



## EDITORIAL

## Las desigualdades de la COVID-19 como reto en la gestión sanitaria

### COVID-19 inequalities as a challenge for healthcare management

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel

*Catedrática de Universidad de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Recibido el 5 de julio de 2021; aceptado el 6 de julio de 2021

Las epidemias tienen consecuencias a corto y a largo plazo sobre las desigualdades socioeconómicas. La peste negra mató a la tercera parte de la población europea en la Edad Media. Fue más letal para los pobres que para los ricos, que consiguieron ponerse a buen recaudo fuera de las ciudades. Como consecuencia, en la post-pandemia escaseó la mano de obra y aumentaron las retribuciones de los trabajadores, reduciéndose la desigualdad en renta<sup>1</sup>.

Pero esta pandemia COVID, a diferencia de la peste negra, está generando nuevas desigualdades y amplificando algunas de las preexistentes<sup>2</sup>; desigualdades económicas, de salud y en el acceso a la sanidad. Frente a la tradición inglesa de analizar sistemáticamente las desigualdades sociales en salud, siendo el Black Report<sup>3</sup> y el informe Marmot<sup>4</sup> ejemplos bien conocidos, en España permanecen invisibles, en parte por la falta de indicadores que se incorporen de forma sistemática a los sistemas de información sanitaria.

#### Desigualdades COVID entre países y dentro de los países

La pandemia COVID-19 está afectando desigualmente a los países, más a los de renta baja, y dentro de cada país, más a los grupos socioeconómicamente vulnerables. El número de fallecidos en el mundo por COVID-19 podría multiplicar

casi por tres las cifras oficiales<sup>5</sup>, y los fallecidos invisibles no están repartidos al azar por el planeta, sino que se concentran en los países pobres. De ahí que la vacunación en esos países sea prioritaria desde la perspectiva de la salud global. Además, es extremadamente coste-efectiva<sup>6</sup>. Sin embargo, las desigualdades en los ritmos de la vacunación entre países, muy relacionadas con las diferencias de renta y propulsadas por el nacionalismo vacunal, no parece que tengan solución a corto plazo a pesar de iniciativas como la Covax y las propuestas de suspensión temporal de las patentes<sup>7</sup>.

Dentro de los países, la carga de la enfermedad es muy variable por zonas. En España hemos perdido algo más de un año de esperanza de vida al nacer en 2020 respecto al trienio previo (1,2 años los hombres, 1,1 las mujeres), pero unas provincias no han sufrido disminución mientras que otras han perdido hasta 3,5 años (caso de los hombres en Segovia)<sup>8</sup>.

Con datos de más de 17 millones de personas, el 40% de todos los pacientes con historia clínica registrada en atención primaria en el National Health Service (NHS) inglés, un estudio ha encontrado que la privación es un factor independiente de riesgo de fallecimiento asociado a la COVID-19, de gran impacto y muy significativo<sup>9</sup>. En Francia, el impacto de la pandemia sobre la mortalidad es el doble en los municipios más pobres, según un estudio todavía en pre-print<sup>10</sup>. Las peores condiciones de la vivienda y los riesgos ocupacionales más altos estarían asociados al 60% de las diferencias observadas entre municipios ricos y pobres.

Correo electrónico: [bvalcarcel@dmc.ulpgc.es](mailto:bvalcarcel@dmc.ulpgc.es)

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.07.001>

2603-6479/© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.



La COVID ha castigado más, en las ciudades españolas, a los barrios más desiguales y de menor renta. En la ciudad de Barcelona, un estudio ecológico demuestra que en el invierno-primavera de 2020 ha habido una altísima asociación entre el nivel económico del distrito y la tasa de incidencia estandarizada por edad<sup>11</sup>. El coeficiente de correlación de rangos de Spearman vale 0,83, y el distrito más pobre ha tenido 2,5 veces la incidencia del más rico.

## Desigualdades económicas, distribución de la renta y políticas públicas

Una encuesta global de Gallup realizada entre julio de 2020 y marzo de 2021 a más de 300.000 personas de 117 países pone en evidencia que las familias de menor renta y nivel educativo bajo han sido afectadas por la COVID desproporcionadamente más que el resto, y que los países más igualitarios han sabido proteger mejor a sus ciudadanos vulnerables. Comparando el primer quintil de renta (los más pobres) con el quinto (los más ricos) dentro de cada país, globalmente han perdido el trabajo durante ese año el 41% de los trabajadores del primer grupo frente al 23% del segundo<sup>12</sup>.

En España, un efecto inmediato de la aparición de la COVID-19 ha sido que las desigualdades económicas se amplificaron. El índice de Gini, que mide la desigualdad en la distribución de la renta, experimentó un aumento repentino en marzo-abril de 2020, según un proyecto de investigación que analiza los microdatos de las nóminas pagadas a través del mayor banco del país<sup>13</sup>. El índice antes de las transferencias públicas aumentó 11,38 puntos respecto a febrero.

Afortunadamente, las políticas públicas, diametralmente opuestas a las de la gran crisis anterior de 2008, están consiguiendo reducir las desigualdades en renta por la vía de las transferencias, del gasto público y de las exenciones de impuestos. Así, el índice de Gini de la renta disponible después de impuestos, que incorpora las subvenciones, sólo aumentó en España 2,92 puntos en aquellos meses de marzo-abril de 2020. Para hacernos una idea de la escala del aumento, el índice de Gini en el mundo oscila entre 25 -en los países nórdicos, más igualitarios- y alrededor de 60 en la República de Sudáfrica. España, con un Gini alrededor de 33, está entre los países más desiguales de la UE<sup>14</sup>.

Las medidas de apoyo económico a los trabajadores y empresas -ERTES, subvenciones, créditos en condiciones ventajosas, ingreso mínimo vital (IMV)- han sido amortiguadores importantísimos de la desigualdad económica durante la pandemia COVID, si bien ha habido y hay problemas prácticos en la aplicación de algunas de esas herramientas, y en particular del IMV<sup>15</sup>, con un porcentaje muy bajo de solicitudes aceptadas y aplicadas respecto al total de las recibidas. Para poner el esfuerzo económico público en perspectiva, conviene señalar que de los casi 50.000 millones de euros de gasto público asociado a la COVID-19 en España en 2020, el 44% se destinó a ERTES y apenas el 1% a IMV. La sanidad representó en torno al 20% de dicho gasto<sup>16</sup>.

## Sindemia, COVID-19 y los determinantes sociales de la salud

Hay, pues, evidencia clara de que los determinantes sociales no sanitarios de la salud están detrás de las enormes diferencias entre grupos poblacionales en la incidencia, gravedad y mortalidad asociada a la COVID-19. Hasta se ha propuesto hablar de sindemia<sup>17</sup> y no de pandemia para caracterizar la situación actual<sup>18</sup>. Un informe del Ministerio de sanidad analiza el problema con detalle y en profundidad<sup>19</sup>.

Pero también hay desigualdades causadas por el propio sistema sanitario, que son menos visibles pero no menos importantes. Los profesionales sanitarios y los gestores deberían conocerlas. A ellas dedicamos el siguiente apartado.

## Las desigualdades en el sistema sanitario

El propio sistema sanitario podría estar contribuyendo al aumento de las desigualdades, en parte como efecto secundario de la digitalización y el avance tecnológico. Un ejemplo es la vacunación en la ciudad de Barcelona. Aunque es un programa público y gratuito, con criterios de acceso claros por rango de edad (y por tanto, de riesgo), en la ciudad de Barcelona el ritmo de vacunación en el arranque de la campaña ha sido mayor en los barrios ricos<sup>20</sup>. Las causas de este hecho podrían estar relacionadas con las destrezas digitales para concertar citas, con el coste de oportunidad del tiempo (dejar de trabajar y de cobrar por ir a vacunarse, dejar de cuidar a hijos y padres) y del acceso (distancia y tiempo) al centro de vacunación.

En los hospitales españoles se recogen de forma rutinaria y sistemática cada vez más datos clínicos de los pacientes, y los cuadros de mando de los gerentes incorporan más y más indicadores. Pero paradójicamente, no se recogen datos que permitan medir desigualdades socioeconómicas en el acceso, el uso y los resultados en salud por nivel socioeconómico y según características que pudieran ser fuentes de desigualdad, como la condición de inmigrante o de minoría étnica o cultural. Tampoco hay información en los cuadros de mando sobre posibles desigualdades socioeconómicas en los efectos adversos de la atención sanitaria, ni el movimiento de seguridad del paciente ha incorporado esa dimensión.

Las desigualdades sociales en el acceso efectivo a la atención sanitaria podrían estar ampliándose en la medida en que la red pública esté fallando en tiempo de atención para resolver problemas de salud. Las listas de espera durante la primavera 2020 ni siquiera llegaron a reflejar la falta de acceso de los pacientes invisibles, que necesitaban atención pero estaban fuera del radar del sistema sanitario público. En la medida en que las clases medias buscan acceso a la atención sanitaria en el aseguramiento sanitario privado, se generan nuevos problemas de desigualdades sociales en salud, que es preciso monitorizar a nivel macro, pero también en la mesogestión.

El reto para la gestión y para la seguridad del paciente ahora es hacer visible el problema de las desigualdades sociales en el acceso, el uso y la calidad de la atención sanitaria, mediante la monitorización de nuevos indicadores, sobre todo en los hospitales. Es un reto relevante porque la digitalización, que es mucho más que la telemedicina,

puede expulsar hacia los márgenes del sistema a las personas menos preparadas para la *e-health*, que ya son particularmente vulnerables, bien por su condición socioeconómica y educativa o por su edad. Así que la digitalización es un arma de doble filo, es el motor del progreso y de la transformación productiva, por una parte, pero a la vez pone en riesgo de exclusión sanitaria a nuevos grupos de personas.

## Bibliografía

- Alfani G. Economic Inequality in Preindustrial Times: Europe and Beyond. *Journal of Economic Literature*. 2021;59(1):3–44. Disponible en: <https://doi.org/10.1257/jel.20191449> [consultado 3/07/2021].
- Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*. 2020;5(5):e240. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2) [consultado 3/07/2021].
- Townsend PB, Whitehead M, Davidson N. *Inequalities in Health: The Black Report & the Health Divide* (new third edition). Penguin Books Ltd; 1992. Disponible en: <https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/inequalities-in-health-the-black-report-amp-the-health-divide-new> [consultado 3/07/2021].
- Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*. 1997;44(6):901–10. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00194-3) [consultado 3/07/2021].
- The Economist. Ten million reasons to vaccinate the world. 2021 (15 mayo). Disponible en: <https://www.economist.com/leaders/2021/05/15/ten-million-reasons-to-vaccinate-the-world>. [consultado 3/07/2021].
- Castillo JC, Ahuja A, Athey S, Baker A, Budish E, Chipty T, et al. Market design to accelerate COVID-19 vaccine supply. *Science*. 2021;371(6534):1107–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.abg0889> [consultado 3/07/2021].
- Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Ortun-Rubio V, Peiró S. A propósito de las vacunas Covid-19: Innovación, acceso y rol de las patentes. Documentos AES 2021. Número 1. Informe técnico AES.
- Trias-Llimós S, Blanes A, Franco M, Bilal U, Riffe T. Declines in life expectancy following the COVID-19 pandemic in provinces of Spain. *MedRxiv*. 2021.04.15.21255545. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2021.04.15.21255545>. [consultado 3/07/2021].
- Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020;584:430–6, 7821; Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4> [consultado 3/07/2021].
- Brandily P, Brébion C, Briole S, Khoury L. A Poorly Understood Disease? The Unequal Distribution of Excess Mortality Due to COVID-19 Across French Municipalities\*. *MedRxiv*. 2020; 2020.07.09.20149955. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20149955>. [consultado 3/07/2021].
- Baena-Díez JM, Barroso M, Cordeiro-Coelho SI, Díaz JL, Grau M. Impact of COVID-19 outbreak by income: Hitting hardest the most deprived. *Journal of Public Health*. 2020;42(4):698–703.
- Rothwell J. How Social Class Affects Covid-Related Layoffs Worldwide. *The New York Times*. (2021, May 3). Disponible en: <https://www.nytimes.com/2021/05/03/upshot/covid-layoffs-worldwide.html>. [consultado 3/07/2021].
- Aspachs O, Durante R, Graziano A, Mestres J, Reynal-Querol M, Montalvo JG. Tracking the impact of COVID-19 on economic inequality at high frequency. *PLOS ONE*. 2021;16(3):e0249121. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249121> [consultado 3/07/2021].
- EUROSTAT. Gini coefficient of equivalised disposable income—EU-SILC survey—Products Datasets—Eurostat. 2021. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc\\_di12](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_di12). [consultado 3/07/2021].
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM). Informe GTM sobre desigualdades y la COVID-19. (2021).
- AIREF. Informe sobre los presupuestos iniciales de las Administraciones Públicas 2021. Disponible en: <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2021/04/PRESUPUESTOS-INICIALES/Informe-Presupuestos-Iniciales-2021.pdf> [consultado 3/07/2021].
- Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 2017;389(10072):941–50. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X) [consultado 3/07/2021].
- Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6) [consultado 3/07/2021].
- Ministerio de Sanidad. (2020). Equidad en Salud y COVID-19. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/COVID19\\_EquidadSalud.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/COVID19_EquidadSalud.htm). [consultado 3/07/2021].
- Rodríguez P, Oliveres V. La vacunación también va por barrios. *Diario.Es*. Disponible en: [https://www.eldiario.es/catalunya/vacunacion-barríos-mapa-barcelona-muestra-diferencias-ricos-pobres.1\\_7953642.html](https://www.eldiario.es/catalunya/vacunacion-barríos-mapa-barcelona-muestra-diferencias-ricos-pobres.1_7953642.html) [consultado 3/07/2021].