

# Desigualdades socioeconómicas y COVID-19: el virus sí entiende de clase sociales\*

Amaia Bacigalupe y Unai Martín



Al igual que ocurrió con la pandemia de gripe de 1918, cien años después la COVID-19 vuelve a dibujar el mapa de la desigualdad en las condiciones de vida y su impacto en la salud en diversos países.

---

**Cita sugerida:** BACIGALUPE, A. MARTIN, U. (2022) **Desigualdades socioeconómicas y COVID-19: el virus sí entiende de clase sociales.**

OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/desigualdades-sociales-en-salud/>



## Introducción: Entender la pandemia como sindemia

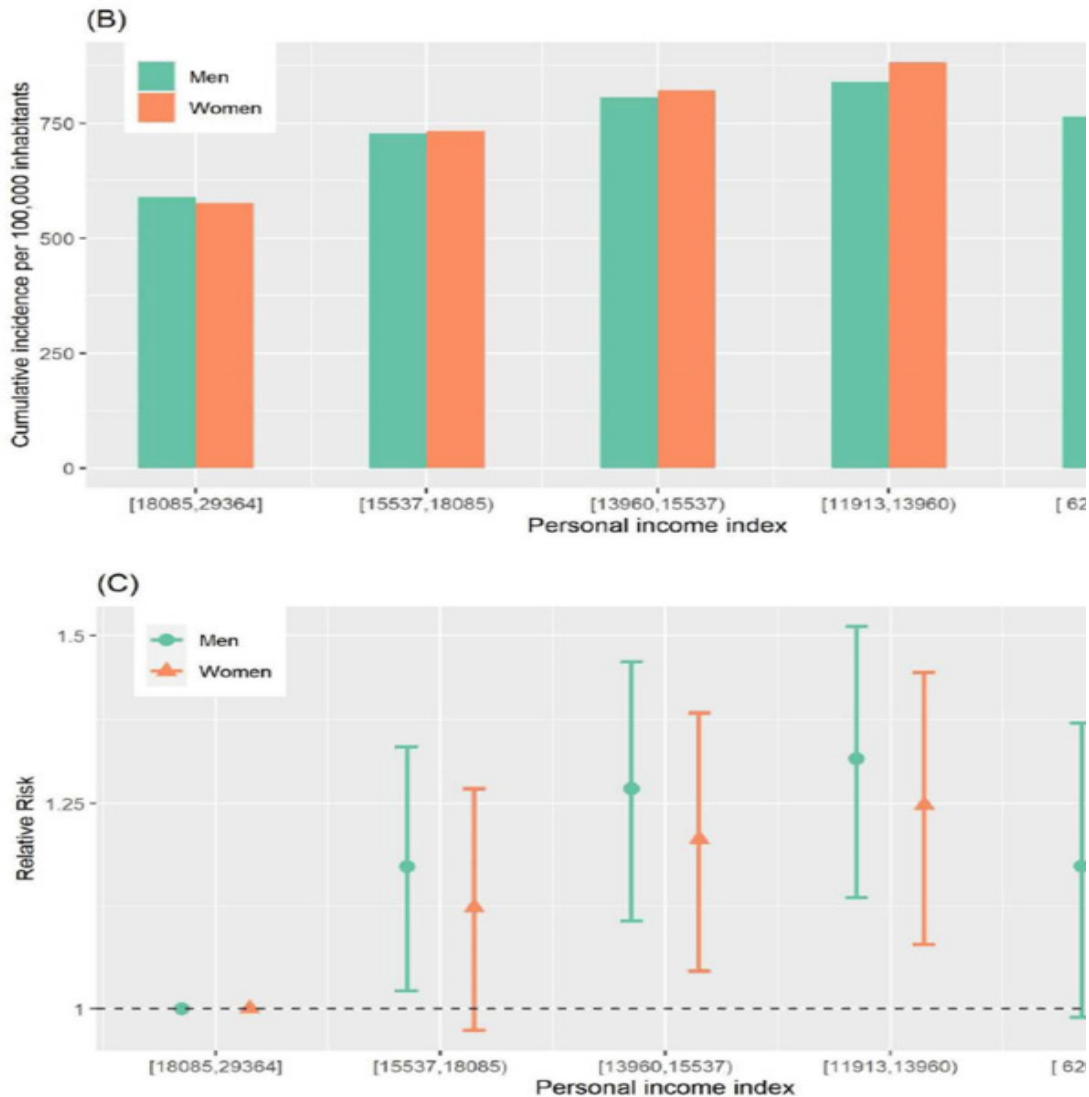
Al igual que ocurrió con la pandemia de gripe de 1918, cien años después la COVID-19 vuelve a dibujar el mapa de la desigualdad en las condiciones de vida y su impacto en la salud en diversos países. Tras dos años desde el inicio de la pandemia por COVID-19, se ha ido publicando abundante literatura que permite describirla como una sindemia. Pero, ¿qué significa este término y qué implicaciones tiene para comprender adecuadamente el origen e impacto desigual de la misma en los diferentes grupos sociales? El antropólogo médico Merrill Singer describió que las diversas enfermedades o condiciones adversas de salud de tipo epidémico, no ocurren de forma aislada, sino que interaccionan entre sí, produciendo efectos negativos multiplicativos sobre las personas que los sufren de forma simultánea. En el caso de la actual pandemia, esto se traduciría en que existen dos categorías de enfermedades –**la COVID-19 y otra serie de enfermedades crónicas que, a su vez, son factores de gravedad de la COVID-19- que interactúan, y que al presentar todas ellas un gradiente por nivel socioeconómico, exacerban los efectos adversos de cada una de ellas en un contexto de profunda desigualdad social** (1). Singer destacó que las raíces últimas de las sindemias se sitúan en la violencia estructural generada por el contexto sociopolítico de cada sociedad, que expone a diversos grupos sociales en posiciones de vulnerabilidad o de directa exclusión social a riesgos directos sobre su salud.

Por tanto, la concurrencia de todas estas características hace que la pandemia de la COVID-19 se haya convertido en una forma extrema de sindemia, una pan-sindemia (3), a la que se debe dar respuesta rechazando concepciones exclusivamente biologicista. Pandemias previas como las de SARS, Zika o Ébola ya mostraron patrones desiguales en su incidencia, siendo los brotes más frecuentes en las poblaciones más desfavorecidas, con infraestructuras más deficientes o con limitado acceso a servicios sanitarios de calidad. Las narrativas políticas ligadas a estas pandemias también fueron, sin embargo, absolutamente miopes, con mensajes carentes de un marco de análisis de desigualdad, y tendentes a la culpabilización de las poblaciones más desfavorecidas (4).

## ¿Qué sabemos en nuestro contexto acerca de las desigualdades socioeconómicas en la incidencia de la COVID-19?

A partir de una búsqueda de estudios (tanto artículos científicos como informes de las administraciones públicas) publicados hasta julio de 2021 sobre desigualdades socioeconómicas en los contagios y el pronóstico de la COVID-19 en España, podría decirse que la mayor parte de los estudios mostraron un gradiente socioeconómico por el cual en las áreas socioeconómicamente más desfavorecidas – según renta (11-15) o índices compuestos( 8,16,17,18) se registraron incidencias de COVID-19 más elevadas. La magnitud de las desigualdades fue diversa dependiendo de la unidad de análisis, lo que no permite comparaciones precisas entre estudios. **En Bizkaia, por ejemplo, la incidencia fue un 20% superior en el quintil de secciones censales más desfavorecido al comienzo de la pandemia** (8). En Barcelona, se observó una tasa de incidencia acumulada 2,5 veces mayor en el distrito socioeconómicamente más desfavorecido<sup>15</sup> y un 42% mayor en el quintil más desfavorecido<sup>14</sup>. (figura 1).

**Figura 1.** Incidencia acumulada de COVID-19 por 100.000 habitantes para cada grupo de renta (basado en índice de renta personal en euros) y sexo, y Riesgo relativo para cada grupo de ingresos y sexo. 1 de marzo - 15 de julio de 2020, Barcelona ciudad.



Respecto a las diferencias entre la primera y segunda ola, que fueron las que habían sido analizadas por los estudios, **se observa un cierto aumento de las desigualdades, especialmente entre las mujeres** (8,11). Con datos del distrito sanitario de Sevilla, un informe describió que, mientras en la primera ola no se observaron desigualdades o la incidencia fue superior en áreas correspondientes a los centros de salud de mayor nivel socioeconómico, durante la segunda ola las áreas de menor nivel registraron más de un 50% más de incidencia (18). Hay que considerar, sin embargo, la limitada comparabilidad entre olas, debido a que la información proveniente de la primera se basaba, fundamentalmente, en los casos hospitalizados o de personas trabajadoras en los servicios sanitarios. La extensión de las pruebas diagnósticas PCR a partir de la segunda ola permitió realizar análisis con un enfoque poblacional.

A pesar de este patrón relativamente consistente en relación a la influencia de la desigualdad socioeconómica sobre la incidencia, hay que destacar que **el único estudio de base individual que analizó la presencia de anticuerpos**

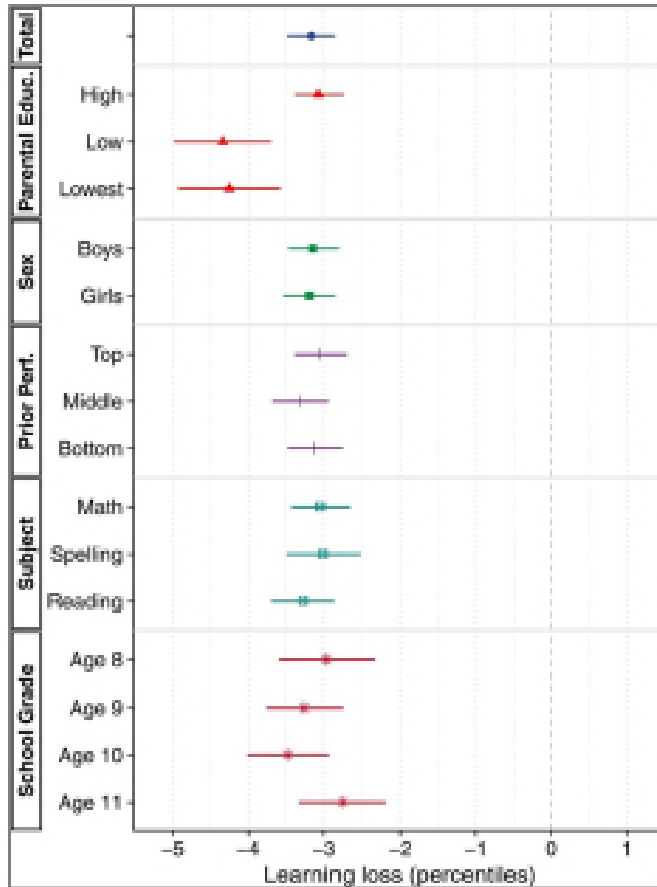
**en la población española –Estudio ENECOVID–, sólo halló desigualdades según la nacionalidad, con mayor prevalencia en personas extranjeras (9,19).**

En relación a las hospitalizaciones y la mortalidad por COVID-19, los resultados apuntaron nuevamente a que las tasas aumentaban a medida que lo hacía la privación socioeconómica (10-16).

### **¿Y qué sabemos del impacto que está teniendo la pandemia sobre las desigualdades en salud?**

La COVID-19 también está teniendo un impacto en las desigualdades en salud a través de las medidas que se han ido adoptando para su gestión. En España, varios estudios han mostrado, por ejemplo, que **el confinamiento domiciliario estricto de 2020 impactó negativamente sobre la salud mental de la población y sobre diferentes determinantes sociales de la salud, y que este impacto fue mayor en las personas de clases más desfavorecidas (20-22)**. Las medidas de distanciamiento social y **reducción de la actividad y la movilidad han impactado enormemente en la situación económica y el mercado laboral. Este impacto fue mayor en las personas con trabajos menos cualificados (23), que se han concentrado en mayor medida en los sectores económicos más afectados por la pandemia y con menor posibilidad de teletrabajar**. Un estudio mostró que, en España, la posibilidad de teletrabajar era más de tres veces mayor en las personas con estudios universitarios que en las personas que no habían superado el bachiller (24). Asimismo, pese a la importancia de haber implementado los ERTE (expedientes de regulación temporal de empleo) (25), estos han cubierto menos a la población trabajadora más precaria, reproduciendo la dualidad del mercado laboral (23). Un estudio con datos de mayo y noviembre de 2020 mostró que la pérdida de renta durante la pandemia fue mayor cuanto menor era la renta en periodo pre-pandemia (26).

El cierre del sistema educativo fue otra de las medidas con un impacto desigual en la salud y el bienestar de la infancia y adolescencia (27). En relación a las desigualdades generadas sobre los resultados académicos, se ha mostrado en Países Bajos (con un sistema de educación pública universal y muy bien dotado y con un alto nivel de digitalización en los hogares) que el impacto negativo de las ocho semanas de cierre en el aprendizaje fue un 60% mayor en familias más desfavorecidas<sup>28</sup> (Figura 2). En España, diversos estudios han descrito **importantes desigualdades en las oportunidades de aprendizaje y condiciones para el seguimiento de las clases durante el periodo de cierre escolar y de confinamiento domiciliario**, debido, en parte, a la **brecha digital** existente (29). La reapertura de las escuelas durante las fases sucesivas de la pandemia tuvo efectos positivos en la socialización y la salud física y mental de las criaturas, sobre todo para la infancia más desfavorecida (30). En relación con los cambios que introdujo la pandemia en el sistema sanitario público en relación a la **atención telemática**, resultados preliminares parecen mostrar que han podido **aumentar las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria** (31).

**Figura 2.** Estimaciones de pérdida de aprendizaje por subgrupos de población. Países Bajos, 2020

## Conclusiones

Tal y como recogen diferentes marcos conceptuales para entender los factores explicativos de estas desigualdades en la incidencia y pronóstico de la COVID-19, las oportunidades desiguales de protegerse contra el virus que generan los determinantes sociales de la salud, explicarían tales resultados<sup>6</sup> Las condiciones inadecuadas de las viviendas y la aglomeración de personas en las mismas, las condiciones de trabajo precarias, con derechos laborales limitados, la imposibilidad de aislamiento real, y los mayores desplazamientos de grupos sociales más desaventajados, podrían estar detrás de las desigualdades descritas. Asimismo, el pronóstico negativo de la enfermedad aumenta en poblaciones con un estado de salud deteriorado y con problemas crónicos preexistentes, siendo la probabilidad de padecer estas condiciones inversamente proporcionales al nivel socioeconómico (2).

Por todo ello, la **gestión de la presente pandemia y de posibles futuras debería incorporar actuaciones que mitiguen la acción de los determinantes sociales de la salud**, para lo cual es indispensable garantizar, en primer lugar, sistemas de monitorización e investigación con perspectiva de equidad que permitan vigilar la posible aparición o aumento de desigualdades en salud asociadas, en este caso, a la COVID-19. Además, las administraciones deberán implementar actuaciones concretas que incidan sobre los determinantes sociales mencionados, así como impulsar marcos de comprensión e interpretación de la pandemia que dejen de priorizar la responsabilidad individual y sus

causas más inmediatas, y que, en cambio, ponga la atención en los factores estructurales sociopolíticos que la han condicionado, tal y como se ha puesto de relieve en este documento.

*\* Este documento es la síntesis del artículo publicado Bacigalupe A et al. Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe Sespas 2022. Gaceta Sanitaria 2022*