

La desigualdad social es la peor pandemia

El coronavirus es una "constelación de epidemias"

Casi todas las enfermedades interactúan dentro de un contexto social caracterizado vez por la pobreza y desigualdades sociales crecientes. También en el caso de la COVID-19 observamos cómo la **confluencia simultánea de numerosos determinantes sociales** como las condiciones de empleo y trabajo (donde se incluye el trabajo doméstico y de cuidados), la riqueza y su distribución, la accesibilidad y condiciones de vivienda, el tipo de transporte y movilidad, los servicios disponibles (incluyendo los sanitarios y sociales), y el entorno ambiental, entre otras, generan peores los indicadores de salud en las áreas geográficas y grupos sociales con menos recursos y mayor privación material. Todos esos factores conforman las condiciones de vida y trabajo de la gente, en lo que se suele llamar **determinantes sociales de la salud y la equidad**. Esos determinantes inciden en los grupos sociales caracterizados según su **clase social, género, etnicidad, situación migratoria y lugar donde se vive**, y son las causas fundamentales que explican tanto las acusadas diferencias observadas en la incidencia de enfermedad y la mortalidad producida por el coronavirus. Como ha señalado el historiador y urbanista Mike Davis, el coronavirus es **una "constelación de epidemias"**¹ generada por factores socioeconómicos y sanitarios **estrechamente interrelacionados que sinérgicamente aumentan la probabilidad de ser contagiado, enfermar y morir.**²

Para entender adecuadamente el impacto de la COVID-19, debemos cambiar el concepto de "vulnerabilidad" por el de "**determinación social de la desigualdad de la salud**".³ Por ejemplo, las clases trabajadoras más precarizadas se desplazan desde el extrarradio hasta el centro para realizar los servicios de limpieza, mantenimiento, reparto, cuidados, etc. Este es un factor determinante, aunque no el único, que explica por qué los brotes de la pandemia no se distribuyen aleatoriamente sino que se concentran en los barrios más pobres de ciudades como Madrid o Barcelona. Por ejemplo, el mayor riesgo de contagio que sufren grupos de población precarizados, como son lxs obrerxs, migrantes y mujeres, a causa de la posibilidad o no de teletrabajar, la sobrecarga laboral y doméstica que padecen tantas mujeres, no poder mantener la distancia social y cambiar con frecuencia mascarillas, vivir en lugares hacinados, desplazarse de forma poco segura, o sencillamente no poder permitirse una atención sanitaria y de cuidados con la suficiente calidad. Además, fruto en gran parte de sus condiciones sociales previas, estos grupos sufren también más factores de riesgo y enfermedades (hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedades del corazón, etc.), lo cual les hace más susceptibles a que el coronavirus produzca un impacto sanitario más grave. Junto a todo ello, la COVID-19 configura también la ampliamente conocida existencia de **un gradiente social de la desigualdad de salud**, es decir, a

¹ Davis M. *Llega el monstruo. COVID-19, gripe aviar y las plagas del capitalismo*. Madrid: Capitán Swing, 2020.

² Es por ello que, ante la COVID-19, diversos investigadores científicos, más que hablar de pandemia hablan de "sindemia". Ver, por ejemplo: Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020;396(10255):874.

³ Benach J. *La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades*. Barcelona: Icaria, 2020.

medida que empeora la situación socioeconómica de los grupos sociales y los barrios, también empeora gradualmente su salud.⁴

La desigualdad social amplifica la desigualdad pandémica

España es uno de los países más desiguales de la UE-15. La fuerte brecha entre ricos y pobres tiene mucho que ver con la especial estructura productiva del país (centrada en los sectores de la construcción, inmobiliario y turístico), unas **políticas redistributivas y estado del bienestar débiles, y un mercado laboral y de vivienda altamente precarizados**. Tras la Gran Recesión de 2008, la “recuperación económica” de 2014 a 2019 se vio acompañada de una pobreza y precariedad cada vez más estructural, especialmente entre unos jóvenes, mujeres, migrantes y clases populares que sufren unos altos niveles de pobreza, desempleo, precarización laboral, desahucios, exclusión social, servicios sociales deficientes, etc.⁵ Durante esos mismos años, las políticas de austeridad neoliberal impulsadas por las elites capitalistas españolas⁶ con el apoyo y connivencia de la UE y las grandes instituciones internacionales (FMI, BM, OCDE), **mercantilizaron cada vez más los servicios sociales, la sanidad y la educación**. Por ejemplo, en 2019 solo Rumanía tenía una tasa de trabajadores pobres más alta que España en toda la UE,⁷ y a principios de 2020, antes de empezar la pandemia, el relator de Naciones Unidas Philip Alston señaló que España era un “país roto” que había abandonado a las personas en situación de pobreza y que no tomaba en serio los derechos sociales.⁸

El “shock pandémico” ha empeorado la situación haciendo que “llueva sobre mojado.”⁹ Según la Organización Mundial del Trabajo (OIT), en la segunda mitad de 2020 **España fue el país de Europa donde más aumentó la desigualdad salarial (57%)** debido a la pandemia hasta alcanzar una ratio de 36,1 entre el decil más alto y el más bajo.¹⁰ La causa fue sobre todo la

⁴ Benach J, Muntaner C. *Aprender a mirar la salud*. Barcelona. Viejo Topo. 2005.

⁵ Entre 2000 y 2010 España construyó más viviendas que Alemania, Italia, Gran Bretaña y Francia juntas llegando a generar 3,4 millones de viviendas vacías, un tercio de toda Europa. El mercado de la vivienda sigue controlado por oligarquías inmobiliarias (bancos, especuladores y fondos de inversión como Blackstone que ya es el principal casero) que generaron una burbuja hipotecaria y después una del alquiler. Actualmente un 38% de las familias españolas dedican más de un 40% de sus ingresos a pagar su alquiler. Ver: Benach J, Jódar P, Alòs R. “La civilización del malestar: precarización del trabajo y efectos sociales y de salud.” *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 2020(150):23-43.

⁶ Recio Andreu A. “Las élites capitalistas españolas entre dos crisis”. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*. 2020;151:23-33.

⁷ Instituto de Economía de Barcelona (IEB) / Instituto de Estudios Fiscales (IEF). “La pobreza en España y Europa: efectos del COVID-19”, IEB Report 4/2020.

⁸ Alston añadió que había asentamientos cuyas condiciones “rivalizan con las peores que ha visto en cualquier parte del mundo”, y también áreas que, por su escasez de servicios, centros de salud, empleo, carreteras o electricidad, “muchos españoles no reconocerían como partes de su propio país”. Ver: Declaración del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Philip Alston, sobre la conclusión de su visita oficial a España, 27-01 a 07-02, 7 febrero 2020. Accesible: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25524&LangID=S>

⁹ Por cada euro que ha dejado de ingresar el 10% de personas más ricas, el 10% con menos ingresos ha perdido siete. Una de las peticiones de Oxfam Intermón al Gobierno pasa por ampliar el número de hogares que perciben el Ingreso Mínimo Vital (solo ha llegado a 160.000 hogares necesitados). En cambio, los ERTE, han evitado que más de 710.000 personas cayeran en la pobreza. Ver: Oxfam Internacional. 'El virus de la desigualdad' 25 enero de 2021. Accesible en: <https://www.oxfam.org/es/informes/el-virus-de-la-desigualdad>

¹⁰ Tras Portugal, España es el segundo país de Europa que más masa salarial ha perdido (12,7%) por la pandemia, con una mayor reducción en la masa salarial de los trabajadores que cobran por debajo de la media. Los

pérdida de empleo y reducción de horas de trabajo que se vieron más afectadas por las restricciones, sobre todo en el caso de las mujeres. Se estima que la pobreza ha aumentado en un millón de personas hasta alcanzar casi 11 millones de personas (23% de la población) que sobreviven con poco más de 700 euros al mes, muchos de los cuales están en una situación de pobreza extrema (11% de la población) con menos de 500 euros mensuales. Los colectivos más afectados por la pobreza son las personas sin hogar, trabajadorxs en la economía sumergida, hogares pobres con infantes, y colectivos como los migrantes (57% pobres), especialmente 300.000 personas sin papeles, las mujeres (57% de las personas subempleadas y 73% de quienes trabajan a tiempo parcial), y los jóvenes menores de 20 años (55% de desempleo). Por ejemplo, en Catalunya una de cada 5 personas (1,5 millones de personas) necesitó la ayuda de Cruz Roja para comer en algún momento del “año pandémico” (inicio marzo 2020 a finales febrero 2021). La mitad de los atendidos perdió su empleo, un 15% sufrió alguna enfermedad, la mitad siente malestar emocional, mientras que sólo el 16% percibe el Ingreso Mínimo Vital o la Renta Garantizada de Ciudadanía.¹¹ Enric Morist, coordinador de la Cruz Roja en Catalunya, se ha referido a las sucesivas olas de pobreza pandémicas señalando que *“lo que estamos viviendo solo es comparable con la posguerra”*,¹² mientras que el presidente de la misma entidad, Josep Quitet, ha apuntado que los 74 centros de distribución de alimentos, son auténticas *“UCI sociales”*.

Necesitamos una “vacuna social”

La COVID-19 es un problema global de salud pública, económico y social cuyos efectos a medio y largo apenas si empezamos a conocer. A nivel global, la pandemia ha amplificado las desigualdades de gran parte de la población que ya antes del coronavirus sufría una pandemia de desigualdad, y especialmente a la población de los países más empobrecidos del mundo, cuyos sistemas de salud son muy débiles, y cuya población muere cotidianamente de todo tipo de enfermedades evitables. La rápida y exitosa creación de vacunas no nos debe hacer olvidar que **la pandemia es un espejo de cómo funciona la geopolítica mundial y el capitalismo neoliberal**. Si dejamos de lado la siempre imprescindible necesidad de realizar una gestión eficiente en los procesos nacionales y globales, la vacunación no es sobre todo

expedientes de regulación temporal del empleo (ERTE), mediante el cual el estado asume el pago del 70% del sueldo del trabajador/a, han compensado la caída de las retribuciones salariales en un 40% en España (en el resto de Europa ha sido un 51%). Ver: Organización Internacional del Trabajo (OIT). Informe Mundial sobre Salarios 2020-2021: Los salarios y el salario mínimo en tiempos de la COVID-19. Ginebra: OIT, 2 diciembre 2020. Accesible en: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-wage-report/2020/WCMS_762317/lang-es/index.htm

¹¹ La Cruz Roja española ha atendido en un año alrededor de 1,3 millones de personas, movilizandoo 67.000 voluntarios e invirtiendo 108 millones de euros. En Catalunya, tras un fuerte aumento en la demanda de alimentos, en agosto de 2020, 123.000 personas se hallaban en las “colas del hambre” de Cruz Roja para recoger alimentos, medicamentos o productos higiénicos para sus familias. A finales de febrero de 2021, esa cifra alcanzó las 416.000. La mitad de los afectados son hogares con uno o dos hijos, que tenían empleo, en un 60% de los cuales uno o los dos progenitores perdieron su empleo. La mitad de los desempleados refieren que su situación se debe a la pandemia, un 60% de los cuales no percibe ninguna ayuda, seguro de desempleo ni ERTE. Ver: Creu Roja Catalunya. L’Observatori. 2 informe. “Impacto del COVI-19 en colectivos vulnerables.” 03-03-21. Accesible en: <http://www.creuroja.org/AP/SearchResult.aspx?id=139&vle=1438@-@&fld=25253.24767,24793&lng=1>

¹² Elisenda Colell. “Cruz Roja atiende a casi medio millón de catalanes en seis meses, cuatro veces más que en verano.” El Periódico, 03-03-21. Accesible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210303/cruz-roja-triplica-ayuda-coronavirus-11555094>

un tema científico o sanitario sino geopolítico. A mediados de marzo de 2021, se habían puesto en el mundo unas 330 millones de vacunas (apenas 4,5 dosis por cada 100 personas), pero en muchos países no había aún ningún vacunado. ¿Por qué? Pues porque, aunque las inversiones en la investigación de vacunas son básicamente públicas, su producción y comercialización está en manos privadas debido al acuerdo de 1995 sobre "Derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio" de la OMC (TRIPS), que impone los intereses de las multinacionales farmacéuticas sobre los estados, sobre todo del sur global, dependientes de las patentes y licencias sobre productos, vacunas y fármacos. La geopolítica sanitaria que impone el complejo médico farmacéutico financiero global (*Big Pharma*), defiende sus intereses con una gran influencia sobre los estados, controla el consumo masivo de fármacos y tecnologías sanitarias y genera enormes beneficios. La India, Sudáfrica y 90 países más han tratado de suspender los acuerdos de propiedad durante la pandemia, pero la Unión Europea, EE.UU. y otros países anglosajones se opusieron. El director de la OMS afirmó que *"el mundo está al borde de un fracaso moral catastrófico" que "se pagará con las vidas de los países más pobres"*. Añadiendo que *"si no podemos hacer exenciones durante tiempos difíciles y bajo condiciones sin precedentes, ¿entonces cuando?"*.¹³

Los ejemplos del poder corporativo son numerosos.¹⁴ Por ejemplo, el 60% de la financiación de la Alianza para las Vacunas (GAVI) proviene de las corporaciones farmacéuticas y de donantes de países ricos que, al estar presentes en los comités de expertos, defienden los intereses de la industria. Por su parte, el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 (COVAX)¹⁵ de la OMS junto con la GAVI y la CEPI hace que los derechos de "patentes" de las vacunas sigan una lógica mercantil, por lo que sólo suministran vacunas en forma limitada en los países pobres, y no como "un derecho", sino como **una forma geopolítica caritativa de tipo neocolonial donde los países compiten por separado para conseguir cuotas de dosis**. No es extraño pues, que la inmensa mayoría de vacunas disponibles hayan ido a parar a los países occidentales ricos. Es fundamental democratizar la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad. Y para hacer esto, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes, cree una asociación de países del sur con la soberanía para producir y distribuir vacunas para todos. **La democratización de la vacunación, convirtiéndola en un bien común de toda la humanidad, sería la "vacuna social" más efectiva**. Lo que está en juego son dos visiones del mundo la de los oligopolios

¹³ Ver: Tedros Adhanom Ghebreyesus. "WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board". World Health Organization. 18 de enero de 2021. Accesible en: ; La OMS pide al Consejo de Seguridad que aborde la exención de propiedad intelectual de las vacunas COVID-19, 27 febrero de 2021. Accesible en: <https://reliefweb.int/report/world/la-oms-pide-al-consejo-de-seguridad-que-aborde-la-exenci-n-de-propiedad-intelectual-de>

¹⁴ La "Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias" (CEPI) creada en el año 2015 por el Foro Económico de Davos con la ayuda de la Fundación Gates y el Fondo Wellcome Trust (un fondo de la corporación GlaxoSmithKline), anunció un plan de vacunación global. Cabe decir también que el 80% del presupuesto de la propia OMS depende de donaciones y no de los Estados (la Fundación Gates por ejemplo paga el 90% de su programa de medicamentos), lo que muestra su grado de dependencia de los intereses de la industria y medios privados. Ver: CLACSO. Las vacunas como bien público global y cuestión de soberanía sanitaria regional. Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria. Febrero 2021. Accesible en: <https://www.clacso.org/las-vacunas-como-bien-publico-global-y-cuestion-de-soberania-sanitaria-regional/>

¹⁵ Tal como está concebido, COVAX será un ejercicio filantrópico que no aborda las causas fundamentales de la mala repartición de las vacunas, de la falta de transparencia del sistema y de los oligopolios de la industria farmacéutica que impiden una producción a escala mundial.

farmacéuticos o la democratización de una producción nacional sanitaria descentralizada y con soberanía. Para ello, habrá que generar una respuesta geopolítica que libere las patentes, y crear una asociación de países del sur con soberanía para producir y distribuir vacunas para todos.¹⁶

Algunas propuestas en la creación de un nuevo modelo de salud pública

La pandemia no es la causa sino sólo el detonante en unos casos, y el acelerador en otros, de procesos en marcha que muchos no han querido ver. Más pronto o más tarde se frenará la pandemia, pero si no se corrigen las causas políticas, sanitarias y ecológicas profundas que la han originado, así como las grandes desigualdades sociales existentes que **amplifican de forma sistémica sus consecuencias**, las desigualdades de salud seguirán afectando a **poblaciones que, más que ser “vulnerables”, han sido “vulneradas”**.¹⁷ Es un espejo que nos devuelve nuestra propia imagen como sociedad y, al tiempo, una lupa que agranda nuestros problemas y puntos débiles.¹⁸ En los últimos decenios, el sistema nacional de salud español ha mostrado avances muy notables pero también muchos problemas y limitaciones, la mayor parte de las cuales se deben a las políticas de “austeridad” y recortes, la mercantilización de la sanidad y un modelo de salud medicalizado y hospitalocéntrico.¹⁹ Para hacer frente a los principales retos que hay que afrontar, hay que partir de varias ideas esenciales: 1) la salud y la enfermedad son fenómenos bio-psico-sociales, donde los factores ecosociales (laborales, ambientales, económicos, culturales y políticos) juegan un papel esencial; 2) la sanidad y el derecho a la salud deben ser bienes comunes y no mercancías al alcance de quienes la puedan comprar; y 3) las intervenciones sociosanitarias debe ser a la vez efectivas, equitativas y con calidad, tanto humana como sanitariamente: tratamiento, vigilancia, prevención, protección y promoción.

Para lograr esas metas, hay que cambiar profundamente el actual modelo sanitario, generando una sanidad pública (en la propiedad, provisión, gestión y evaluación de servicios) que ofrezca un servicio universal y equitativo, gratuito (pagado con impuestos y sin “repagos”), humano, no medicalizador, de calidad y centrado en la atención primaria y comunitaria, los cuidados, las desigualdades, los determinantes sociales de la salud y la salud pública. Un sistema donde lxs trabajadorxs (enfermería, médicos, auxiliares administrativos y enfermería, técnicos en medicina, servicios de limpieza, etc.) tengan buenas condiciones laborales, controlado y gestionado de manera pública y

¹⁶ A más poder de los países ricos, más vacunas, más inmunización y menos muertes. Se estima que los contratos de las farmacéuticas con naciones africanas sólo permitirán la inmunización del 30% de africanos en 2021. Sin embargo, algunos ejemplos que pueden ir en otra dirección incluyen: la distribución de vacunas fabricadas en la India (el país que más en fabrica), el desarrollo de la vacuna cubana “Soberana 02” por el Instituto de Vacunas Finlay para la población, turistas y otros países como Vietnam, Irán, Pakistán, India, Venezuela, Bolivia y Nicaragua en lo que se llamado la “vacuna del ALBA”. Ver: Frederick F. “Cuba’s Contributions in the Fight Against the COVID-19 Pandemic.” The Bulletin, 11 marzo 2021. Accesible en: <https://socialistproject.ca/2021/03/cuba-contribution-fight-against-covid19/#more>

¹⁷ Pericàs JM, Benach J. “Las políticas para afrontar la pandemia pueden mejorar la salud pero aumentar las desigualdades.” Ctxt, 30 de septiembre de 2020. Accesible en: <https://ctxt.es/es/20200901/Firmas/33549/politicas-publicas-confinamientos-desigualdad-salud-juan-pericas-joan-benach.htm>

¹⁸ Coscubiela J. *La pandemia del capitalismo*. Barcelona: Península, 2021.

¹⁹ Joan Benach. “El Sistema Nacional de Salud español: ¿Cómo se originó? ¿Qué logró? ¿A dónde debería ir?” Sin Permiso, 29 enero 2018. Accesible en: <https://www.sinpermiso.info/textos/el-sistema-nacional-de-salud-espanol-como-se-origino-que-logro-a-donde-deberia-ir>

democrática, y con la mayor participación comunitaria posible en una población más educada y empoderada. Con todo ello, en forma muy esquemática, enunciamos algunos de sus principales retos:

1. Aumentar notablemente el gasto en el sistema de salud, eliminando la subfinanciación crónica del sistema, con un modelo de sistema no mercantilizado y más transparente y democrático.
2. Desprivatizar y desmercantilizar la sanidad, creando un sistema integralmente público, de calidad, y centrado en el bien común.
3. Desprecarizar las condiciones de empleo y trabajo de todos los profesionales.
4. Priorizar la atención primaria y comunitaria, y el sector sociosanitario y de cuidados.
5. Aumentar las inversiones en salud pública, en prevención de la enfermedad, vigilancia y promoción de la salud, y los determinantes sociales de la salud y la equidad.
6. Aumentar las inversiones y políticas preventivas, en especial por lo que hace a la salud laboral, ambiental, mental y del sector de cuidados, entre otros.
7. Ofrecer a los profesionales sanitarios una educación y formación continuada, más integral y humanística, independiente de la industria farmacéutica.
8. Desmedicalizar muchos procesos sanitarios dañinos (iatrogenia), aplicar las intervenciones y la tecnología de forma más humana y mesurada, hacer su evaluación de forma independiente.
9. Realizar un enfoque de “salud en todas las políticas”, con un sistema de evaluación que valore integralmente las políticas de salud y de reducción de las desigualdades.
10. Desarrollar un sistema de información y vigilancia sociosanitario integral, capaz de entender y vigilar de forma democrática el conjunto bio-psico-social de la salud poblacional.
11. Invertir en investigación biomédica, pero en especial en los problemas de salud pública, con una mayor participación social y comunitaria.
12. Desarrollar un sistema de salud con un nivel mayor de democracia, transparencia y participación popular.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
Abril de 2021

Autor: Joan Benach²⁰

²⁰ Joan Benach, profesor, investigador y salubrista del Grup Recerca Desigualtats en Salut (Greds-Emconet, UPF); JHU-UPF Public Policy Center; Departament de Ciències Polítiques i Socials (Sociologia, UPF). Joan Benach colabora en el Grupo de Investigación Transdisciplinar sobre Transiciones Socioecológicas, (GinTrans², UAM).