

Informe del GTM¹ sobre Desigualdades y Covid-19

23 de febrero de 2021

1. Introducción y resumen ejecutivo

En consonancia con la literatura científica de las desigualdades sociales en salud, en este informe estudiamos las desigualdades asociadas con la pandemia de Covid-19, centrándonos sobre todo en aquéllas que pueden considerarse injustas y evitables. Por ejemplo, aunque la edad avanzada es el principal factor de riesgo para la gravedad de la Covid-19, la edad por sí misma no es una fuente de desigualdad de interés en este informe porque no es modificable. Lo mismo ocurre con el riesgo asociado a factores genéticos. Sí lo es, en cambio, la situación de mayor vulnerabilidad de los ancianos en residencias por problemas de logística, organización o gestión de la epidemia, porque es evitable.

El impacto de la Covid-19 es muy desigual en personas con diferente nivel socioeconómico. La condición socioeconómica afecta a la probabilidad de exposición al virus y al riesgo de contagio, a la gravedad de la enfermedad en caso de contagio y a los resultados en salud (mortalidad, morbilidad y secuelas a largo plazo). Este informe comienza analizando estas desigualdades directas en la salud, para a continuación describir las desigualdades indirectas derivadas de las consecuencias económicas de la pandemia sobre el trabajo, la renta y el bienestar. Finalmente, proponemos una serie de medidas que podrían ayudar a mitigar las desiguales consecuencias de la Covid-19.

Las personas de condición socioeconómica desfavorecida y grupos vulnerables están sujetas a mayor probabilidad de contagio por su mayor exposición al virus. Esta mayor exposición se debe en parte a su situación laboral: dificultad para teletrabajar, ocupaciones donde se trabaja en mayor proximidad, y condiciones laborales precarias que generan preocupación de perder el trabajo en caso de baja y condicionan a asumir más riesgos. También influye el usar habitualmente el transporte público y vivir en barrios con mayor incidencia (por agregación de los mayores riesgos individuales), en viviendas menos espaciosas y con frecuente convivencia intergeneracional.

Además de las desigualdades según condición socioeconómica y zona geográfica, hay otras muy relevantes en España que afectan a las personas institucionalizadas en residencias de ancianos, centros de internamiento de migrantes y prisiones, y en especial a los más vulnerables dentro de estos colectivos (como las personas con demencia y los más desfavorecidos socioeconómicamente).

En caso de contagio, la gravedad de la Covid-19 está asociada a determinadas comorbilidades. Estas enfermedades que influyen en la gravedad de la Covid-19 presentan

¹El Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) asesora y apoya al Ministerio de Ciencia e Innovación en materias científicas relacionadas con la Covid-19 y sus consecuencias futuras. El GTM está compuesto por: José M. Ordovás (Presidente), Mariano Esteban, Rocío García-Retamero, Beatriz González López-Valcárcel, Alfonso Gordaliza, Marco Inzitari, Pedro Jordano, Itziar de Lecuona, Laura M. Lechuga, Ramón López de Mántaras, José Molero, Agustín Portela, Diego Puga, José Javier Ramasco, Francisco Sánchez-Madrid y Alfonso Valencia. Enric Banda actúa como observador, y María Sol Serrano Alonso como secretaria. Todos los componentes del GTM colaboran de forma desinteresada con el Ministerio de Ciencia e Innovación.



un gradiente socioeconómico muy significativo en España, por lo que generan desigualdad adicional para los más desfavorecidos. En algunos casos, al gradiente socioeconómico se superpone la desigualdad de género. Además, la pobreza pone en riesgo el estado de salud general de las personas, es decir, sin tener en cuenta morbilidades específicas.

Otras necesidades sanitarias se han desatendido durante la primera oleada de la de la Covid-19 para liberar recursos (camas de planta y en UCI) ante un posible empeoramiento de la incidencia. En la medida en que las personas de condición socioeconómica desfavorecida sufren proporcionalmente más esas enfermedades, se producen desigualdades sociales en salud adicionales. Los mayores en residencias también pueden haber tenido un menor acceso a recursos para pacientes agudos o intensivos. La difusión acelerada de las consultas telemáticas en diversos formatos mejora el acceso al médico, sobre todo en atención primaria, pero puede conllevar nuevas desigualdades asociadas a la brecha digital y a la capacidad para navegar por el sistema sanitario según nivel educativo y socioeconómico.

La crisis económica ocasionada por la Covid-19 se ve provocada por una imposibilidad temporal de consumir ni producir en las condiciones habituales, debida a las restricciones de movilidad y de contacto que es necesario implementar para evitar la expansión de la pandemia y el colapso del sistema sanitario. Esto significa que los primeros sectores afectados son aquéllos cuya actividad depende en mayor medida de la presencialidad, de la movilidad y del contacto interpersonal. Este impacto inicial se transmite al resto de la economía por la caída de demanda y el deterioro de las expectativas.

Dado que los trabajadores de menor nivel socioeconómico se concentran en los sectores más directamente afectados por la pandemia y con menor posibilidad de teletrabajo, la crisis tiende a aumentar aún más las desigualdades que ya existían.

No es, por tanto, extraño que las desigualdades económicas hayan aumentado en España como consecuencia de la Covid-19. A la vez, las transferencias públicas, en particular las pensiones y prestaciones por desempleo, han contribuido significativamente a mitigar este aumento de las desigualdades.

La única manera de recuperar la economía es primero controlar la pandemia. Pero mientras mantenemos las restricciones de movilidad y contacto e implementamos las medidas sanitarias necesarias, es urgente también evitar que una situación en la que temporalmente no podemos producir ni consumir como habitualmente tenga efectos permanentes. En particular, es importante evitar que los vínculos entre empresas y trabajadores se rompan. Una herramienta clave para mitigar el aumento de las desigualdades en 2020 en España han sido los ERTE por causa de fuerza mayor. A finales de septiembre, más del 80% de los trabajadores en ERTE en España se había reincorporado a su puesto de trabajo, aunque desde entonces la cifra apenas se ha movido, por lo que parece que seguirán siendo necesarios durante más tiempo.

Los ERTE, sin embargo, no han servido para proteger a los trabajadores más precarios. En los sectores donde la parada económica ha sido mayor, los trabajadores con contratos indefinidos han pasado en gran medida a estar cubiertos por un ERTE. Los trabajadores con contratos temporales, en cambio, no los han visto renovados y muchos han pasado a una situación de desempleo. Así, la dualidad del mercado de trabajo español ha hecho que, una vez más, los trabajadores más jóvenes y desprotegidos hayan sido los más afectados. A la elevada temporalidad y corta duración de los contratos hay que añadir el uso de “falsos

autónomos”. La inestabilidad en el empleo es además particularmente acusada en sanidad y educación, dos sectores cuyos trabajadores han debido realizar un particular esfuerzo por la Covid-19.

La crisis de la Covid-19 también ha afectado a las desigualdades de género. Durante la pandemia ha aumentado sustancialmente la carga de tareas de cuidado de menores y de trabajo no remunerado en el hogar, sin apenas mejorar su reparto por género. Tanto el despegue del teletrabajo como el fuerte desarrollo de la digitalización a todos los niveles que se prevé necesario para superar la crisis también hacen especialmente relevante la perspectiva de género en el ámbito de la digitalización.

En el largo plazo, quizás el mayor impacto de la Covid-19 sobre desigualdades será en términos de desigualdades intergeneracionales. Los trabajadores más jóvenes se han visto más afectados de manera más directa en el mercado de trabajo durante la pandemia y tienen una mayor probabilidad de sufrir las secuelas permanentes de la recesión. Además, el alto coste de combatir la crisis deberá ser eventualmente costado con impuestos futuros, que también les tocará pagar a los jóvenes de hoy.

Incluso aquellos niños y jóvenes que aún no han entrado en el mercado de trabajo se verán afectados a largo plazo por el efecto de la pandemia sobre su educación. La educación en línea es un sustituto imperfecto del aprendizaje en persona. Las consecuencias de la pandemia en términos de educación son además muy desiguales según la situación socioeconómica en un mismo rango de edad, con un efecto negativo mucho más pronunciado sobre los alumnos de familias más desfavorecidas.

Las políticas públicas pueden hacer mucho durante la pandemia para mejorar la brecha de desigualdad. En el último apartado de este informe, proponemos las siguientes medidas:

1. Reducir la dualidad del mercado laboral, simplificando regulatoriamente las modalidades de contratos laborales y que el “contrato indefinido universal” sea la opción por defecto en las nuevas contrataciones.
2. Mantener e incrementar el refuerzo educativo para facilitar la recuperación de los alumnos más afectados.
3. Mejorar la estabilidad laboral y perspectivas de futuro en sectores muy feminizados.
4. Aumentar la flexibilidad inter-temporal para permitir tener periodos de menor dedicación o productividad sin efectos irreversibles sobre la carrera profesional.
5. Continuar durante unos meses más usando los ERTES por causa de fuerza mayor como herramienta para evitar que los vínculos productivos entre empresas y trabajadores se rompan.
6. Proporcionar ayudas públicas para la supervivencia de empresas potencialmente rentables en condiciones ordinarias, evitando a la vez que disminuya la competencia y las barreras de entrada a nuevas empresas.
7. Agilizar la tramitación del Ingreso Mínimo Vital, dotando a la Seguridad Social de los recursos de información, físicos y humanos para que prepare de oficio un borrador de solicitud del Ingreso Mínimo Vital para aquellas personas y familias que tengan derecho al mismo.
8. Ampliar plazos para becas y proyectos y para la incorporación de becarios y estudiantes al sistema educativo nacional.

9. Lanzar un programa ambicioso de contratación y promoción de mujeres científicas y tecnólogas en todos los niveles, articulado a través de plazas específicas o mediante incentivos a las instituciones que reduzcan la brecha de género en ciencia y tecnología.
10. Incluir en el protocolo de rastreo datos sobre las condiciones de la vivienda para el aislamiento, y facilitar, en caso necesario, cuarentenas en “arcas de Noé”.
11. Implementar medidas para disminuir el riesgo de contagio en el transporte público, en particular mediante mejoras en los sistemas de renovación del aire.
12. Emplear políticas no sanitarias (laborales, de vivienda, de medioambiente o de transporte) además de las sanitarias para conseguir salud poblacional de forma eficiente.
13. Incorporar indicadores socioeconómicos básicos en las historias clínicas, y en los cuadros de mando de los hospitales, incluyendo indicadores de acceso y utilización por subgrupos socioeconómicos y subpoblaciones vulnerables como los inmigrantes.
14. Establecer planes de recuperación de personas mayores que hayan padecido efectos adversos a largo plazo a nivel físico, cognitivo, psicológico y relacional, así como para sus cuidadores. Incluir indicadores socioeconómicos en los criterios de priorización.
15. Implementar las recomendaciones específicas sobre las personas mayores y en residencias de ancianos, así como sobre sus cuidadores, contenidas en el informe anterior del GTM sobre el impacto de la Covid-19 en personas mayores².

² Grupo de Trabajo Multidisciplinar (2020) Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias.
https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf

2. Desigualdades en morbilidad y mortalidad³

Las desigualdades sociales en salud se asocian a condiciones socioeconómicas (pobreza), laborales (desempleo o empleo precario), de fragilidad/vulnerabilidad (por la edad o condiciones previas), educativas, de género, de etnia y por la condición de migrante. El paradigma de Salud en Todas las Políticas⁴ recoge esta idea. Puesto que la salud de las personas depende en gran parte de sus determinantes sociales, que se modifican con políticas públicas no sanitarias, conseguir salud poblacional de forma eficiente requiere de políticas laborales, de vivienda, de medioambiente o de transporte. Es decir, de políticas no sanitarias además de políticas sanitarias⁵.

El paradigma de salud en todas las políticas es particularmente relevante para la Covid-19. La Covid-19 es una *sindemia*⁶. Este término fue acuñado por Merrill Singer en los 1990s y fue desarrollado en 2017⁷. Alude a las interacciones biológicas y sociales relevantes para la prognosis, el tratamiento y las políticas de salud. Las interacciones entre la biología y las desigualdades socioeconómicas agravan la susceptibilidad de una persona al virus o empeoran su estado de salud. Concluye Horton, en su reciente editorial en *Lancet*, que para tener éxito en las estrategias de contención de la Covid-19 hay que intervenir también sobre aquellas otras enfermedades no transmisibles asociadas al riesgo y la gravedad de la infección. Las políticas públicas pueden hacer mucho durante la pandemia para mejorar la brecha de desigualdad.⁸ Si, por el contrario, no se actúa sobre las desigualdades sociales, éstas se ampliarán de manera significativa y duradera, con el consiguiente perjuicio para la salud al facilitar una mayor diseminación del virus.

La ilustración 1 proporciona un esquema de las desigualdades sociales directas en salud asociadas a la epidemia. Hay gradiente social en los tres niveles numerados: (1) la exposición y riesgo de contagio, (2) la gravedad de la Covid-19 en caso de contagio, y (3) los resultados en salud (mortalidad y morbilidad, incluyendo la salud mental y secuelas a largo plazo). Además, a largo plazo aparecerán ulteriores efectos sobre la salud (indirectos) derivados de las consecuencias económicas y sobre el bienestar de esas personas y grupos poblacionales (a esas consecuencias se dedica el apartado 3 de este informe).

³ Este apartado del presente informe complementa un informe del Ministerio de Sanidad sobre equidad en salud relacionada con la Covid-19, de 29 de octubre, aprobado por la comisión de salud pública del CISNS: Ministerio de Sanidad (2020) Equidad en salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

⁴ Pinilla Domínguez J, Barber Pérez P L & González Lopez-Valcarcel B (2020) Els determinants de la salut i l'efectivitat de les polítiques de salut. *Revista Econòmica De Catalunya*.

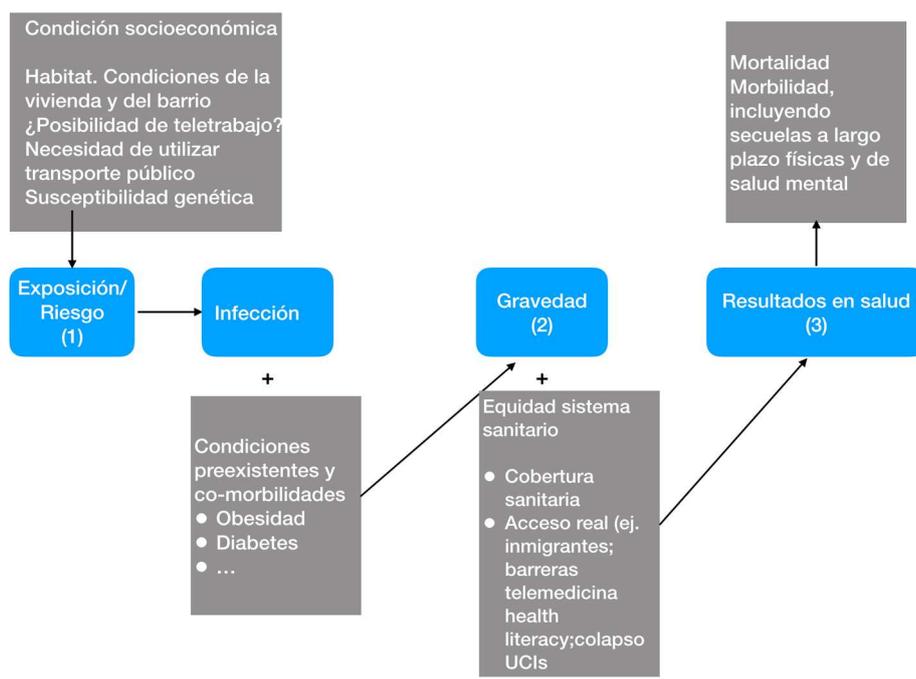
⁵ Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2015) Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf.

⁶ Horton R (2020) COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 396(10255): 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

⁷ Singer M, Bulled N, Ostrach B & Mendenhall E (2017) Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 389(10072): 941-950. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30003-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30003-x)

⁸ Bambra C, Riordan R, Ford J & Matthews F (2020) The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health* 74: 964-968. <http://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

Ilustración 1: Desigualdades sociales en salud directas de la Covid-19



2.1. Desigualdades en niveles de riesgo y exposición

Las personas y familias de condición socioeconómica desfavorecida y grupos vulnerables, como las minorías étnicas, están sujetas a mayor riesgo de contagio de Covid-19 por su mayor exposición al virus y por tanto presentan tasas de infección más altas⁹. Si bien en un primer momento pudo haber una especial incidencia entre grupos sociales más favorecidos por su mayor propensión a realizar viajes a larga distancia y entre países, muy pronto se evidenció en múltiples países que los más desfavorecidos tenían mayor riesgo de exposición y contagio.

La mayor parte de los trabajadores de cualificación e ingresos bajos no puede teletrabajar, por lo que aumenta su exposición al contagio del virus (véase apartado 3 de este informe). Además, su trabajo se produce con frecuencia en condiciones de mayor proximidad y agrupamiento que las de otros trabajos presenciales, por tanto, más favorables al contagio. A esto se añade que, cuando el empleo es precario y temporal, con riesgo de despido en caso de baja, incluso teniendo síntomas, algunos trabajadores pueden decidir no acudir al sistema sanitario a hacerse la prueba y seguir acudiendo a trabajar, con lo que aumentan el riesgo para otras personas, en su entorno y fuera de él. En la disyuntiva entre riesgo de Covid-19 y certeza de carencias materiales, muchas personas optan por el primero.

Estos incentivos perniciosos se verían agravados si los trabajadores de cara al público que hubieran pasado la Covid-19 y tuvieran certificados de anticuerpos positivos gozaran de cierta ventaja de contratación o no despido en el mercado de trabajo. En este caso, contagiarse para una persona joven y sana pudiera incluso tener un valor de mercado. Eso ocurriría, por

⁹ Jordan RE & Adab P (2020) Who is most likely to be infected with SARS-CoV-2? *Lancet Infectious Diseases* 20(9): 995-996. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30395-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30395-9)

ejemplo, durante la epidemia de fiebre amarilla en Nueva Orleans. Los trabajadores “aclimatados” (aquellos que habían pasado la enfermedad) eran los únicos que se contrataban¹⁰. Evitar estos incentivos perversos a contagiarse es una de las motivaciones para el posicionamiento de este GTM en junio de 2020 en contra de un posible pasaporte inmunológico¹¹.

Determinados colectivos como las personas sin hogar están especialmente expuestos a la infección y a sus consecuencias. También lo está la población inmigrante. En Canarias, el 90% de los casos importados han sido de migrantes llegados en cayuco o patera¹². En muchos casos se han contagiado esperando la salida en los puertos africanos, en otros durante la travesía.

Un tipo de migrantes, éstos con papeles, particularmente afectado por la mayor exposición al virus, es el de los temporeros agrícolas. Los brotes iniciales en verano tuvieron su origen en estos entornos (en especial en el caso de Aragón). Un elemento clave en la mayor exposición individual y colectiva de los temporeros agrícolas al virus han sido las malas condiciones de habitabilidad en sus alojamientos temporales¹³.

En las ciudades, los trabajadores de condición socioeconómica desfavorecida se desplazan al trabajo mayoritariamente en transporte público. Éste tiene mayor riesgo de contagio para el individuo, ya que no se puede mantener la distancia de seguridad y la ventilación es escasa (a la vez, el vehículo privado puede tener más riesgo para el resto de la sociedad, ya que los usuarios del transporte público tienden a permanecer en una única zona de destino mientras que los usuarios de vehículos privados frecuentemente se desplazan a multitud de destinos en poco tiempo¹⁴). En algunas ciudades, como Nueva York, el metro ha sido un vector importante de contagio en la primera oleada de primavera¹⁵.

Los trabajadores de condición socioeconómica desfavorecida generalmente viven en barrios donde sus vecinos están en condiciones similares y, por tanto, con mayores tasas de incidencia (por agregación de los riesgos individuales). Así, la exposición y el riesgo en el barrio es mayor que en zonas residenciales de clases medias y altas. Un estudio por códigos postales en Nueva York y Chicago mostró que los barrios más ricos, con mayor proporción de graduados universitarios, de residentes blancos y de trabajadores en puestos cualificados

¹⁰ Olivarius K (2020) The dangerous history of immunoprivilege. *New York Times*, 12 de abril. <https://www.nytimes.com/2020/04/12/opinion/coronavirus-immunity-passports.html>

¹¹ Grupo de Trabajo Multidisciplinar (2020) Posicionamiento del GTM sobre un posible pasaporte inmunológico. 3 de junio. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/gtm_pasaporte_inmunologico.pdf

¹²El Servicio Canario de Salud informa sobre los casos de Covid-19 diferenciando casos autóctonos y casos totales. La diferencia son los casos importados, agregados de turistas e inmigrantes llegados en cayuco o patera. Dado que a los turistas se les exige test de antígenos para hacer el registro de entrada en los hoteles, es posible también diferenciar entre estos últimos dos grupos, con la conclusión de que apenas ha habido casos de turistas y que el 90% de los casos importados han sido de migrantes llegados en cayuco o patera.

¹³Ministerio de Sanidad (2020) Guía para la prevención y control de la Covid-19 en las explotaciones agrícolas que vayan a contratar a temporeros. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200803.Recomendaciones_Temporeros.pdf

¹⁴ Furth S (2020) Automobiles seeded the massive coronavirus epidemic in New York City. <https://marketurbanism.com/2020/04/19/automobiles-seeded-the-massive-coronavirus-epidemic-in-new-york-city/>

¹⁵Harris J E (2020) The Subways Seeded the Massive Coronavirus Epidemic in New York City. NBER Working Paper 27021. <https://www.nber.org/papers/w27021>

presentan sistemáticamente menores tasas de incidencia. Por el contrario, los “puntos calientes” son en ambas ciudades barrios con bajos porcentajes de universitarios y alta proporción de residentes de raza negra.

En la ciudad de Barcelona, la incidencia de Covid-19 por distritos entre febrero y abril 2020 se asocia negativamente a la renta media¹⁶. De hecho, la incidencia de Covid-19 ajustada por edad era hasta 2,5 veces mayor en los distritos socioeconómicamente más deprimidos que en los de mayor renta. Madrid es una ciudad con enorme desigualdad económica¹⁷, y los distritos con áreas sanitarias sujetas a restricciones de movilidad a finales de septiembre de 2020 eran en gran medida aquellos con renta más baja así como aquellos clasificados como más vulnerables por el Ayuntamiento de Madrid¹⁸.

Las condiciones de las viviendas de los trabajadores de condición socioeconómica desfavorecida también aumentan la probabilidad de contagio dentro del hogar, en caso de que una persona del hogar se infecte. A esto contribuye el espacio más reducido y el hecho de que habitualmente haya convivencia intergeneracional (y que los jóvenes sean con mayor frecuencia asintomáticos). Las dimensiones más reducidas de las viviendas también dificultan o impiden el aislamiento (cuarentena) de los contactos estrechos de personas que han dado positivo. Así, las zonas donde hay más convivientes en relación con la superficie del hogar tienen mayor incidencia de Covid-19. Un estudio con datos individuales de residencias, desplazamientos laborales y hospitalizaciones muestra que, en Nueva York, después de un primer periodo en el que el contagio estaba intensamente asociado a desplazamientos al trabajo, una vez que las medidas de confinamiento y los despidos aumentaron el tiempo de permanencia en el domicilio, aquellos individuos que residían en edificios de más alta ocupación por metro cuadrado pasaron a tener una probabilidad significativamente más alta de ingreso hospitalario¹⁹. La densidad dentro del hogar también padece predecir mejor la incidencia que la densidad del barrio²⁰.

Además de desigualdades en riesgo de exposición y contagio entre barrios de una misma ciudad, se ha especulado también sobre una posible mayor incidencia de la Covid-19 en metrópolis muy densas que en ciudades más pequeñas y en áreas rurales.

¹⁶ Baena-Díez J M, Barroso M, Cordeiro-Coelho S I, Díaz J L & Grau M (2020) Impact of COVID-19 outbreak by income: Hitting hardest the most deprived. *Journal of Public Health* 42(4): 698–703. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa136>

¹⁷ Ramasco-Gutiérrez M, Heras-Mosteiro J, Garabato-González S, Aránguez-Ruiz E & Martín-Gil R A (2017) Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 31(5): 432-435. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.026>

¹⁸ Grasso D, Zafra M, Ferrero B, Cantón M, Peinado F & Quesada JD (2020) Covid de ricos, covid de pobres: las restricciones de la segunda ola exponen las desigualdades de Madrid. *El País*, 17 de septiembre de 2021. <https://elpais.com/espana/madrid/2020-09-16/covid-de-ricos-covid-de-pobres-las-restricciones-de-la-segunda-ola-exponen-las-desigualdades-de-madrid.html>

¹⁹ Almagro M, Coven J., Gupta A & Orane-Hutchinson A (2020) Racial disparities in frontline workers and housing crowding during COVID-19: Evidence from geolocation data. Federal Reserve Bank of Minneapolis, OIGI Working Paper 37. <https://doi.org/10.21034/iwp.37>

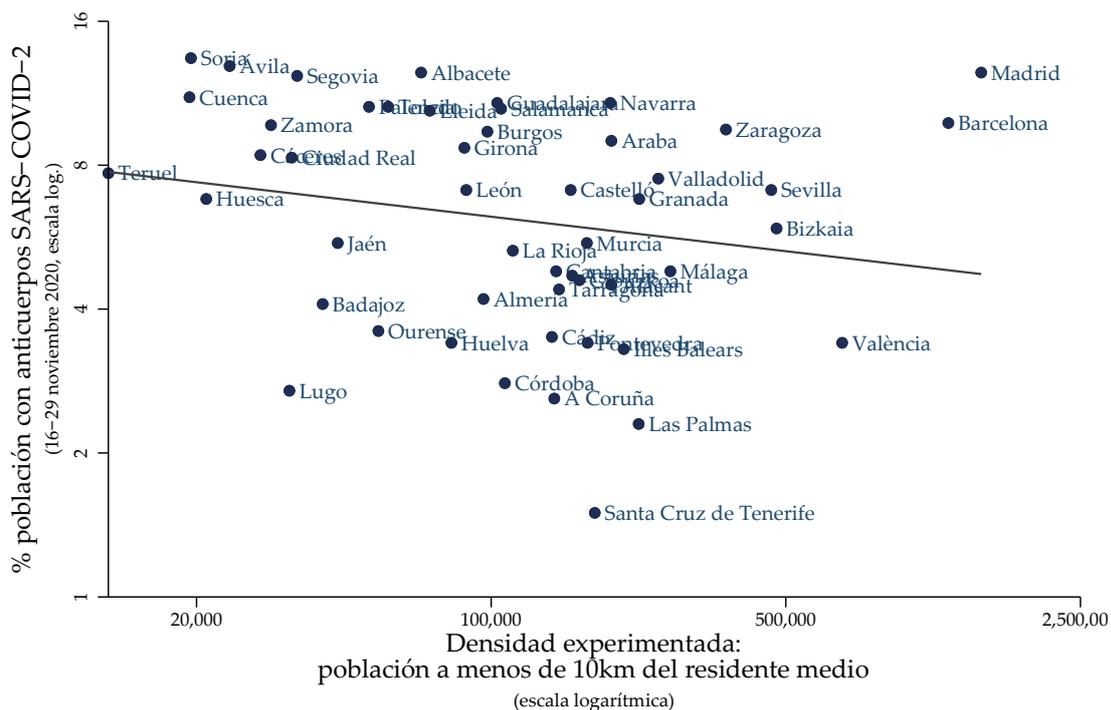
²⁰ Maroko A R, Nash D & Pavilonis B T (2020) COVID-19 and inequity: A comparative spatial analysis of New York City and Chicago hot spots. *Journal of Urban Health* 97(4): 461-470. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00468-0>

La densidad urbana tiene importantes beneficios, pero también costes significativos²¹. Por una parte, la densidad impulsa la productividad y la innovación, mejora el acceso a bienes y servicios, reduce las distancias típicas de viaje, fomenta formas de construcción y transporte más eficientes energéticamente, y facilita compartir equipamientos colectivos. Sin embargo, la densidad también es sinónimo de hacinamiento, provoca que vivir y moverse en las ciudades sea más costoso y concentra la exposición a la contaminación.

Históricamente, la alta densidad de las grandes ciudades venía asociada además a frecuentes muertes causadas por la mala higiene y la facilidad con que se propagaban las epidemias (peste bubónica, cólera, tuberculosis, gripe de 1918). En Europa y América del Norte, la esperanza de vida urbana sólo superó la esperanza de vida rural después de 1930. En un contexto en el que las desigualdades entre grandes ciudades y el resto del territorio vienen aumentando, la posible asociación entre densidad e incidencia de la Covid-19 ha llevado a conjeturar que la pandemia podía revertir esta tendencia.

La Covid-19 ha afectado con particular intensidad a grandes metrópolis como Nueva York, Londres, Milán o Madrid. Sin embargo, en Estados Unidos, la correlación entre densidad de población y mayor incidencia de la pandemia antes del verano desaparece una vez que ajustamos la incidencia a un número específico de días desde el primer caso local. Es decir, el virus llegó antes a lugares más densos, pero, una vez allí, no se propagó con mayor rapidez²².

Ilustración 2: relación entre incidencia y densidad



Fuente: elaboración propia con datos ENE-COVID y worldpop.com

En España, el estudio de seroprevalencia ENE-COVID muestra una prevalencia media ligeramente más alta en ciudades con más de un millón de habitantes. Tratando de mostrar

²¹ Duranton G & Puga D (2020) The economics of urban density. *Journal of Economic Perspectives* 34(3): 3-26. <https://doi.org/10.1257/jep.34.3.3>

²² Carozzi F, Provenzano S & Roth S (2020) Urban density and Covid-19. LSE CEP Discussion paper 1711. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1711.pdf>

un mayor nivel de detalle, la ilustración 2 grafica la incidencia de Covid-19 a nivel provincial, medida como el porcentaje de población con anticuerpos en la cuarta ronda del estudio de seroprevalencia ENE-COVID, frente a una medida de densidad. Dada la gran heterogeneidad en densidad dentro de cada provincia, se emplea una medida de “densidad experimentada”, definida como la población a menos de 10 km del habitante medio de la provincia²³. Lugares con alta densidad, como Madrid o Barcelona, tiene una alta incidencia, pero no más alta que lugares con densidad mucho más baja, como Soria, Cuenca, Guadalajara o Ciudad Real. Algo que distingue a estos lugares con baja densidad y alta incidencia es tener mucha movilidad, especialmente de fin de semana, con grandes ciudades de alta incidencia. Un estudio de la primera ola estudia para España simultáneamente densidad, proximidad geográfica y conectividad, mostrando que los lugares más afectados durante la primera ola fueron aquellos con más viajes desde y hacia Madrid el fin de semana anterior al inicio local de la pandemia y que esta conectividad predice mejor la prevalencia local que la densidad o la proximidad²⁴. Esto coincide con lo observado Estados Unidos, donde los lugares a donde escaparon habitantes de las grandes ciudades, en general de condición económica más desahogada, para alojarse en segundas residencias o con amigos y familiares han tenido una mayor incidencia posteriormente²⁵.

Para poder evaluar casi en tiempo real el riesgo de transmisión de la Covid-19 asociado a la movilidad en España, el Barcelona Supercomputing Center - Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS) ha desarrollado el sistema Flow-Maps (<https://flowmaps.life.bsc.es/flowboard/>). Este sistema integra información sobre la incidencia de la enfermedad por zonas y sobre patrones de movilidad entre zonas (a partir de datos anonimizados y agregados de teléfonos móviles) en un Sistema de Información Geográfica. Otra iniciativa que relaciona movilidad e incidencia es el proyecto sobre factores de difusión de Covid-19 en España financiado por Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III y disponible en <https://coviddifusion.isciii.es/fdd/>.

Además de las desigualdades según condición socioeconómica y zona geográfica, hay otras muy relevantes en España. Es el caso de las personas institucionalizadas en residencias de ancianos²⁶, centros de internamiento de migrantes y prisiones, y también de los temporeros agrícolas en alojamientos colectivos. Un informe anterior del GTM trata en detalle el impacto incrementado de la Covid-19 sobre las personas mayores, en especial los más vulnerables

²³ La densidad experimentada captura mejor que otras medidas de densidad cómo de cerca está el individuo típico de otras personas cuando la población está distribuida de manera desigual. Para dar un ejemplo a nivel de país, Estados Unidos tiene casi nueve veces la población de Canadá con una superficie ligeramente menor, por lo que su densidad tradicional, en términos de habitantes por kilómetro cuadrado, es diez veces mayor. Y, sin embargo, al caminar por las ciudades y pueblos de ambos países, se perciben densidades típicas similares. Así lo confirma la densidad experimentada: el habitante promedio en Canadá tiene alrededor de 343,000 personas viviendo en un radio de diez kilómetros, similar a los alrededor de 306,000 en los Estados Unidos. Ver Duranton G & Puga D (2020) The economics of urban density. *Journal of Economic Perspectives* 34(3): 3-26. <https://doi.org/10.1257/jep.34.3.3>

²⁴ Mazzoli M, Mateo D, Hernando A, Meloni S & Ramasco JJ (2020) Effects of mobility and multi-seeding on the propagation of the COVID-19 in Spain. medRxiv preprint. <https://doi.org/10.1101/2020.05.09.20096339>

²⁵ Coven, J, Gupta A, Yao I. 2020. Urban flight seeded the Covid-19 pandemic across the United States. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3711737>

²⁶ Mas Romero M, Avendaño Céspedes A, Tabernero Sahuquillo MT, Cortés Zamora EB, Gómez Ballesteros C, Sánchez-Flor Alfaro V, et al. (2020) COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain. Many lessons to learn. PLoS ONE 15(10): e0241030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241030>

dentro de este colectivo (como las personas con demencia y las que viven en residencias), así como a la posible discriminación basada solamente en la edad respecto al acceso a los recursos sanitarios²⁷. La tendencia a la mercantilización de las residencias en los últimos tiempos y los recortes han generado y aumentado las desigualdades.

Dentro de la población mayor, también han incidido de manera diferente las medidas de confinamiento y distanciamiento social según su perfil. Si bien algunos estudios reportan que los mayores podrían haber resistido mejor que los jóvenes a las consecuencias psicológicas y emocionales del confinamiento, las mismas investigaciones sugieren que estas personas más resilientes eran las que de base tenían características de personalidad más positivas (optimismo, motivación etc.)²⁸. En España un gran número de personas mayores, en especial mujeres, viven solas y éste colectivo se ha visto especialmente afectado por el aislamiento.

Por otro lado, entre los mayores que más han padecido el impacto del confinamiento se encuentran los más desfavorecidos a nivel socioeconómico (menos recursos, dificultad de mantener contactos sociales virtualmente, menos acceso a cuidadores, peores condiciones de la vivienda etc.), así como las personas con demencia o trastornos anímicos previos (depresión y ansiedad)²⁹.

La digitalización promovida casi obligatoriamente por la Covid-19 genera desigualdades adicionales, porque entre los mayores hay una prevalencia más alta de personas que no tienen acceso a internet. La brecha digital aumenta y deja fuera a muchas personas.

El desigual impacto de la Covid-19 y del distanciamiento social afecta también a los cuidadores formales e informales de las personas mayores. El empeoramiento del estado de salud debido a la pandemia, la falta de atención a otras enfermedades, el cierre de servicios (cómo centros de día) y la pérdida del cuidador formal (por aislamiento, enfermedad, miedo etc.) han incrementado las tareas de cuidado que recaen sobre familiares, mayoritariamente mujeres³⁰. Durante el confinamiento, en muchos casos han sido las parejas de las personas más vulnerables, ellas también mayores, las que se han hecho cargo. De nuevo, los cuidadores de personas más vulnerables, como las que padecen una demencia, se podrían haber quedado todavía más aislados de los canales de información y soporte habituales³¹. La protección de los mayores más vulnerables se tiene que orientar también a evitar posibles

²⁷ Grupo de Trabajo Multidisciplinar (2020) Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias.

https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf

²⁸ Inzitari M (2020) La lección que nos dan los más vulnerables.

<http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/10/la-leccion-que-nos-dan-los-mas.html>

²⁹ Centre for Ageing Better (2020) COVID-19: How social distancing will deepen inequalities among older people. <https://www.ageing-better.org.uk/blogs/covid-19-how-social-distancing-will-deepen-inequalities-among-older-people>

³⁰ Luthra S (2020) For family caregivers, COVID-19 is a mental health crisis in the making. *USA Today*, 8 de octubre. <https://eu.usatoday.com/story/news/politics/elections/2020/10/17/family-caregivers-struggle-added-mental-stress-covid-19/5953020002/>

³¹ Habib Adam P & Aldeh M (2020) Caring for dementia caregivers in times of the COVID-19 crisis: A Systematic Review. *American Journal of Nursing Research* 8(5): 552-561. <https://doi.org/10.12691/ajnr-8-5-8>

abusos y maltratos, que, en situaciones de estrés y de convivencia forzada en un mismo lugar cerrado durante mucho tiempo, podrían incrementarse³².

2.2. Desigualdades en gravedad en caso de contagio

En caso de contagio, la gravedad de la Covid-19 está asociada a determinadas comorbilidades. La lista incluye obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, bronquitis crónica e insuficiencia cardiaca³³.

Todas esas enfermedades presentan un gradiente socioeconómico muy significativo en España, por lo que éste es un componente adicional de desigualdad para los más desfavorecidos. En algunos casos, al gradiente socioeconómico se superpone la desigualdad de género. Por ejemplo, el gradiente educativo y de renta de la obesidad en las mujeres es mucho mayor que en los hombres³⁴.

Tanto la condición socioeconómica como la salud tienden a pasar de padres y madres a hijos e hijas. No parece que el efecto dinástico de la condición socioeconómica ni de la salud se haya reducido claramente en las últimas décadas a pesar del Sistema Nacional de Salud público y universal³⁵.

Además, la pobreza pone en riesgo el estado de salud general de las personas, es decir, sin tener en cuenta morbilidades específicas. Tanto los menores recursos económicos como la mayor escasez de tiempo disponible dificultan a los más desfavorecidos seguir una dieta mediterránea clásica. Los alimentos ultraprocesados, aunque más económicos en tiempo y costo, tienen un peor valor nutricional, están asociados con un sistema inmunitario menos activo para la prevención de la Covid-19 y empeoran las comorbilidades³⁶. Este problema es especialmente serio en el caso de personas institucionalizadas en residencias de ancianos.

2.3. Desigualdades en mortalidad y secuelas a corto y largo plazo de la Covid-19

Un sistema sanitario de cobertura universal gratuita, como el español, contribuye a reducir las desigualdades de acceso a la atención sanitaria. Pese a ello, las consecuencias de la Covid-19 no han sido iguales para todos. Los sistemas de información sanitaria en España no

³² Makaroun L K, Bachrach R L & Rosland A-M (2020) Elder abuse in the time of COVID-19—Increased risks for older adults and their caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 28(8): 876–880. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>

³³ Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Kang L, Guo L, Liu M, Zhou X, Luo J, Huang Z, Tu S, Zhao Y, Chen L, Xu D, Li Y, Li C, Peng L, Li Y, Xie W, Cui D, Shang L, Fan G, Xu J, Wang G, Wang Y, Zhong J, Wang C, Wang J, Zhang D & Cao B (2021) 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study, *Lancet*, en imprenta. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8).

³⁴ Rodríguez-Caro A, Vallejo-Torres L & López-Valcarcel B (2016). Unconditional quantile regressions to determine the social gradient of obesity in Spain. *International Journal for Equity in Health* 15(1): 175. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0454-1>

³⁵ Pinilla J, López-Valcarcel B G & Urbanos-Garrido R M (2017) Estimating direct effects of parental occupation on Spaniards' health by birth cohort. *BMC Public Health* 17(11): 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3997-6>

³⁶ Grupo de Trabajo Multidisciplinar (2020) Informe del GTM sobre la práctica y la investigación en nutrición en tiempos de la COVID-19. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/propuesta_GTM_nutricion_28102020.pdf

incluyen indicadores de renta y pobreza, empleo o nivel educativo, más allá de la clasificación de las tarjetas sanitarias individuales por grandes intervalos de renta que se emplean para el copago farmacéutico. Un estudio de esos datos para Cataluña concluye que, dentro de un mismo grupo de edad y género, las tasas de mortalidad por Covid-19 son mucho más elevadas cuanto menor es el nivel de renta reflejado en la clasificación de la tarjeta sanitaria³⁷.

Por otro parte, otras necesidades sanitarias se han desatendido durante la primera oleada para liberar recursos (camas de planta y en UCI) ante un posible empeoramiento de la pandemia. En Comunidades Autónomas donde la epidemia estuvo lejos de saturar los hospitales, las tasas de ocupación de las camas alcanzaron en abril el mínimo histórico en previsión de que la incidencia pudiese aumentar. En Canarias, estuvo por debajo del 60%³⁸. En Barcelona, por ejemplo, los recursos especializados en ictus operaron en mucho menor medida de lo habitual durante marzo de 2020³⁹. La suspensión de atención sanitaria no Covid-19 a pacientes crónicos y a nuevos episodios de enfermedad pudo haber tenido un impacto importante en mortalidad y morbilidad. En la medida en que las personas de condición socioeconómica desfavorecida sufren proporcionalmente más esas enfermedades, se producen desigualdades sociales en salud adicionales. Los mayores en residencias también pueden haber tenido un menor acceso a recursos para pacientes agudos o intensivos. En el Reino Unido, los traslados masivos de ancianos de hospitales a residencias sin una prueba PCR previa y las instrucciones generalizadas de no reanimación se han considerado como una clara discriminación hacia estas personas⁴⁰.

La difusión acelerada de las consultas telemáticas en diversos formatos mejora el acceso al médico, sobre todo en atención primaria, pero puede conllevar nuevas desigualdades asociadas a la brecha digital y a la capacidad para navegar por el sistema sanitario según nivel educativo y socioeconómico. No es solo la disponibilidad de teléfonos inteligentes o tabletas, también es el saber usarlas. En la medida en que el paciente empoderado tiene a su disposición cada vez más apps de salud, incluso prescritas por sus médicos⁴¹, se deja atrás al colectivo de personas, mayores o jóvenes, con dificultades para moverse en ese mundo digital.

³⁷ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (2020). Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya. AQUAS. https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/desigualtats_socioeconòmiques_covid19_aquas2020.pdf

³⁸ Abasolo G, Lopez-Valcarcel B G & Rodriguez-Mireles S (2020) La COVID y la sanidad canaria. *Revista Hacienda Pública Canaria* 53: 10. http://www.gobiernodecanarias.org/tributos/portal/estatico/info_tributaria/revista/Revista53/RevistaHC_53_10.pdf

³⁹ Rudilosso S, Laredo C, Vera V, Vargas M, Renú A, Llull L, Obach V, Amaro S, Urra X, Torres F, Jiménez-Fàbrega F X & Chamorro A (2020) Acute stroke care is at risk in the era of COVID-19: Experience at a comprehensive stroke center in Barcelona. *Stroke* 51: 1991–1995. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030329>

⁴⁰ Amnesty International (2020) As if expendable: The UK government's failure to protect older people in care homes during the COVID-19 pandemic. <https://www.amnesty.org.uk/files/2020-10/Care%20Homes%20Report.pdf>

⁴¹ Por ejemplo, AppSalut en Cataluña: Seguí, F L, Bufill, C P, Soler, A R, de San Pedro M, Truño B L, Laine A A & Cuyàs F G (2018) Prescription and integration of accredited mobile apps in catalan health and social care: Protocol for the AppSalut site design. *JMIR Research Potocols* 7(12): e11414. <https://doi.org/10.2196/11414>

3. Desigualdades en consecuencias sobre el trabajo, la renta y el bienestar

La crisis económica ocasionada por la Covid-19 es muy distinta de otras crisis recientes. Una crisis como la que siguió al colapso financiero de 2008 surge a partir de un auge desproporcionado e insostenible de determinados sectores económicos (como la construcción), típicamente espoleado por un proceso especulativo. A continuación, esa crisis se propaga a otros sectores que en condiciones normales serían sostenibles, a través de la caída de la demanda, de restricciones de crédito y cadenas de impagos, y del deterioro de las expectativas.

La actual crisis, en cambio, se ve provocada por una imposibilidad temporal de consumir ni producir en las condiciones habituales, debida a las restricciones de movilidad y de contacto que es necesario implementar para evitar la expansión de la pandemia y el colapso del sistema sanitario. Esto significa que los primeros sectores afectados no son necesariamente sectores sobredimensionados ni con empresas poco productivas, sino aquéllos cuya actividad depende en mayor medida de la presencialidad, de la movilidad y del contacto interpersonal. Como en otras crisis, el impacto inicial sobre determinados sectores se transmite al resto de la economía: en esta crisis, a diferencia de las anteriores, no tanto por un mecanismo financiero, pero sí por la caída de demanda y el deterioro de las expectativas^{42 43}. El resultado es que se extiende la caída de la producción y el empleo. Aunque esta caída sea generalizada, es probable que afecte en mayor medida a pequeños comercios, autónomos, etc. que son menos resilientes que las grandes empresas.

3.1. Desigualdades por nivel de renta y ocupación

Dado que los trabajadores de menor nivel socioeconómico se concentran en los sectores más directamente afectados por la pandemia y con menor posibilidad de teletrabajo, la crisis tiende a aumentar aún más las desigualdades que ya existían.

Hay una enorme heterogeneidad entre trabajadores y sectores en la posibilidad de teletrabajar, siendo mucho más difícil para los trabajadores más desfavorecidos antes de la crisis. Combinando la clasificación de Dingel y Neiman de ocupaciones susceptibles de teletrabajo⁴⁴ con la Encuesta de Población Activa, un reciente informe encuentra que un 30% de los trabajadores españoles podrían teletrabajar (no muy lejos del 37% de EE. UU.)⁴⁵. Sin embargo, ese porcentaje medio esconde enormes diferencias por nivel educativo: desde un 16% entre aquellos que no han completado el bachillerato hasta un 51% entre aquellos con titulación universitaria. También hay grandes diferencias entre sectores: el porcentaje de

⁴² Carlsson-Szlezak P, Reeves M & Swartz P (2020) Understanding the economic shock of coronavirus. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2020/03/understanding-the-economic-shock-of-coronavirus>

⁴³ Alcalá F (2020) ¿En qué es diferente la crisis económica del coronavirus de la gran recesión? *IvieExpress*. <https://www.ivie.es/wp-content/uploads/2020/04/05.¿En-que-es-diferente-la-crisis-economica-del-coronavirus-de-la-G.Recesion.pdf>

⁴⁴ Dingel J I & Neiman B (2020) How many jobs can be done at home? *Journal of Public Economics* 189: 104-235. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104235>

⁴⁵ Anghel B, Cozzolino M & Lacuesta A (2020) El teletrabajo en España. *Boletín Económico, Banco de España* 2/2020: 1-20. <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/20/T2/descargar/Fich/be2002-art13.pdf>

trabajadores que pueden teletrabajar es un 8% en agricultura, un 14% en hostelería, y un 22% en industria manufacturera, pero llega al 60% o más en información y comunicaciones, en actividades financieras y seguros, o en actividades profesionales, científicas y técnicas.

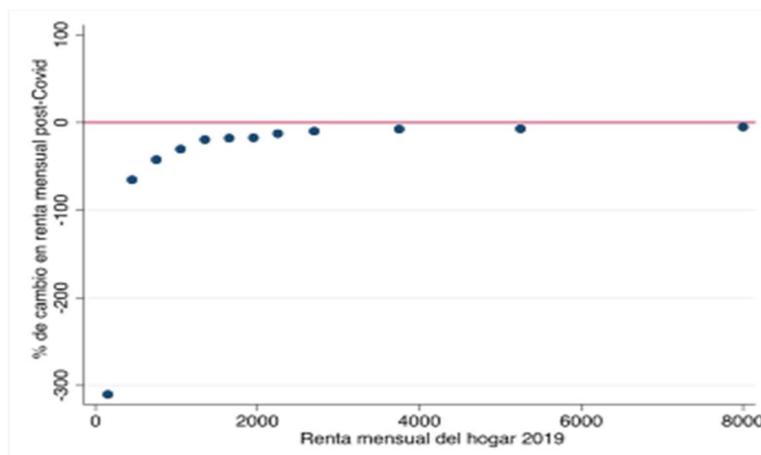
Ilustración 3: Posición financiera según la posibilidad de teletrabajar



Fuente: Alvargonzález, Pidkuyko y Villanueva (2020)

Los trabajadores potencialmente más afectados estaban en una situación de partida peor. La ilustración 3 muestra el porcentaje de trabajadores cuyos activos financieros antes de la pandemia eran equivalentes a menos de una mensualidad de sus ingresos habituales, según el sector de actividad y las posibilidades de teletrabajo⁴⁶. Vemos que este porcentaje era mayor entre los trabajadores de sectores sociales (comercio, hostelería, educación y servicios personales) que entre los trabajadores de sectores regulares. Dentro de cada tipo de sector, una posición financiera precaria previa era mucho más habitual entre aquellos con menores posibilidades de teletrabajar.

Ilustración 4: Caída porcentual de renta post-covid según nivel inicial



Fuente: Martínez-Bravo y Sanz (2020)

Esta peor situación financiera de partida reflejaba en gran medida un nivel de ingresos inferior, y la pandemia ha empeorado la situación de los menos favorecidos. La ilustración 4

⁴⁶ Alvargonzález P, Pidkuyko M & Villanueva E (2020) The financial position of the workers most affected by the pandemic: An analysis drawing on the Spanish survey of household finances. *Boletín Económico, Banco de España* 3/2020: 1-15. <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/20/T3/descargar/Files/be2003-art23e.pdf>

muestra que cuanto mayor es el nivel de renta mensual de los hogares pre-covid (en 2019) menor es la caída de renta post-covid (entre marzo y mayo de 2020)⁴⁷.

No es, por tanto, extraño que las desigualdades económicas hayan aumentado en España como consecuencia de la Covid-19. Entre febrero y abril de 2020 el índice Gini de desigualdad de renta en España, cuya escala va de 0 a 1, antes de transferencias públicas, subió 0,11 (de 0,45 a 0,56), equivalente a la diferencia en nivel de desigualdad entre Chile y Brasil⁴⁸.

A la vez, un aspecto notable de las desigualdades de renta en España es que, incluso antes de la pandemia, hay una gran diferencia entre las desigualdades medidas antes y después de las transferencias públicas. Las transferencias públicas, en particular las pensiones y prestaciones por desempleo, contribuyen significativamente a reducir las desigualdades. Durante la pandemia, las desigualdades después de las transferencias públicas aumentaron en mucha menor medida que las desigualdades antes de las transferencias, es decir que las políticas públicas fueron capaces de mitigar en gran medida el aumento de la desigualdad. Esto no quita que sea más efectivo tratar de reducir las desigualdades de partida que intentar corregirlas mediante transferencias *ex post*.

España tiene un alto nivel de desigualdad antes de las transferencias públicas, no tanto por la dispersión salarial, que no es particularmente elevada comparada con otros países, sino por el alto nivel de desempleo⁴⁹. Durante la última crisis, las desigualdades aumentaron notablemente porque muchos trabajadores poco cualificados, pero con un nivel mediano de ingresos, en particular en el sector de la construcción, perdieron sus empleos⁵⁰.

La única manera de recuperar la economía es primero controlar la pandemia. Pero mientras mantenemos las restricciones de movilidad y contacto e implementamos las medidas sanitarias necesarias, es urgente también evitar que una situación en la que temporalmente no podemos producir ni consumir como habitualmente tenga efectos permanentes. En particular, es importante evitar que los vínculos entre empresas y trabajadores se rompan. Un aspecto clave para mitigar el aumento de las desigualdades en 2020 en España ha sido que los ERTE por causa de fuerza mayor han permitido a los trabajadores cubiertos por este mecanismo mantener su relación laboral y seguir ingresando al menos el 70% de la base reguladora de su salario reciente. Esta medida, aunque efectiva, no ha evitado la pérdida de casi novecientos mil empleos en marzo de 2020 y ha supuesto un altísimo coste fiscal.

A principios de mayo, casi la cuarta parte de los trabajadores españoles estaba cubierta por un ERTE de fuerza mayor, en línea con la media de la Unión Europea. En comparación, en 2009, el país europeo con mayor porcentaje de sus trabajadores cubierto por un ERTE fue

⁴⁷ Martínez-Bravo M & Sanz C (2020). The unequal burden of the COVID-19 crisis and its political consequences. Mimeo, CEMFI.

⁴⁸ El cálculo se basa en microdatos de abonos de nómina en cuentas de CaixaBank (el 27% del total de España) en Aspachs O, Durante R, Graziano A, Mestres J, Montalvo J G & Reynal-Querol M (2020) Real-time inequality and the welfare state in motion: Evidence from COVID-19 in Spain. CEPR Discussion Paper 15118. https://cepr.org/active/publications/discussion_papers/dp.php?dpno=15118

⁴⁹ Anghel B, Basso H, Bover O, Casado J M, Hospido L, Izquierdo M, Kataryniuk I A, Lacuesta A, Montero J M & Vozmediano E (2018) Income, consumption and wealth inequality in Spain. SERIEs 9: 351–387. <https://doi.org/10.1007/s13209-018-0185-1>

⁵⁰ Bonhomme S & Hospido L (2017) The cycle of earnings inequality: evidence from Spanish social security data. *Economic Journal* 127(603): 1244-1278. <https://doi.org/10.1111/eoj.12368>

Bélgica con un 6%⁵¹. A finales de septiembre, más del 80% de los trabajadores en ERTE en España se había reincorporado a su puesto de trabajo. Sin embargo, desde entonces la cifra apenas se ha movido. Por tanto, los ERTE han sido muy efectivos para mantener el empleo, pero seguramente sea necesario mantenerlos activos durante más tiempo.

3.2. Desigualdades asociadas a la precariedad laboral

Los ERTE, sin embargo, no han servido para proteger a los trabajadores más precarios. En los sectores donde la parada económica ha sido mayor, los trabajadores con contratos indefinidos han pasado en gran medida a estar cubiertos por un ERTE. Los trabajadores con contratos temporales, en cambio, no los han visto renovados y muchos han pasado a una situación de desempleo.

Así, la dualidad del mercado de trabajo español ha hecho que, una vez más, los trabajadores más jóvenes y desprotegidos hayan sido los más afectados. El 27% de los trabajadores españoles tiene contratos temporales, frente a la media del 14% en la Unión Europea. El 4,5% lleva en su actual puesto de trabajo menos de un mes, en comparación con el 2,8% en la Unión Europea. Más de la cuarta parte de las contrataciones en España tienen una duración inferior a una semana y la duración media de los contratos no llega a los dos meses. Es práctica frecuente contratar a un trabajador de lunes a viernes, quedando el trabajador desempleado sábado y domingo, para ser de nuevo contratado el lunes siguiente. Tanto es así que las estadísticas de empleo españolas del mismo mes en años distintos dejan de ser comparables si el último día del mes cae en lunes o en viernes, los llamados “efecto lunes” y “efecto viernes”⁵². A la elevada temporalidad y corta duración de los contratos hay que añadir el uso de “falsos autónomos”. Éstos desarrollan toda o casi toda su actividad para una única empresa, sin realizar una labor diferenciada del resto de la plantilla. Al contratarle como autónomo en lugar de emplearle como trabajador, la empresa evita adquirir compromisos duraderos y el pago de cuotas sociales. Todas estas prácticas afectan de manera desproporcionada a los trabajadores más jóvenes. La inestabilidad en el empleo es además particularmente acusada en sanidad y educación, dos sectores cuyos trabajadores han debido realizar un particular esfuerzo por la Covid-19. Se observa además que la proporción de hogares con todos sus miembros activos en situación de desempleo ha aumentado de manera significativa y sostenida con la pandemia⁵³.

Otro factor que contribuye a mitigar la desigualdad en España es que un alto porcentaje de hogares sea propietario libre de cargas de la vivienda donde residen (más del 60% de los hogares en el decil inferior de la distribución de la renta), teniendo así disponible la renta imputable a su uso. De nuevo, este es un mecanismo que ayuda en mucha menor medida a los más jóvenes.

⁵¹ Cahuc P & Carcillo S (2011) Is short-time work a good method to keep unemployment down? *Nordic Economic Policy Review* 1(1): 133-165. <http://dx.doi.org/10.15185/izawol.11>

⁵² Conde-Ruiz J I, García M, Puch L A & Ruiz J (2019) Calendar effects in daily aggregate employment creation and destruction in Spain. *SERIEs* 10: 25-63 <https://doi.org/10.1007/s13209-019-0187-7>

⁵³ Ayala L (2020) Las posibles consecuencias de la Covid-19 sobre la pobreza. IEB Report 4/2020 https://ieb.ub.edu/wp-content/uploads/2021/01/IEB_Report_042020.pdf

3.3. Desigualdades de género

La crisis de la Covid-19 también ha afectado a las desigualdades de género. Durante la pandemia ha aumentado sustancialmente la carga de tareas de cuidado de menores y de trabajo no remunerado en el hogar, sin apenas mejorar su reparto por género.

El teletrabajo dificulta la conciliación. Más aún cuando las escuelas cierran, como en primavera, o cuando lo hacen intermitentemente por brotes, como en el otoño e invierno. Las mujeres han venido teletrabajando durante la pandemia en mayor medida que los hombres (un 18,7% de las mujeres frente a un 14,1% de los hombres trabajó desde casa al menos la mitad de los días en el segundo trimestre de 2020, según la Encuesta de Población Activa). Además, en el 14% de los hogares con menores en España, una mujer es el único adulto al cargo, frente a sólo un 2% donde un hombre es el único adulto al cargo. Incluso cuando en el hogar existe una pareja de distinto género, el peso del cuidado de menores y tareas del hogar recae desproporcionadamente sobre la mujer. La pandemia ha supuesto un aumento del tiempo dedicado al cuidado y apoyo educativo de los menores de un 25% en promedio⁵⁴ Aunque este tiempo adicional se ha repartido de manera similar entre padres y madres, dado que antes de la pandemia las madres ya dedicaban a estas tareas mucho más tiempo, el desequilibrio por género apenas se ha corregido. El aumento de 28 a 35 horas semanales de media dedicadas al cuidado y educación de sus hijas e hijos por las mujeres en hogares con pareja hombre sin duda les ha dificultado significativamente a ellas su actividad laboral. Ya antes de la pandemia, el nacimiento de un primer hijo suponía para una mujer en España una caída de ingresos del 11% en el primer año y del 33% tras una década⁵⁵. Para un hombre, en cambio, el nacimiento de un primer hijo no afectaba a sus ingresos el primer año y los reducía en sólo un 5% tras una década. Esta penalización a las mujeres por ser madres se vio incrementada tras la crisis de 2008 y probablemente también aumente tras la crisis actual.

En cuanto a tareas domésticas, salvo un importante aumento de la participación masculina en la compra del supermercado, tampoco ha habido cambios que hayan supuesto un alivio significativo para las mujeres, que dedican dos horas más a estas tareas que antes de la pandemia.

Tanto el despegue del teletrabajo como el fuerte desarrollo de la digitalización a todos los niveles que se prevé necesario para superar la crisis también hacen especialmente relevante la perspectiva de género en el ámbito de la digitalización. Los datos son concluyentes respecto a la menor o inexistente brecha de género entre jóvenes en competencias de navegación y uso de Internet. Pero son igualmente concluyentes en cuanto a la existencia de una diferencia significativa en las competencias que implican un conocimiento de la tecnología como el diseño, y producción o el liderazgo de tecnología. Además, la escasa presencia de mujeres en el diseño y producción de tecnologías contribuye a que las mismas no contemplen las

⁵⁴ Farré L, Fawaz Y, González L & Graves J (2020) How the COVID-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. *IZA Discussion Paper* 13434. <http://ftp.iza.org/dp13434.pdf>

⁵⁵ Quinto A, Hospido L & Sanz C (2020) The child penalty in Spain. *Documentos Ocasionales, Banco de España, 2017*. <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/20/Files/do2017e.pdf>

necesidades, intereses, prioridades y opiniones de las mujeres y a que haya, entre otros problemas, escasos referentes femeninos en los ámbitos digitales.

Si a la brecha digital existente le sumamos los efectos de la crisis de la Covid-19 en la mujer, en particular la sobrecarga de los trabajos como cuidadora y educadora de menores por el cierre de escuelas, la precariedad laboral, las situaciones de estrés y el aumento de la violencia de género que ocasiona el confinamiento, los resultados son devastadores. Como sociedad, no podemos retroceder en el campo de la igualdad de género, ni desaprovechar el talento femenino necesario para salir de la crisis⁵⁶.

La crisis de la Covid-19 ha hecho evidente la importancia crucial de la ciencia y la tecnología, pero también ha evidenciado la brecha de género existente en estas actividades. Las mujeres están infrarrepresentadas en los estadios más avanzados de la carrera científica en todas las áreas, y también en todos los niveles en muchas especialidades. A esta situación de partida se añade que las familias con hijos e hijas menores han visto su productividad científica mermada con relación a sus colegas sin niños, y que el impacto ha sido especialmente intenso para las mujeres científicas. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres autoras de nuevos trabajos de investigación difundidos a través de arXiv y bioRxiv disminuyó significativamente durante la primera ola de la pandemia con relación al mismo periodo de 2019⁵⁷. La situación en la ciencia muestra que el aumento de la brecha de género como consecuencia de la pandemia afecta también a ocupaciones que requieren muy alta formación.

3.4. Efectos esperados a largo plazo

En el largo plazo, quizás el mayor impacto de la pandemia sobre desigualdades será en términos de desigualdades intergeneracionales. Los trabajadores más jóvenes se han visto más afectados de manera más directa en el mercado de trabajo y tienen una mayor probabilidad de sufrir las secuelas permanentes de la recesión. Además, el alto coste de combatir la crisis deberá ser eventualmente costado con impuestos futuros, que también les tocará pagar a los jóvenes de hoy.

Incluso aquellos niños y jóvenes que aún no han entrado en el mercado de trabajo se verán afectados a largo plazo por el efecto de la pandemia sobre su educación. La educación en línea es un sustituto imperfecto del aprendizaje en persona, especialmente para los alumnos de familias más desfavorecidas. Los efectos entre compañeros también cambian: las escuelas permiten que las niñas y niños de diferentes situaciones socioeconómicas se mezclen y este efecto se pierde cuando se cierran las escuelas. Otro factor es la respuesta de las madres y

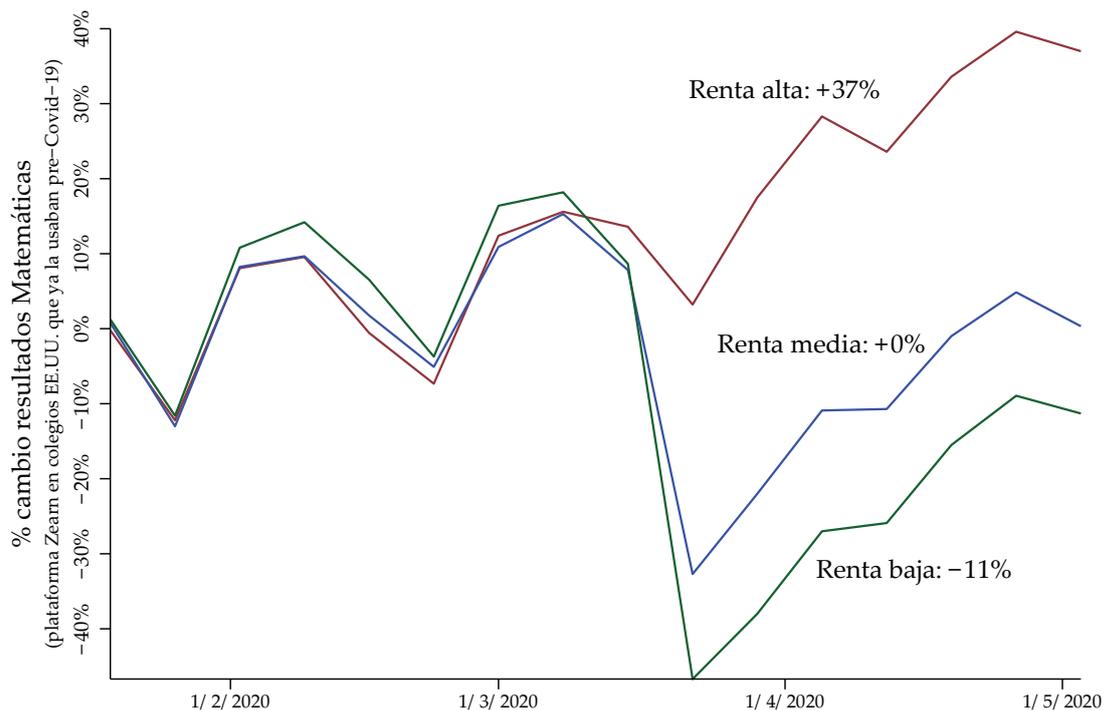
⁵⁶ European Women's Lobby (2020) Women must not pay the price for COVID-19! Putting equality between women and men at the heart of the response to COVID-19 across Europe https://www.womenlobby.org/IMG/pdf/ewl_policy_brief_on_covid-19_impact_on_women_and_girls-2.pdf.

⁵⁷ Viglione J (2020) Are women publishing less during the pandemic? Here's what the data say. *Nature* 581:365-366. <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-020-01294-9>

padres, algunos de los cuales compensan el cambio en el entorno escolar con sus propios esfuerzos de apoyo educativo, mientras que otros no pueden hacerlo⁵⁸.

Estudios anteriores a la pandemia basados en cierres de escuelas debidos a guerras o huelgas muestran que el efecto a largo plazo puede llegar a costar a cada estudiante entre el 2 y el 3% de sus ingresos totales a lo largo de su vida laboral por la pérdida de formación que suponen.^{59 60} La estrecha relación entre nivel educativo y salud hace que estos cierres de colegios tengan también un impacto elevado en términos de años de vida perdidos. Un estudio cifra esta pérdida en 5,5 millones de años de vida en el caso de EE.UU.⁶¹

Ilustración 5: Evolución de resultados en Matemáticas en 2020 según nivel de renta



Fuente: elaboración propia con datos tracktherecovery.com

Las consecuencias de la pandemia en términos de educación son además muy desiguales según la situación socioeconómica en un mismo rango de edad, con un efecto negativo mucho más pronunciado sobre los alumnos de familias más desfavorecidas. La ilustración 5 muestra para EE.UU. la evolución de los resultados en la asignatura de matemáticas entre enero de 2019 y el final del curso en aquellos colegios que ya utilizaban la plataforma de aprendizaje online Zearn antes del confinamiento, separados según el nivel de renta. Los

⁵⁸ Agostinelli F, Doepke M, Sorrenti G & Zilibotti F (2000) When the great equalizer shuts down: Schools, peers, and parents in pandemic times. University of Chicago HCEO Working Paper 2020-084. http://humcap.uchicago.edu/RePEc/hka/wpaper/Agostinelli_Doepke_Sorrenti_etal_2020_great-equalizer-shut-down.pdf

⁵⁹ Ichino A & Winter-Ebner R (2004) The long-run educational cost of World War II. *Journal of Labor Economics* 22(1): 57-86. <http://dx.doi.org/10.1086/380403>

⁶⁰ Jaume D & Willen A (2019) The long-run effects of teacher strikes: evidence from Argentina. *Journal of Labor Economics* 37(4):1097-1139. <https://doi.org/10.1086/703134>

⁶¹ Christakis DA, Van Cleve W & Zimmerman F J. (2020) Estimation of US children's educational attainment and years of life lost associated with primary school closures during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Network Open* 3(11). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28786>

alumnos de un entorno con rentas más bajas vieron sus resultados en matemáticas caer un 36,6% mientras que los de rentas más altas, con sus madres y padres frecuentemente trabajando desde casa y con la formación y el tiempo necesarios para ayudarles, mejoraron sus resultados en un 40,5%.

4. Recomendaciones

Como se ha explicado anteriormente, la pandemia tiene un efecto muy desigual por edades, con un gran impacto en términos de salud sobre los mayores y un gran impacto en términos económicos sobre los más jóvenes. En cuanto a **recomendaciones sobre los mayores**, nos remitimos al ya citado **informe anterior del GTM** que trata en detalle el impacto de la Covid-19 sobre las personas mayores, con especial énfasis en las residencias.

En cuanto a los jóvenes, es crucial reducir la precariedad y la dualidad del mercado laboral. Crisis anteriores también golpearon con dureza a trabajadores jóvenes y precarios. Durante la crisis se hacen especialmente evidentes los efectos perniciosos de un mercado laboral dual, pero al salir de la crisis se siguen priorizando los contratos temporales con la idea de que ayudan a crear empleo rápido. Luego el objetivo de reducir la dualidad cae en el olvido y la siguiente crisis repite el problema, golpeando de nuevo a los trabajadores más precarios.

Un elemento clave para reducir la dualidad es **simplificar las modalidades de contratos laborales** y que, salvo en casos en los que el carácter temporal del trabajo sea evidente, el contrato habitual sea uno que evolucione automática y gradualmente de las condiciones de un contrato temporal actual a las de un contrato fijo. Así, la modalidad habitual de las nuevas contrataciones debería ser lo que podría denominarse **“contrato indefinido universal”**.

Ayudaría también **mejorar y tecnificar la inspección de la Seguridad Social**. Con personal cualificado en el análisis de datos y recursos reducidos sería trivial detectar situaciones abusivas, como trabajadores que pasan a situación de desempleo cada viernes para ser recontractados por la misma empresa el lunes siguiente, contratos temporales encadenados, contratos que alternan a trabajadores entre varias empresas de un mismo grupo para evitar una relación prolongada con ninguna de estas empresas, abusos de la figura de trabajador autónomo para evitar vínculos laborales con quien en realidad desarrolla todo su trabajo para un único empleador, etc. Quienes trabajan con la Muestra Continua de Vidas Laborales de datos anonimizados de la Seguridad Social habitualmente realizan un primer tratamiento de los datos que consiste en construir relaciones laborales efectivas que se extienden a través de múltiples contratos enlazados o muy cercanos en el tiempo⁶². La Seguridad Social dispone de estos mismos datos sin anonimizar y también podría tratar estas situaciones como relaciones laborales continuadas a todos los efectos.

En cuanto a **estrategias educativas**, una diferencia muy positiva entre España y otras naciones europeas en comparación con EE.UU. ha sido **mantener las escuelas abiertas** durante el primer trimestre del curso 2020-2021, con medidas adecuadas de prevención de contagios. Los datos, con menos del 2% de las aulas confinadas, confirman que la **incidencia en estos entornos educativos es comparativamente baja** y la presencialidad habrá servido

⁶² De la Roca J & Puga D (2017) Learning by working in big cities. *Review of Economic Studies* 84(1): 106-142. <https://doi.org/10.1093/restud/rdw031>

para mejorar la educación. A la vez, no debemos infravalorar el efecto diferencial sobre los alumnos más desfavorecidos y será necesario mantener el **refuerzo educativo** para facilitar la recuperación de los más alumnos más afectados.

Las mujeres se han visto particularmente afectadas por la necesidad de compaginar trabajo, muchas veces desde el hogar, y cuidado de menores durante la pandemia. Cabe esperar que el aumento del tiempo dedicado por los hombres al cuidado y apoyo educativo de los menores y a tareas del hogar estos meses, aunque no haya servido apenas para reducir la brecha de género, promueva un cambio de actitud que mejore el reparto una vez pase la pandemia. Sin embargo, **las diferencias de género no cambiarán significativamente sin medidas activas**. La mayor presencia de mujeres en sectores de primera línea, como sanidad y educación significa que la presión social para mejorar las condiciones laborales en estos sectores, no sólo en términos de salario sino también de estabilidad y perspectivas de futuro, tendría también un efecto importante sobre las desigualdades de género. Más allá de estos sectores, serían importantes **cambios que aumenten la flexibilidad intertemporal**, de manera que sea posible tener periodos de menor dedicación o productividad sin efectos irreversibles sobre la carrera profesional.

Aunque la crisis derivada de la Covid-19 se vea ocasionada por **restricciones temporales a la producción y el consumo, puede tener efectos permanentes** si muchas empresas potencialmente productivas no sobreviven o si muchos trabajadores se ven apartados de sus trabajos de manera sostenida. Además de evitar que los vínculos entre empresas y trabajadores se rompan (como se ha logrado de manera efectiva a través de los ERTES) es importante ayudar a que no quiebren negocios que en circunstancias normales serían y serán rentables. A la vez, es importante que las **medidas de apoyo para la supervivencia de empresas que serían rentables en condiciones ordinarias no disminuyan la competencia** ni entre las empresas que ya existen ni con potenciales entrantes en el mercado. Esto tendría de nuevo efectos sobre la desigualdad, al dificultar las iniciativas de nuevos emprendedores frente a los ya establecidos.

Conviene también **ayudar a quienes han sufrido un mayor impacto** o tienen menos medios para superar esta crisis. En este sentido, el **Ingreso Mínimo Vital** es una iniciativa potencialmente muy útil, pero cuya eficacia se ha visto lastrada por grandes barreras de acceso en la implementación. Muchos potenciales beneficiarios no están informados acerca de su existencia o requisitos y quienes lo están deben superar un laborioso proceso para demostrar que cumplen los criterios para ser beneficiarios. La administración dispone ya de información acerca de los principales requisitos (el Padrón contiene datos acerca de quién vive en cada domicilio, la Agencia Tributaria dispone de datos de renta y patrimonio, la Seguridad Social conoce quien recibe una pensión o prestación, y la información acerca de si se tienen hijos en edad escolar o si se es madre monoparental también está ya en manos de múltiples administraciones). Si la Agencia Tributaria puede preparar un borrador de declaración de la renta para que en la mayor parte de los casos sólo tengamos que firmarla, **la Seguridad Social debería igualmente poder preparar de oficio un borrador de solicitud del Ingreso Mínimo Vital** para aquellas personas y familias que tengan derecho a ésta de manera que en la mayor parte de los casos sólo tengan que firmarla.

La crisis de la Covid-19 ha hecho evidente la **importancia crucial de la ciencia y la tecnología**. Aunque éste no sea el ámbito con las desigualdades más graves, también se ha visto afectado. Esta situación es además un síntoma de cómo las desigualdades (por género

o edad en particular) afectan también a ámbitos que requieren alta formación. Un primer paso imprescindible para paliar el impacto desigual de la pandemia en ciencia es la **ampliación de plazos para becas y proyectos y para la incorporación de becarios y estudiantes**. Pensando en el medio plazo, dado el especial efecto sobre científicos, especialmente mujeres, con hijas e hijos menores, sería importante ampliar las medidas de flexibilización de requisitos y plazos para estas personas. Éste sería además un momento clave para **lanzar un programa ambicioso de contratación y promoción de mujeres científicas y tecnólogas en todos los niveles**. Tal programa podría articularse bien a través de plazas específicas o mediante incentivos que premien a aquellas instituciones que demuestren un especial esfuerzo en reducir la brecha de género en ciencia y tecnología.

Para reducir las desigualdades en el riesgo de contagio y la mayor tasa de incidencia en grupos socioeconómicos desfavorecidos, recomendamos que **se incluyan en el protocolo de rastreo datos sobre las condiciones de la vivienda para el aislamiento**, de forma que se pueda prescribir desde atención primaria o salud pública, con la cuarentena, en su caso, la transferencia de las personas que no se pueden aislar convenientemente a “arcas de Noé” habilitadas.

Dado que los trabajadores menos aventajados socioeconómicamente usan en mayor medida el transporte público, también ayudaría a reducir las desigualdades en el riesgo de contagio **mejorar los sistemas de renovación del aire en trenes, metro y autobuses**⁶³.

También pueden ayudar **medidas de planificación urbana**. Históricamente, los planificadores urbanos intentaron aliviar la carga de morbilidad de pandemias anteriores en las ciudades no solo invirtiendo en sistemas de agua y alcantarillado, sino también construyendo avenidas más amplias y grandes parques urbanos, así como introduciendo regulaciones que limitaron el hacinamiento y mejoraron la circulación del aire y el acceso a luz natural. La pandemia nos ha mostrado una vez más que podemos hacer ciudades más vivibles y sostenibles, pero no todos los barrios han podido permitir en la misma medida, por ejemplo, que peatones, bicicletas y terrazas ganasen espacio a los coches. Tampoco esos cambios potencialmente positivos son necesariamente permanentes, así que sería beneficioso **hacer esos cambios potencialmente positivos en la configuración de las ciudades más generales y duraderos**.

Asimismo, se recomienda **vigilar la situación de riesgo en las residencias de ancianos y en otros centros colectivos** (centros de atención a inmigrantes, prisiones) y establecer y cumplir protocolos, en línea con lo recomendado por el GTM en el informe sobre personas mayores y residencias citado anteriormente y de otros más recientes del foro de la Organización Médica Colegial⁶⁴ y de Médicos sin Fronteras España⁶⁵. También es conveniente aprender de la crisis actual para repensar los modelos de atención a las personas mayores y con

⁶³ Grupo de Trabajo Multidisciplinar (2020) Informe del GTM COVID-19 en espacios interiores, en particular restaurantes. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/GTM_Restaurantes.pdf

⁶⁴ Comisión Asesora COVID-19 de la Organización Médica Colegial (2020) COVID-19 y residencias y centros sociosanitarios. <https://colegiodemedicos.es/wp-content/uploads/2020/11/INFORME.pdf>

⁶⁵ Médicos Sin Fronteras (2020) Poco, tarde y mal: El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>

discapacidad en el medio y largo plazo, tal y cómo planteamos en el mismo informe específico del GTM.

Para reducir las desigualdades en la gravedad de la enfermedad en caso de contagio, además de aplicar los principios de salud en todas las políticas, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud, recomendamos que **en los criterios de priorización de la atención no-covid se incorporen indicadores socioeconómicos**

Para reducir las desigualdades en mortalidad y morbilidad a largo plazo, recomendamos que se incorporen indicadores socioeconómicos básicos en las historias clínicas y que los cuadros de mando de los hospitales incorporen como indicadores clave (“Key Performance Indicators”) indicadores de acceso y utilización por subgrupos socioeconómicos, incluyendo subpoblaciones vulnerables como los inmigrantes. Para paliar las desigualdades en relación con la vulnerabilidad asociada a la edad, sería conveniente mejorar la cultura y los protocolos de planificación avanzada y toma de decisiones compartida, para evitar posibles discriminaciones futuras en relación con el acceso a los servicios. Además, como en el caso de la educación, es importante articular medios para paliar efectos duraderos de las desigualdades que la pandemia ha fomentado. En concreto, se deben establecer planes de recuperación de personas mayores que hayan padecido efectos adversos a largo plazo a nivel físico, cognitivo, psicológico y relacional, así como para sus cuidadores.