P19.1	158	205	8,60	9,01	2,013	1,795

P19.1. Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo. No hay igualdad de σ (T. -2,063; Sig. 0,043; Gl. 317).

El mayor grado de acuerdo con esta afirmación, relativa a permanecer en casa el mayor tiempo posible, se produce entre la población extranjera (9,01) frente a la española (8,60). A pesar de ello, ambas medias son muy elevadas y su distancia no llega al medio punto (0,41).

Tabla 4. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según origen

P24	N		Media		Desviación típica	
	Español	Extranjero	Español	Extranjero	Español	Extranjero
P24.1	158	205	2,78	4,20	2,256	2,721

P24.1. En el trayecto al lugar de trabajo. No hay igualdad de σ (T. -5,291; Sig. 0,000; Gl. 361).

La tabla 4 contiene la distribución de medias según origen (españoles y extranjeros) en relación con la pregunta 24.1 en referencia al riesgo de contagio en el trayecto al trabajo. Lo primero que se aprecia es que las medias tienen valores bajos, lo que implica que no hay una percepción extrema del riesgo en esta actividad. Sin embargo, salta a la vista que la diferencia es bastante grande entre los extranjeros (4,20) y los españoles (2,78). La distancia entre ambas puntuaciones es de 1,42, o lo que es lo mismo, la preocupación de los extranjeros es un 50% mayor a la de los españoles.

Tabla 5. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según tipo de desplazamiento al trabajo

Desplazamiento	Media	Desv. error	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Solo en vehículo propio	1,636	0,271	1,104	2,168
Con compañeros en vehículo propio	4,085	0,222	3,649	4,520
Con compañeros en su vehículo	4,368	0,210	3,954	4,781
Transporte público	5,929	1,211	3,546	8,311
Andando	1,000	2,266	-3,457	5,457
Lo/la llevan al trabajo	1,900	0,646	0,630	3,170

P24.1. En el trayecto al lugar de trabajo.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 16,685; Sig. 0,000; Gl. 5).

Si se profundiza en el análisis vinculando la P24.1 con el tipo de desplazamiento (P23) se puede apreciar que existe una relación estadística entre la modalidad de desplazamiento y el riesgo percibido de contagio en el trayecto al trabajo (tabla 5). Especialmente relevante en las categorías *con compañeros de trabajo en su vehículo* (4,368) y entre aquellos que se desplazan en *transporte público* (5,929).

Distinguiendo entre aquellas personas que han contraído covid-19 y las que no, se aprecia que ambos grupos muestran un grado de desacuerdo alto con la afirmación relativa a que esta enfermedad afecta solo a mayores y personas con patologías previas (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de medias para P19. De las siguientes afirmaciones indique su grado de desacuerdo o acuerdo (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según haya contraído, o no, la enfermedad covid-19

P19	Ha contraído el COVID (N)		Media		Desviación típica	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
P19.2	80	283	1,51	1,88	1,136	1,803
P19.4	80	283	9,90	9,69	0,341	1,121

19.2. El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos. No igualdad de σ (T. -2,231; Sig. 0,027; Gl. 203).

19.4. Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable. No hay igualdad de σ (T. 2,747; Sig. 0,006; Gl. 359).

Así, el grupo que mayor disconformidad manifiesta con esta afirmación es el de aquellos que ha contraído esta dolencia (1,51) frente a los que no la han padecido (1,88). A pesar de que, hay diferencia entre los grupos, ambas puntuaciones se encuentran muy cercanas. Lo mismo sucede, aunque en sentido contrario con la afirmación de que quien no cumple con las normas de prevención es un irresponsable. En este caso, las medias muestran un amplio consenso, sin embargo, destaca en mayor medida la de aquellos que han padecido covid-19 (9,90), si bien, las medias de ambos grupos son próximas y se encuentran separadas por solo 0,21 puntos.

Como se aprecia en la tabla 7, las personas que han padecido covid-19 consideran en mayor medida que el propio hogar comporta un mayor riesgo de contagio (4,61) con respecto a las que no han pasado la enfermedad (3,25).

Tabla 7. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según haya contraído, o no, la enfermedad covid-19

P24	Ha contraído el COVID (N)		Media		Desviación típica	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
P24.9	80	283	4,61	3,25	3,063	2,462

P24.9. Riesgo. En casa mi casa. No hay igualdad de σ (T. 3,666; Sig. 0,000; Gl. 110).

La diferencia entre ambos grupos es considerable 1,36 puntos. Así, las personas que han pasado la enfermedad covid-19 puntúan el riesgo de contagio en el hogar propio un 42% más que quienes no han contraído la enfermedad. Tal vez, esto se deba a las dificultades experimentadas a la hora de llevar un aislamiento efectivo dentro de su domicilio.

A2.2. *Análisis factorial univariado de la varianza ANOVA*

Comenzaremos esta segunda parte del Anexo 2 con la realización de un análisis factorial univariado de la varianza ANOVA, para el que se utilizan las preguntas del bloque II del cuestionario.

Tabla 8. Comparación de medias para P14. Nivel de preocupación ante la situación general de emergencia sanitaria (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a) según sexo y origen

Sexo	Origen	Media	Desv. error	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Hombre	Español	7,415	0,290	6,845	7,986
	Extranjero	7,356	0,358	6,652	8,059
Mujer	Español	7,932	0,248	7,443	8,420
	Extranjero	7,579	0,180	7,226	7,932

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 4,643; Sig. 0,032; Gl. 1).

En la tabla 8 se muestran los resultados de las medias por sexo y origen en relación con el nivel de preocupación general por la situación de emergencia. Independientemente del origen, son las mujeres las que obtienen medias más elevadas (españolas 7,932; extranjeras 7,579) frente a los varones (españoles 7,415; extranjeros 7,356). Si bien, las medias entre todas las categorías no se encuentran muy alejadas.

La tabla 9 contiene los valores medios del grado de conocimiento de las medidas sanitarias según nivel educativo. En este caso, se aprecia una tendencia a que las personas con mayor nivel académico manifiesten un mayor conocimiento de dichas medidas.

Tabla 9. Comparación de medias para P16. ¿Conoce las medidas sanitarias de prevención del covid-19? (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente) según nivel educativo

Nivel educativo	Media	Desviación error	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Sin estudios	7,148	0,533	6,098	8,198
Estudios primarios	7,658	0,225	7,215	8,101
Secundarios primera etapa	7,941	0,225	7,498	8,384
Secundarios superiores	8,414	0,220	7,980	8,848
Superiores/universitarios	8,333	0,348	7,648	9,019

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 2,874; Sig. 0,023; Gl. 4).

De este modo, quienes han terminado los estudios secundarios superiores (8,414) y los universitarios (8,333) se distancian claramente del grupo de personas sin estudios (7,148) y con estudios primarios (7,658). El rango (diferencia) entre la puntuación máxima (secundarios superiores) y mínima (sin estudios) es de 1,26 puntos, lo que equivale a un 17,7%.

Tabla 10. Comparación de medias para P17. ¿Conoce cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad? (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco perfectamente) según nivel educativo

Nivel educativo	Media	Desviación	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite inferior
Sin estudios	6,370	0,590	5,209	7,532
Estudios primarios	7,057	0,249	6,567	7,547
Secundarios primera etapa	7,451	0,249	6,960	7,941
Secundarios superiores	7,715	0,244	7,235	8,195
Superiores/universitarios	8,256	0,385	7,498	9,015

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F.3,040; Sig. 0,018; Gl. 4).

Al igual que sucedía en la pregunta anterior, a medida que aumenta el nivel educativo se eleva la puntuación media otorgada por las personas encuestadas al grado de conocimiento de los síntomas de la enfermedad covid-19 (tabla 10). Los encuestados con estudios secundarios superiores (7,715) y universitarios (8,256) se diferencian visiblemente de quienes no tienen estudios (6,370) y los que alcanzan solo estudios primarios (7,057), con un rango entre el valor máximo y mínimo cercano a los 2 puntos.

Tabla 11. Comparación de medias para P17. ¿Conoce cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad? (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco perfectamente) según origen y grupo de edad

Grupo de edad	Origen	Media	Desviación	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite inferior
18-25 años	Español	6,728	0,367	6,005	7,451
	Extranjero	7,132	0,423	6,299	7,966
26-35 años	Español	8,231	0,379	7,486	8,977
	Extranjero	7,333	0,378	6,589	8,078
36-45 años	Español	7,844	0,427	7,003	8,685
	Extranjero	7,157	0,414	6,341	7,973
46-55 años	Español	7,718	0,482	6,770	8,666
	Extranjero	7,358	0,429	6,514	8,203
56-65 años	Español	7,778	0,613	6,571	8,985
	Extranjero	6,434	0,563	5,326	7,543

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 2,743; Sig. 0,029; Gl. 4).

Los extranjeros de mayor edad (6,434) y los españoles de menor edad (6,728) son los grupos que afirman tener un menor conocimiento de los síntomas de la enfermedad covid-19 (tabla 11). Por el contrario, la media más alta la obtienen los españoles de entre 26 y 35 años (8,231), la diferencia de valores entre estas dos puntuaciones extremas es de 1,797 puntos.

En el resto de tramos de edad, son los españoles los que manifiestan conocer mejor las características de la enfermedad, situando sus medias en valores que superan los siete puntos y medio, salvo en el caso mencionado de los españoles más jóvenes.

Tabla 12. Comparación de medias para P17. ¿Conoce cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad? (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco perfectamente) según sexo y nivel educativo

Sexo	Nivel educativo	Media	Desviación error	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite inferior
Hombre	Sin estudios	4,500	0,920	2,690	6,310
	Estudios primarios	6,742	0,425	5,906	7,578
	Secundarios 1ª etapa	7,012	0,464	6,098	7,926
	Secundarios 2ª etapa	8,270	0,404	7,475	9,065
	Superiores/universitarios	8,467	0,720	7,049	9,884
Mujer	Sin estudios	7,867	0,766	6,359	9,374
	Estudios primarios	7,372	0,260	6,861	7,884
	Secundarios 1ª etapa	7,758	0,271	7,224	8,291
	Secundarios 2ª etapa	7,284	0,299	6,696	7,872
	Superiores/universitarios	8,125	0,435	7,268	8,982

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 2,656; Sig. 0,033; Gl. 4).

Al combinar sexo y nivel educativo, según muestra la tabla 12, aunque para los dos sexos se sigue observando que un mayor nivel educativo se corresponde con un mayor grado de conocimiento de los síntomas de la enfermedad covid-19, son las mujeres las que manifiestan un mejor conocimiento de la sintomatología, siendo sus puntuaciones bastante más homogéneas que las masculinas. De hecho, para los niveles educativos más bajos, el grado de conocimiento de los síntomas de la enfermedad covid-19 por parte de los varones resulta bastante más bajo que el correspondiente al colectivo femenino con estudios primarios o sin estudios.

Tabla 13. Comparación de medias para P17. ¿Conoce cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad? (siendo 1 los desconozco y 10 los conozco perfectamente) según origen y nivel educativo

Origen	Nivel educativo	Media	Desv. error	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Español	Sin estudios	8,800	0,823	7,181	10,000
	Estudios primarios	7,308	0,302	6,714	7,902
	Secundarios 1ª etapa	7,728	0,361	7,017	8,438
	Secundarios 2ª etapa	7,019	0,399	6,234	7,805
	Superiores/universitarios	8,000	0,523	6,971	9,029
Extranjero	Sin estudios	3,333	0,840	1,681	4,986
	Estudios primarios	6,806	0,396	6,027	7,585
	Secundarios 1ª etapa	7,139	0,339	6,471	7,807
	Secundarios 2ª etapa	8,411	0,280	7,859	8,963
	Superiores/universitarios	8,667	0,552	7,581	9,753

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 2,811; Sig. 0,026; Gl. 4).

Los datos recogidos en la tabla 13 distinguen las medias entre españoles y extranjeros según el nivel educativo, en relación con la pregunta sobre el conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19. En el caso de los españoles las puntuaciones son más homogéneas, situándose entre los 8,8 puntos de aquellos que no tienen estudios y los 7,019 de los que poseen estudios secundarios superiores; sin que se observe, dentro de este origen, una tendencia clara que dé pie a afirmar que el nivel de estudios aumenta o disminuye el conocimiento de los síntomas de esta patología. Sin embargo, entre los extranjeros, sí parece que la educación es un factor significativo de cara al grado de conocimiento de los síntomas, con una amplia diferencia entre la puntuación más alta de los que tiene un mayor nivel académico (8,667) y el menor valor registrado por los que carecen de estudios (3,333).

Por otro lado, la comparación de medias entre grupos de edad y nivel de estudios en relación con la afirmación de que son las personas mayores y las personas con patologías previas a las que afecta más la enfermedad covid-19, se muestra en la tabla 14.

Tabla 14. Comparación de medias para P19. De las siguientes afirmaciones indique su grado de desacuerdo o acuerdo (siendo 1 nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) según grupo de edad y nivel educativo

Origen	Nivel educativo	Media	Desv. error	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite inferior
18-25 años	Sin estudios	1,000	1,634	-2,215	4,215
	Estudios primarios	3,375	0,553	2,287	4,463
	Secundarios 1ª etapa	2,336	0,358	1,632	3,041
	Secundarios 2ª etapa	1,767	0,315	1,147	2,386
	Superiores/universitarios	1,583	0,720	0,166	3,001
26-35 años	Sin estudios	1,000	1,634	-2,215	4,215
	Estudios primarios	1,146	0,486	0,189	2,103
	Secundarios 1ª etapa	1,754	0,395	0,977	2,532
	Secundarios 2ª etapa	1,440	0,406	0,641	2,239
	Superiores/universitarios	1,778	0,588	0,620	2,935
36-45 años	Sin estudios	1,000	0,832	-0,637	2,637
	Estudios primarios	1,420	0,494	0,447	2,392
	Secundarios 1ª etapa	1,442	0,395	0,664	2,219
	Secundarios 2ª etapa	1,899	0,448	1,018	2,780
	Superiores/universitarios	1,354	0,624	0,126	2,582
46-55 años	Sin estudios	3,000	1,155	0,726	5,274
	Estudios primarios	1,803	0,486	0,847	2,759
	Secundarios 1ª etapa	1,479	0,476	0,541	2,417
	Secundarios 2ª etapa	1,405	0,683	0,061	2,748
	Superiores/universitarios	2,500	0,882	0,764	4,236
56-65 años	Sin estudios	5,500	1,155	3,226	7,774
	Estudios primarios	1,750	0,447	0,869	2,631
	Secundarios 1ª etapa	2,000	0,770	0,484	3,516
	Secundarios 2ª etapa	1,000	0,617	-0,215	2,215
	Superiores/universitarios	1,000	1,634	-2,215	4,215

19.2. El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 1,744; Sig. 0,038; Gl. 16).

Con independencia del nivel de estudios, los jóvenes entre 18-25 años es el grupo que manifiesta un menor grado de acuerdo con la afirmación de que la enfermedad covid-19 afecta únicamente a personas mayores y enfermos. Si se establece una relación entre nivel de estudios y edad, los que en mayor medida consideran que esta enfermedad solo afecta a estos dos grupos vulnerables, corresponde a aquellos de entre 56-65 años sin estudios (5,50).

Tabla 15. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel educativo	Media	Desviación error	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite inferior
Sin estudios	2,593	0,800	1,018	4,167
Estudios primarios	3,370	0,338	2,705	4,034
Secundarios primera etapa	4,063	0,338	3,398	4,727
Secundarios superiores	3,581	0,331	2,931	4,232
Superiores/universitarios	1,923	0,522	0,895	2,951

P24.1. En el trayecto al lugar de trabajo.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 3,131; Sig. 0,015; Gl. 4).

El riesgo percibido a contraer la enfermedad covid-19 durante el trayecto al trabajo muestra una tendencia alcista entre las categorías estudios primarios y estudios secundarios superiores (tabla 15). Sin embargo, los grupos que menor puntuación obtienen se colocan en los externos. Por un lado, aquellas personas sin estudios (2,593) y, por otro, en menor medida, los que tienen estudios superiores (1,923). El resto tienen puntuaciones más o menos cercanas. Siendo el de personas con estudios secundarios de primera etapa el que mayor media alcanza (4,063).

Tabla 16. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y origen

Sexo	Origen	Media	Desviación error	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite inferior
Hombre	Español	2,916	0,417	2,095	3,737
	Extranjero	3,033	0,515	2,020	4,046
Mujer	Español	2,725	0,357	2,022	3,427
	Extranjero	4,208	0,258	3,700	4,717

P24.1. En el trayecto al lugar de trabajo.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 4,431; Sig. 0,036; Gl. 1).

En la tabla 16 se muestran los resultados de las medias por sexo y origen en relación con el riesgo percibido de contraer covid-19 en el trayecto al trabajo. En él se aprecia que el sexo no es una variable que determine mayor media. No obstante, esto sí que sucede con el origen. Puesto que, los extranjeros de ambos sexos manifiestan mayor percepción del riesgo yendo al trabajo. Dentro de este grupo son las mujeres las que obtienen medias más elevadas (4,208) frente a los varones (3,033). En el caso de los españoles las medias según sexos se encuentran próximas, aunque son ligeramente superiores en el caso de los hombres.

Tabla 17. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según sexo y nivel educativo

Sexo	Nivel educativo	Media	Desv. error	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Hombre	Sin estudios	6,000	1,126	3,783	8,217
	Estudios primarios	5,342	0,520	4,318	6,366
	Secundarios 1ª etapa	4,833	0,569	3,714	5,953
	Secundarios 2ª etapa	5,675	0,495	4,701	6,648
	Superiores/universitarios	6,400	0,882	4,664	8,136
Mujer	Sin estudios	5,867	0,938	4,021	7,713
	Estudios primarios	6,601	0,318	5,974	7,227
	Secundarios 1ª etapa	6,674	0,332	6,021	7,328
	Secundarios 2ª etapa	7,269	0,366	6,549	7,990
	Superiores/universitarios	5,771	0,533	4,722	6,820

P24.5. En parques y jardines.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 3,152; Sig. 0,015; Gl. 4).

La tabla 17 contiene las medias para el riesgo percibido en parques y jardines según sexo y nivel educativo. No se aprecia en ninguno de los sexos que el nivel educativo guarde una relación progresiva y directa con la percepción del riesgo en estos lugares de ocio. Entre los hombres los que poseen una media más elevada son el grupo de universitarios (6,400) seguidos por aquellos sin estudios (6,000). Esto contrasta, con una media más baja, con quienes alcanzan estudios secundarios de primera etapa (4,833). En el caso de las mujeres, esta relación directa, entre riesgo de contagio y nivel educativo, tampoco se manifiesta, ya que las medias son muy similares para las mujeres sin estudios y las universitarias. Por último, cabe destacar que salvo en el caso de los hombres sin estudios y aquellos con estudios universitarios, en el resto de categorías son las mujeres las que obtienen mayor percepción del riesgo de contraer la enfermedad en parques y jardines.

Las mujeres perciben en mayor media el riesgo en parques y jardines en todos los tramos de edad en comparación con los varones (tabla 18). Solo en el grupo de 56-65 años esta relación se invierte. Salvo en el tramo de 26-35 años, donde son las españolas las que en mayor medida perciben riesgo de contagio en estos lugares, en el resto de categorías son las extranjeras las de mayor media.

Tabla 18. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupos de edad, sexo y origen

Grupo de edad	Sexo	Origen	Media	Desviación	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite inferior
18-25 años	Hombre	Español	6,472	0,751	4,994	7,950
		Extranjero	4,833	0,891	3,081	6,586
	Mujer	Española	6,483	0,496	5,507	7,459
		Extranjera	7,476	0,532	6,429	8,524
26-35 años	Hombre	Español	5,767	0,657	4,474	7,059
		Extranjero	5,167	0,709	3,772	6,562
	Mujer	Española	6,637	0,645	5,368	7,905
		Extranjera	6,139	0,525	5,106	7,172
36-45 años	Hombre	Español	4,889	0,945	3,029	6,749
		Extranjero	6,125	1,054	4,051	8,199
	Mujer	Española	6,317	0,616	5,104	7,529
		Extranjera	6,507	0,353	5,812	7,201
46-55 años	Hombre	Español	5,062	0,845	3,400	6,725
		Extranjero	6,500	1,380	3,785	9,215
	Mujer	Española	5,834	0,819	4,223	7,446
		Extranjera	6,980	0,382	6,228	7,732
56-65 años	Hombre	Español	5,667	1,301	3,107	8,227
		Extranjero	4,500	1,593	1,364	7,636
	Mujer	Española	5,333	0,920	3,523	7,144
		Extranjera	7,582	0,765	6,077	9,087

P24.5. En parques y jardines.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 3,026; Sig. 0,018; Gl. 4).

En la tabla 19 se aprecia que el grupo de menor edad (18-25 años) es aquel que percibe menor riesgo de contraer covid-19 en bares y cafeterías (7,424). En el lado opuesto, se sitúa el grupo de mayor edad (56-65 años) con 8,610 puntos. Así, entre ambas medias, la distancia es de 1,186 puntos. El resto de grupos se sitúa con medias similares, dentro de la franja de los ocho puntos.

Tabla 19. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según grupos de edad

Edad por grupos	Media	Desviación	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite inferior
18-25 años	7,424	0,260	6,913	7,935
26-35 años	8,161	0,250	7,670	8,653
36-45 años	8,180	0,276	7,637	8,722
46-55 años	8,157	0,311	7,544	8,769
56-65 años	8,610	0,390	7,843	9,378

P24.5. En bares y cafeterías.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 2,477; Sig. 0,044; Gl. 4).

El riesgo en bares y cafeterías también sube cuanto mayor es el nivel de estudios (tabla 20). No obstante, el grupo que puntúa más alto es el de aquellos con secundaria superior (8,651). Según estas medias habría una gran distancia entre las personas sin estudios (6,519) y el resto, estas últimas se sitúan en medias en torno al ocho, sin grandes variaciones. La distancia entre el valor más alto y el más bajo es de más de dos puntos.

Tabla 20. Comparación de medias para P24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel educativo	Media	Desviación	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite inferior
Sin estudios	6,519	0,546	5,444	7,594
Estudios primarios	8,157	0,230	7,703	8,611
Secundarios primera etapa	8,305	0,231	7,851	8,759
Secundarios superiores	8,651	0,226	8,206	9,095
Superiores/universitarios	8,006	0,357	7,304	8,709

P24.5. En bares y cafeterías.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 3,186; Sig. 0,014; Gl. 4).

De nuevo, en la tabla 21, se aprecia que existe una tendencia al alza en los valores medios de aquellas personas que afirman que existe mayor riesgo de contraer la enfermedad en casa de otros familiares, conforme aumenta el nivel educativo. Según estas puntuaciones habría una gran distancia entre las personas sin estudios (3,556) y las que tienen estudios universitarios (6,846), con una distancia de 3,29 puntos. Sin embargo, las diferencias entre el resto de categorías, aun siendo significativas, no se manifiestan tan abrumadoras.

Tabla 21. Comparación de medias para P.24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (siendo 1 muy poco riesgo y 10 riesgo muy alto) según nivel educativo

Nivel educativo	Media	Desviación	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite inferior
Sin estudios	3,556	0,787	2,008	5,104
Estudios primarios	6,029	0,332	5,376	6,682
Secundarios primera etapa	6,639	0,332	5,986	7,293
Secundarios superiores	6,578	0,325	5,938	7,217
Superiores/universitarios	6,846	0,514	5,835	7,857

P24.8. En casa de otros familiares.

Resultado prueba inter-sujetos para este grupo de variables (F. 3,652; Sig. 0,006; Gl. 4).

Por último, al observar al grupo de encuestados que comunicarían a determinadas personas el tener síntomas de covid-19, o el haber mantenido contacto con alguna persona contagiada, se aprecia que la comunicación de esta información guarda relación con el grado de proximidad que estas

personas tienen entre sí. Así, se omite la comunicación en los casos de vecinos (88 síntomas; 89 contacto), compañeros (23 en ambos casos) y amigos (13).

Estas categorías (aquellos que no comunicarían ni síntomas, ni contacto de riesgo) se han sometido a un análisis de correspondencias múltiples y no se ha apreciado relación entre estas y las variables sexo, origen y educación.

Del mismo modo, se ha procedido a un análisis de medias entre estas categorías con las preguntas referidas a lugares y percepción de riesgo y, nuevamente, no se aprecian disparidades significativas en las puntuaciones medias. Y salvo en el caso de la comunicación a los vecinos, en el resto de grupos (aquellos que negarían la comunicación) el número de casos es tan bajo que no permite darle una verosimilitud estadística.

La Organización Mundial de la Salud declara el 11 de marzo de 2020 la situación de pandemia, derivada del avance de contagios de la enfermedad covid-19. A nivel mundial, a 31 de enero de 2021, se superan los cien millones de contagios y los dos millones de fallecidos. España se acerca a los tres millones de personas contagiadas y a los 60 mil fallecidos, siendo la situación por autonomías muy dispar, y encontrándose la Región de Murcia en una posición intermedia, aunque con elevadas tasas de incidencia acumulada en algunos municipios, como es el caso de Totana.

En septiembre de 2020 se inicia en esta localidad un proyecto de intervención comunitaria promovido por el Servicio Murciano de Salud y ejecutado por el CORECAAS (Coordinación regional estratégica para la cronicidad avanzada y la atención sociosanitaria). En este marco de intervención se considera apropiada la colaboración del Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia, con objeto de realizar un estudio de campo que analice las situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica que se concentran en la población de Totana y sus vínculos con las altas tasas de contagio. La investigación desarrolla una metodología mixta, combinando tres fuentes de información primarias: la encuesta, a trabajadores y trabajadoras de una empresa local frutícola; la entrevista en profundidad, a hogares en especial situación de riesgo social; y un grupo de discusión con profesionales de distintas áreas de intervención (social, laboral, salud, seguridad y protección).

Se concluye que la vulnerabilidad es el resultado de dinámicas sociales donde confluyen múltiples desventajas en distintos ámbitos, siendo los de mayor riesgo en Totana el laboral-económico y el residencial; a lo que se añade, para la población extranjera, una menor red de apoyo familiar y/o situaciones de irregularidad. Esta elevada vulnerabilidad conlleva importantes repercusiones, sociales e individuales, que generan inseguridad y pobreza estructural en ciertos colectivos, dificultando las posibilidades de prevención y/o aislamiento. El estudio ofrece una serie de propuestas para reducir los riesgos de contagio derivados de las deficientes condiciones sociales, destacando la importancia de aplicar abordajes comunitarios, con intervenciones holísticas, desde distintas áreas (rentas, salud, empleo o vivienda), que permitan coordinar las actuaciones de los diferentes niveles territoriales (nacional, regional y local).



Región de Murcia
Consejería de Salud



CORECAAS

Coordinación regional estratégica para la cronicidad avanzada y la atención sociosanitaria



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

