

Las desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia: recomendaciones para incorporar la salud y sus determinantes sociales en todas las políticas¹

Martínez Virto, Lucía; Azcona Martínez, Amaia

1. Introducción

La *Cátedra UNESCO de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra*, a lo largo de su extendida trayectoria con origen en el año 2008, ha intentado conformar espacios de formación, investigación, difusión y diálogo en torno a procesos sociales con propósito de establecer sinergias entre la riqueza del pluralismo y la diversidad, y el carácter inclusivo e igualitario de la ciudadanía. La pandemia de la Covid-19 ha supuesto un desafío para la gestión de nuestra salud, pero también para la identificación de los factores de exposición y sus consecuencias. Por ello, la mencionada Cátedra de la Universidad Pública de Navarra organizó el pasado otoño, una jornada financiada por el Departamento de Universidad, Innovación y Transformación digital a través de la convocatoria de “Subvención de proyectos realizados por las cátedras de las universidades navarras” dedicada a la reflexión sobre la gestión de la pandemia, su impacto y las desigualdades sociales y la salud de la población que han afectado tanto a la exposición como a las consecuencias de la enfermedad. Para este espacio se ha contado también con la participación de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

1. Este artículo presenta las principales reflexiones aportadas por personas expertas en las jornadas sobre desigualdades en salud organizadas por la Cátedra Unesco de la Universidad Pública de Navarra y financiadas por el Departamento de Universidad, Innovación y Transformación digital. Los materiales audiovisuales completos de estas jornadas están disponibles en <https://www.unavarra.es/catedraunesco/actividades/cursos-y-conferencias?seccion=prog&opcion=2020&contentId=249664>

Existe un amplio y arraigado consenso en definir los determinantes sociales de la salud como aquellos factores sociales, económicos, personales y ambientales que marcan el estado de salud de las personas o poblaciones (OMS, 2020). Sin embargo, a pesar de este contexto no es habitual encontrar esta mirada social en el diseño y evaluación de las políticas (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012). En este sentido, la jornada, titulada “*Desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia*”, pretendía ahondar en el nivel de impacto que las desigualdades sociales en el ámbito de la salud suponen para aquellos colectivos más desfavorecidos. Ello con el fin de profundizar en algunos aspectos esenciales para el avance y la implementación del enfoque de salud en todas las políticas tanto para la comprensión como para y la gestión de esta crisis sanitaria.

A lo largo de este trabajo se presentan las cuestiones reseñadas por el conjunto de las personas intervinientes en el coloquio con el propósito de ofrecer aquellas recomendaciones que, fruto de las reflexiones e intervenciones participantes en el foro, se extrajeron. En primer lugar, se discuten las personas participantes en el coloquio Posteriormente se presentan las aportaciones de contenido acerca el impacto de la Covid-19 sobre incorporando al análisis la mirada de la desigualdad social. En último lugar se aportarán algunas claves para contribuir a implementar la salud en todas las políticas e incorporar el enfoque de las desigualdades sociales la gestión de la pandemia. La importancia de esta jornada en buena parte es abordar temáticas que no habitualmente se abordan y más en un momento tan importante como es la gestión de una pandemia donde continuamente se toman decisiones. Además, la jornada y el artículo pretenden apoyar la incorporación del enfoque de las desigualdades sociales en la salud y en la gestión de la propia pandemia.

La organización del encuentro tuvo lugar el 27 de octubre de 2020 en una jornada virtual de tarde de cuatro horas de duración. Su estructura contó con dos mesas de debate con foro asistente. En la primera mesa, titulada “Desigualdades Sociales en salud y la Covid-19” se profundizó por un lado en las desigualdades sociales en la salud y en su relación con la Covid-19. En la segunda mesa, titulada “Cómo reducir las desigualdades en salud derivadas de la pandemia y su gestión” se enfatizó en algunas claves sobre actuaciones efectivas para reducir las desigualdades en salud derivadas de la pandemia y su gestión. En cada una de las mesas, con una hora y media de duración, de contó con la participación de dos ponentes, que entablaron dialogo sobre las cuestiones planteadas. Posteriormente se recogieron las aportaciones de las personas asistentes en el foro. La jornada fue presentada por Carlos Artundo Purroy, Director General de Salud del Gobierno de Navarra y por Begoña Pérez Eransus, vicerrectora de Proyección Universitaria, Cultura y Divulgación de la Universidad Pública de Navarra, quienes comenzaron identificando algunos de los retos a los que nos enfrentamos en materia de salud y de desigualdades sociales.

Pedro Gullón y Amaia Bacigalupe fueron las dos personas primeras en intervenir en la mesa de debate titulada “Desigualdades Sociales en salud y la Covid-19”.

Pedro Gullón es epidemiólogo social y médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Por su parte, Amaia Bacigalupe es investigadora y docente en la UPV-EHU y miembro del Grupo de Investigación OPIK. Posteriormente, Usama Bilal y Elena Aldasoro intervinieron en la segunda de las mesas titulada “Cómo reducir las desigualdades en salud derivadas de la pandemia y su gestión”. Usama Bilal es profesor en el Departamento de Epidemiología y Bioestadística, y en la Colaboración en Salud Urbana, de la escuela de Salud Pública de la Universidad Drexel (Filadelfia, EE. UU.) mientras que Elena es Doctora en Medicina y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Las personas encargadas de la moderación de las mesas fueron Lucía Martínez Virto, profesora de la Universidad Pública de Navarra e investigadora del grupo ALTER, y Unai Martín, Profesor de la Universidad del País Vasco, Miembro del Grupo de Investigación en Determinantes Sociales y Cambio Demográfico-OPIK. El foro contó con un total de 113 participantes inscritas en la jornada con perfiles diversos y relacionados con la intervención social, la participación o la gestión y el estudio de las políticas sociales y la salud pública.

A lo largo de la jornada se disfrutó de las aportaciones de voces expertas abordando la temática en relación con la desigualdad social y la salud desde diferentes puntos de vista. Pedro Gullón ofreció una perspectiva de impacto de la pandemia sobre la salud de la población según clase social, Amaia Bacigalupe atendiendo al género como punto de inflexión en las consecuencias de la Covid-19 y salud, Usama Bilal abordó el impacto desde una perspectiva multinivel y en su gestión mientras que Elena Aldasoro aportó la atención a los determinantes sociales en salud desde la gestión. A continuación, se presentan las cuestiones abordadas.

2. El virus entiende de clases sociales: el impacto de la Covid-19

La incidencia del virus ha sido la mayor preocupación de nuestra sociedad en este último año. ¿A quién afecta más? ¿Qué factores de riesgo existen? ¿Quiénes sufren las peores consecuencias? Las distintas intervenciones pusieron de manifiesto algunas cuestiones fundamentales sobre las desigualdades en salud y las oportunidades de incorporar esta mirada en todas las políticas.

Al igual que ocurre con otras enfermedades, la llegada de la Covid-19 también formuló una pregunta que muchos y muchas necesitaban responder ¿Afecta a todas las personas por igual? A los pocos días de pandemia parecía evidente que, a diferencia de otras crisis como la anterior, esta pandemia podía afectar a toda la población por igual. No obstante, a los pocos meses de su llegada, una mirada más allá de los datos de la enfermedad ponía de manifiesto que el impacto de la pandemia y su gestión iba a ser más intenso en los colectivos más desfavorecidos.

Testimonios de profesionales sanitarios y personal de rastreo alertaba de que las condiciones laborales de las personas estaban siendo determinantes a la hora de manifestar síntomas. Las economías precarias y el riesgo a la pérdida de

ingresos han sido en ocasiones motor de que muchas unidades familiares hayan rechazado la realización de pruebas diagnósticas por la Covid-19 por lo que un positivo significaría para su sustento familiar. Dejar de trabajar es para muchas familias sinónimo de perder la capacidad para el sostenimiento de sus familias.

Del mismo modo, las condiciones de habitabilidad de la vivienda implicaban fuertes obstáculos para enfrentar los periodos de confinamiento y acotar la transmisión del virus. De hecho, el Estudio del impacto de la situación de confinamiento en la población de la ciudad de Madrid tras la declaración del Estado de Alarma por la Pandemia Covid-19 (2020) constata esta realidad. Por otro lado, los resultados del estudio 'INSESS-COVID-19 (2020) constatan a su vez que la vertiente económica y del bienestar social se ha visto afectado especialmente a los colectivos más vulnerables (trabajadores/As precarios/As, mujeres y niños/as). Manejar estas realidades ha implicado una fuerte preocupación para la toma de decisiones en la gestión de la pandemia.

A la hora de profundizar en la incidencia que las desigualdades sociales suponen sobre la salud de la población, se constata que, por ejemplo, África y Asia, siendo los países con mayor tasa de pobreza, acogen coincidentemente la tasa de mortalidad materna² más alta (Naciones Unidas, 2020). Relación causal entre pobreza y mortalidad que extrapolando el análisis a otros territorios como España se puede comprobar a su vez que existe una relación clara entre nivel de renta y mortalidad. Por ejemplo, detalla Pedro Gullón, en Madrid, la zona norte acoge menor concentración de pobreza que en la zona sur y a su vez más niveles de bienestar y mejor estado de salud. Incluso al comparar la esperanza de vida en los barrios de esta ciudad, se observa que los distritos de Salamanca, Chamberí y Moncloa-Aravaca, que a su vez son los barrios con tramos de renta más altos, son los barrios que mayor esperanza de vida presentan (de 82,8 a 83 años) de la ciudad. Por el contrario, Vallecas y Madrid centro, siendo barrios con menor nivel de renta de la ciudad, presentan una esperanza de vida más baja (80,2 a 80,3 años) (Segura del Pozo, 2015).

Para explicar las causas de estas desigualdades en salud, Gullón aportó algunos referentes que han permitido avanzar en esta materia. Por un lado, Geoffrey Rose (1926-1993) avanzó a lo largo de su trayectoria la necesidad fehaciente de indagar en los factores de las enfermedades atendiendo no solo los componentes biomédicos sino incluyendo como elemento predispositivo los estilos de vida (Norman, 2015). Por otro lado, David Gordons (1999) añade que serán las condiciones de vida y no las decisiones individuales de las personas los factores verdaderamente influyentes sobre la salud, por ello insiste en que una mejor salud estará relacionada con las condiciones de no ser pobre, no tener una familia pobre, tener capacidad económica y material suficiente, no haber vivido un proceso migratorio, la pérdida del empleo, entre otras. Además, Gullón, añade algunos elementos que pueden resultar claves en la actualidad como factores determinantes

2. La tasa de mortalidad materna es el número anual de muertes femeninas por cada 100.000 persona recién nacida por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo causas accidentales o incidentales).

de la salud son los determinantes estructurales (contexto socioeconómico y político, políticas diferentes, tipo de mercado de trabajo) y ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia y territorio). En otras palabras, la posición social ocupada en el eje y el contexto social determinará presumiblemente el acceso o no a una mejor calidad de vida digna, hecho que guardará relación con la aparición de enfermedades y su impacto en la sociedad.

Durante los últimos meses ha sido frecuente escuchar en la esfera cotidiana afirmaciones que posicionan al SARS-COV-2 como una enfermedad que no entiende de clases ni de profesiones, si bien, a pesar de ello los análisis aportados dejaban claro que sí entiende de clases sociales. En este sentido, la probabilidad y el riesgo como dos estados inherentes a la salud no serán las mismas en función de los determinantes sociales mencionados. Es decir, a pesar de que todas las personas estamos expuestas al virus, el grado e intensidad no será el mismo, así como tampoco el impacto y consecuencias sobre la salud dependiendo de las posiciones anteriormente descritas. Este hecho ha sido manifiestamente visible en este tiempo pues los primeros estudios apuntan ya a la clara diferencia en la incidencia del virus según la posición socioeconómica de la población.

Alguno de estos estudios, expuestos por Gullón, constatan, que, por ejemplo, en Barcelona, ha habido una mayor incidencia de la Covid-19 en barrios con menor nivel de renta por hogar. A causa presumiblemente de la presencia de peores condiciones de vida y, por tanto, mayor exposición al virus en esta población. Otro estudio manifiesta que mientras que las personas con rentas superiores a 5.000 euros mensuales tienen un 71 % posibilidad de acceso al teletrabajo, los hogares con ingresos inferiores a 500 euros al mes tenían una posibilidad de 0%. Lo que significa que estos hogares, por las características de su puesto de trabajo, habrán experimentado más riesgo ante la Covid-19 por su nivel de exposición diario. Además, las rentas más bajas son quienes probablemente sufran más situaciones de hacinamiento o infravivienda al volver del trabajo, lo que multiplica todavía más el riesgo de infección al que se exponen a diario. A ello cabe sumar el mayor riesgo que la enfermedad puede suponer para aquellas personas con patologías previas como la diabetes o la obesidad. Coincidentemente, estas enfermedades también sufren una clara predisposición en sus causas relacionada con el origen social de las personas. Situación que todavía añade mayor riesgo ante la enfermedad para este colectivo.

Otra importante afección de las desigualdades sociales en la salud está relacionada con la cuestión de género. En este sentido, Amaia Bacigalupe posiciona el tradicional modelo biologicista para el estudio de la medicina como el causante de la ausencia de la comprensión de la salud colectiva como un fenómeno psicosocial. Asimismo, la ciencia como producto humano se ha construido en base a las investigaciones efectuadas por los hombres y de ello la ausencia de visibilización de los problemas de salud sobre las mujeres. Por ello el eje de la desigualdad de género es crucial en el análisis y tratamiento de la pandemia.

A lo largo de estos últimos meses la exposición ante la Covid-19 ha sido diferente en función de los roles asignados a hombres y mujeres. Los primeros datos muestran que durante la primera oleada de la enfermedad la proporción de mujeres infectadas fue mayor, lo que probablemente está vinculado a que son ellas

quienes más puestos ocupan en el ámbito sanitario como sector feminizado. De hecho, en datos aportados por OPIK, 6 de cada 10 personas contagiadas por la Covid-19 en el primer semestre de la enfermedad son mujeres. Queda de manifiesto por tanto el importante papel de las mujeres como sustento de los cuidados en los hogares más si cabe en tiempos de pandemia. En un estudio sobre la salud de la infancia confinada en la primera ola de la pandemia un 86 % de respuestas venían de madres, lo cual evidencia la implicación de estas sobre los cuidados y el mantenimiento del bienestar del hogar. Por otro lado, atendiendo a los datos sobre la destrucción del empleo, en el tercer trimestre los niveles más altos de desempleo eran sujetados por estas al formar parte del grueso del tercer sector (comercio, hostelería...) pese a que por el contrario las mujeres también se encuentran sobrerrepresentadas en otros sectores esenciales en la crisis como la enseñanza, servicios sociales y sanidad.

Algunos otros datos apuntados por el Instituto Vasco de la Mujer sobre el impacto de la Covid-19 desde la perspectiva de género, determinan que 8 de cada 10 personas sanitarias que han salvado vidas en este tiempo han sido mujeres, 8 de cada diez mujeres son empleadas de residencias o 9 de cada diez personas cuidadoras informales de personas dependientes son mujeres. De ello que el mayor embudo de contagios en la primera ola de la pandemia haya impactado sobre ellas. De hecho, el informe Covid-19 del Instituto de Salud Global de Barcelona con fecha de octubre de 2020 expone que el 4,1 % de los casos son personal sociosanitario, siendo significativamente mayor porcentaje de mujeres (6,2 %) frente a los hombres (1,9 %). En ello cabe destacar que el 78 % del personal sociosanitario contagiado son mujeres.

3. La gestión de la crisis sanitaria y sus consecuencias en las brechas sociales

Hasta el momento se ha constatado que, a pesar de que al inicio de la crisis por la Covid-19 se dieron elementos muy diferenciados a otras crisis sociales anteriores, pues parecía que esta crisis afectaba a todas las personas por igual. Sin embargo, pronto comenzó a constatar que se ha avanzado anteriormente, que sus efectos no iban a repartirse de manera homogénea en la población. Por un lado, el punto anterior ha identificado el impacto diferencial del virus según determinantes sociales. A continuación, se abordarán las consecuencias de las medidas de gestión implantadas.

Desde el inicio de la pandemia, los distintos responsables institucionales en materia de salud tuvieron que tratar de responder con medidas para la gestión de la pandemia. La primera marcada por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19. Este decreto estipulaba el confinamiento domiciliario de la población y la prohibición de funcionamiento presencial de todas aquellas actividades no esenciales en el territorio español. Dicha norma fue modificándose en función de la evolución de la pandemia, lo cual a su vez no fue impuesta de manera democrática sobre la población ya que, por ejemplo, las

trabajadoras de cuidados en hogares fueron catalogadas como trabajadoras esenciales mucho más tarde que el personal sanitario de hospitales.

La gestión de la pandemia no ha afectado de la misma manera a la población en general pero tampoco lo ha hecho de igual forma en los colectivos vulnerables. Si bien como veremos más adelante las mujeres víctimas de violencia de género y las personas en situación de insuficiencia de ingresos han sufrido visiblemente, también lo han hecho y en más intensidad quienes habitan por ejemplo en situación de infravienda. Martínez-Virto & Azcona-Martínez (2020) hacen referencia a cómo estas situaciones vividas en hogares con presencia de niños/as en edad escolar ha dificultado el seguimiento educativo durante meses con todo el impacto que ello puede tener para el desarrollo y bienestar infantil. En este sentido, las medidas tomadas tienen impacto diferenciado por tanto entre hombres y mujeres, edad y clase social.

El decreto de confinamiento domiciliario en el punto más álgido de la pandemia (Real Decreto 463/2020), ha tenido como consecuencia sobre las mujeres el recrudecimiento de las situaciones de violencia de género. A pesar de haberse visto reducidas las denuncias por violencia de género durante los primeros meses de la pandemia, en el periodo de mayo a julio, al terminar el encierro domiciliario, estas repuntaron notoriamente. Asimismo, el número de denuncias creció un 24 % en el tercer trimestre de 2020 en datos comparados del segundo trimestre del mismo año, que fue el más afectado por las consecuencias de la crisis sanitaria y el encierro (Informe trimestral del Consejo General del Poder Judicial, 2020). Esta medida, impuesta como freno de extensión del virus requiere, como bien concluye Amaia Bacigalupe, de una mirada desde la perspectiva social y de género en salud y la gestión de la pandemia. Además de investigar en políticas de salud y cuidado donde los comités presenten voces de personas expertas sin desequilibrios de género como puede venir ocurriendo en la toma de decisiones sobre gestión, más todavía, en momentos de pandemia.

Además de sobre la cuestión de género y clase social como bien se ha comprobado ya, una de las consecuencias del aumento de las desigualdades sociales por el impacto de la Covid-19 ha sido el visible ensanchamiento de la brecha social ya existente. Clase social y género son dos claros ejemplos de desigualdades afectadas por el virus, pero no los únicos. No obstante, también las relaciones de poder se han visto manifiestamente enfrentadas, como bien detalla Usama Bilal, desde la llegada de la pandemia. Ser susceptible al virus, estar expuesto/a, infectado/a y recuperado/a son puntos que generan desigualdades pues la exposición a la enfermedad es diferencial a la vez que lo es el acceso a recursos materiales que favorezcan la recuperación, por ejemplo.

La exposición diferenciada ante los determinantes sociales origina, por tanto, que aquellos colectivos especialmente vulnerables por sus condiciones de vida y/o salud hayan visto agravada sus situaciones de desventaja frente al virus. Por ello, desde las instituciones públicas es necesario atender estas realidades en términos de gestión de las políticas sociales en salud. Por ello, es importante introducir medidas que reduzcan la extensión del virus atendiendo en el centro de la toma de decisiones a los colectivos más vulnerables como los previamente mencionados (mujeres y hogares con bajos ingresos). Sólo así se podrá intervenir desde la salud

pública en el horizonte de reducir las brechas señaladas. Al igual que se recoge en las distintas ponencias, Usama Bilal, en su exposición, resalta como algunas posibles medidas que avancen en esta vía la dotación de mayores recursos a la salud pública para el adecuado control de la pandemia, además de invertir en medidas sociales para colectivos vulnerables como por ejemplo con la atención específica desde los centros educativos a hogares en los que niños y niñas encuentran dificultades para el seguimiento académico, o, por otro lado, garantizar ingresos efectivos a aquellas unidades familiares que no pueden permitirse un parón laboral por la Covid-19. Bilal insiste en que la mirada social no sólo debe incluirse en las políticas de gestión de la pandemia, sino que las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, sexo, edad, estilo de vida, así como cualquier otro factor de índole social (desempleo, infravivienda, escasa red de apoyo) deben ser una cuestión implementada en todas las políticas diseñadas más allá de la pandemia. Tener en cuenta esta última cuestión, según Elena Aldasoro, requerirá del establecimiento de herramientas de evaluación del impacto social de las políticas de salud. Esta, explica en reseña a Elliot (2010), que las herramientas de evaluación de las consecuencias de la implementación de cualquier tipo de intervención en salud tienen sobre la población resulta un proceso por el cual, la evidencia (de diverso tipo), los intereses, valores y significados de las diferentes personas implicadas (políticos/as, profesionales, ciudadanos/as) se ponen en diálogo para entender y anticipar de una forma imaginativa los efectos de la salud y las desigualdades en salud en la población dada.

La justificación del uso de estas herramientas de evaluación se basa en algunos valores sociales importantes para la mejora de las políticas sociales como pueden ser la equidad, la participación, la transparencia, la rendición de cuentas y el mejor conocimiento disponible son algunos de (Urbina & González, 2012). En el marco de la sanidad, la intervención o análisis de las políticas sociales detallan las causas modificables (determinantes de los determinantes). De ello deriva la posibilidad de cambiar ciertos factores de riesgo (determinantes) y a su vez que los cambios se puedan producir en el estado de salud. Por todo esto es importante que en la evaluación de las políticas sanitarias se centre la atención en los datos cualitativos y cuantitativos de toda intervención social y comunitaria efectuada. Sólo así se podrán conocer los impactos y medidas prioritarias a introducir en cualquier cuestión. Es por tanto en la fase específica de *evaluación* donde se interrelacionan los determinantes sociales y características de la población en términos de salud, la revisión documental y de la literatura científica y no científica, así como la información cualitativa con el pretexto de emitir de monitorear las actuaciones y proceder a establecer recomendaciones y seguir las propuestas.

Cabe señalar en todo el proceso de evaluación de las políticas efectuadas, que uno de los puntos importantes a la hora de que se produzca cualquier cambio o nueva medida es la medición efectuada en términos políticos. De esta manera, dirigentes en materia de las políticas sociales evalúan cuál será el impacto previsto y si se tiene el suficiente apoyo político, el momento y los recursos necesarios para la introducción de nuevas medidas o cambios en las políticas de salud. Es decir, cualquier nueva medida decretada es previamente estudiada no sólo por la propia evaluación del impacto, sino también por la idoneidad de la ac-

tuación en términos de interés y capacidad política. Como bien señala Elena Aldasoro, en el momento en el que la esfera política apuesta por la actuación se procede entonces al diseño y la planificación de las medidas, donde ya quedan concretados aspectos más específicos del proceso como quién hace qué o la temporalidad.

Intervenir en estas situaciones de clara desventaja social como señala Carlos Artundo Purroy, es complejo y requerirá la necesaria coordinación entre los sistemas de Servicios Sociales y Salud con la toma de medidas de intervención, como, por ejemplo, profundizar en las concretas situaciones de vulnerabilidad y acompañar unas mejores condiciones vitales que garanticen un mínimo de oportunidad para cuidar la salud de estos colectivos.

Tomando en cuenta la evidente importancia de introducir la evaluación de la intervención social y sanitaria en las políticas sociales para la adaptación y mejora, una de las recomendaciones del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra por la Covid-19 ha sido la de “realizar la evaluación retrospectiva, concurrente y prospectiva del impacto en salud y sus determinantes sociales, del conjunto de medidas adoptadas para contener la expansión de la Covid-19 en Navarra”. En este sentido, y como objetivos específicos de este proyecto se estableció (1) identificar los impactos positivos y negativos de las medidas por la Covid-19 en la población general y en los diferentes grupos sociales en Navarra, (2) elaborar recomendaciones para ayudar a maximizar los efectos positivos y minimizar los negativos en la toma de decisiones sobre la crisis pandémica Covid-19 e (3) identificar áreas y sinergias de trabajo intersectorial para mantener la equidad en salud en tiempos de crisis.

Dicha evaluación se ha desarrollado en un periodo que comprende desde el confinamiento hasta la nueva normalidad. Los elementos analizados en este periodo han sido la suspensión de la actividad presencial educativa, las restricciones de movilidad, el confinamiento domiciliario, el mantenimiento de servicios esenciales, la restricción de no esenciales, así como las medidas de apoyo para trabajadores/as, empresas, familias además de la investigación en salud para lograr la efectividad de la vacuna.

Esta propuesta, insiste la ponente, es fruto de la voluntad política al disponerse de una estructura intersectorial e interinstitucional cuyo objetivo es la reflexión sobre la desescalada para su conexión con retos sociales, humanos y económicos planteados. El apoyo institucional ante esta herramienta de análisis de los determinantes sociales en salud es clave. Asimismo, el intervenir en toda situación de desventaja social comentada a lo largo del escrito, tal y como señala Carlos Artundo Purroy, es complejo y además de medidas y herramientas específicas de evaluación del impacto social de las políticas, considera fundamental como añadido la coordinación entre los sistemas de Servicios Sociales y Salud. La cooperación interadministrativa de ambos sistemas permitirá profundizar en situaciones concretas de vulnerabilidad y acompañar en la medida de lo posible a estas personas condiciones de vida que garanticen un mínimo de oportunidad para cuidar su salud.

Los principales resultados de este estudio mencionado sobre el impacto del encierro domiciliario (Gobierno de Navarra, 2020) distanciamiento físico, cierre

educativo, pérdida de empleo o intensificación de cuidados sobre la salud de la población evidencian con claridad que algunos grupos de población han sufrido con más intensidad. Asimismo, las mujeres víctimas de violencia de género, las personas solas (sobre todo personas mayores), las personas con trastorno mental o que atravesaban procesos de duelo, hogares con infravivienda o patologías previas, así como niños/as fueron los grupos de población más afectados por las medidas viviendo con fuerte intensidad un deterioro de la salud física (exposición y contagio por la Covid-19) y emocional (síntomas depresivos, problemas de sueño, irritabilidad...).

A pesar del consenso observado en introducir la mirada social en la salud y más si cabe en un momento social como el actual de pandemia, es visible todavía la presencia de ciertos obstáculos para conseguir que dicho reconocimiento sea un hecho extendido. La primera resistencia, como manifiesta Usama Bilal, es la existencia de notables diferencias en función de los patrones políticos de comportamiento. A la hora de detallar esta cuestión, se utilizaron varios ejemplos de EE. UU. señalando que, en aquellos territorios gobernados por la ideología demócrata (centro/centro-izquierda), se ha visto un menor impacto social por la Covid-19 durante el primer semestre de pandemia. En este sentido, Bilal considera que, previsiblemente, el hecho de que en las zonas estadounidenses con tradición de gobierno demócrata el menor impacto por la Covid-19 en términos de mortalidad y ocupación de hospitales pueda estar relacionado con que tradicionalmente son territorios donde superiores inversiones se efectúan en salud pública. De la misma manera, en España, en este tiempo también se ha podido comprobar cómo en aquellas CC. AA. donde la sanidad pública ha vivido en menor medida los reajustes y el periodo de austeridad posterior a la crisis económica de 2008, las cifras en términos de mortalidad son más bajas y, por el contrario, las recuperaciones más frecuentes.

La segunda resistencia identificada en la jornada está relacionada con las dificultades habituales a la hora de introducir la evaluación de impacto social de las políticas de salud, que se hacen todavía más intensas en un momento de toma rápida de decisiones por el avance impredecible de la pandemia. Decisiones que pese a haber sido tomadas bajo patrones de evidencia, se han dado con un cierto componente de rapidez e incertidumbre por el avance de la pandemia. Elena Aldasoro añade como otra posible resistencia la falta de conocimiento en la población sobre el papel que juegan los determinantes sociales de la salud. En este sentido Pedro Gullón recoge, la inexistencia de variables que permitan medir los determinantes sociales en los problemas de salud como otro de los posibles obstáculos para la incorporación y extensión de este enfoque. Amaia Bacigalupe reconoce, en este sentido, que, las existentes dificultades encontradas durante los procesos de investigación en salud desde la perspectiva de género, pues esta no parece considerarse una variante lo suficientemente relevante como para incluirla en los estudios.

Otra resistencia está relacionada con la clara insuficiencia en la generación de información con representatividad de género y clase social que permita tomar decisiones sobre actuaciones equitativas que ayuden a arrojar luz sobre las situaciones más vulnerables a las medidas universales.

En síntesis, las ideas obtenidas de la jornada ponen de manifiesto que el tratamiento de la salud en términos de prevalencia y afección de múltiples enfermedades y, en concreto, la Covid-19, está claramente marcada por posiciones de desigualdad social relacionadas con, por ejemplo, los determinantes socioeconómicos, origen, y/o el género. En respuesta a un modelo tradicional de diseño de políticas en salud marcado por la comprensión biomédica de la salud, constatan la importancia de incorporar la mirada social en el diseño y atención a la salud, más si cabe, sobre la población más vulnerable en un contexto como el de crisis sanitaria actual.

Recomendaciones para incorporar la salud y sus determinantes sociales en todas las políticas

A continuación, se exponen una serie de recomendaciones fruto de las aportaciones previas en cuatro ámbitos de acción con el objetivo fundamental de incorporar la perspectiva social en la comprensión y el diseño de la salud y las políticas sociales.

- **Introducir la perspectiva de la desigualdad en el estudio y el impacto de las políticas en salud.**
 - Analizar la variable de posición socioeconómica (nivel de ingresos, ocupación y educación) en el estudio y tratamiento de las enfermedades y la Covid-19.
 - Atender la variable de género y edad en el estudio y tratamiento de las enfermedades y la Covid-19.
 - Introducir la variable de origen y proceso migratorio en el estudio y tratamiento de las enfermedades y la Covid-19.
 - Incorporar la variable de minorías étnicas en el estudio y tratamiento de las enfermedades y la Covid-19.
- **Poner en marcha mecanismos de acción inclusiva que revertan las situaciones de desigualdad en el cuidado de la salud de la población más vulnerable.**
 - Garantizar el sustento económico en aquellas personas que requieran guardar reposo y cuarentena ante enfermedades extendidas y la Covid-19.
 - Velar por la garantía del puesto de trabajo en aquellas personas que requieran ausentarse del mismo por motivos de salud y no tienen seguridad laboral materializada.
 - Apoyar el cuidado de personas dependientes, infancia incluida, en aquellos momentos en los que las personas cuidadoras de referencia deban guardar reposo o cuarentena por motivos de salud.
 - Incorporar nuevas medidas de “respiro” en el cuidado a personas dependientes cuando las familias, especialmente las mujeres cuidadoras trabajen en el sector sanitario y de cuidados.
- **Incorporar la mirada de la equidad en salud en las políticas públicas con herramientas como la EIS (Evaluación del impacto en salud) que permi-**

tan comprender, diseñar y ejecutar las políticas de las políticas sociales considerando su potencial impacto en las desigualdades en salud.

- Reforzar el tratamiento de la salud como un fenómeno biopsicosocial apoyando la extensión este conocimiento y comprensión al colectivo encargado de la toma de decisiones de las políticas sociales.
- Incorporar EIS (Evaluación de impacto en salud) a cualquier nuevo diseño de intervención teniendo en cuenta la mirada social y la implicación de los determinantes sociales.
- Atender a ejemplos de buenas prácticas basadas en la evidencia en la atención a la salud, la gestión sanitaria y de la pandemia existente en otros territorios.
- Mostrar apoyo y respaldo social, económico y político ante iniciativas sociales y políticas de avance hacia la inclusión sociosanitaria.
- **Divulgar el impacto de las desigualdades en salud con el fin de promover reflexión y extender el conocimiento social sobre la cuestión.**
 - Generar estudios y literatura accesible para el conjunto de la ciudadanía sobre el fenómeno de la multidimensionalidad de la exclusión social, salud e inclusión.
 - Incorporar en los medios de comunicación espacios de debate y reflexión sobre la cuestión con personas expertas que aporten indicadores e información empírica y de calidad.
 - Promover la formación y divulgación de resultados hacia los sectores influyentes para incorporar la salud y sus desigualdades a la toma de decisiones
 - Ofrecer a la ciudadanía en su conjunto espacios de reflexión y vivencias sobre la salud, así como oportunidades formativas accesibles sobre salud y desigualdad.

Bibliografía

- ALDASORO, E. (27 de octubre de 2020). *Jornada de desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia*. En la página web de Cátedra Unesco de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra. Acceso en video. Recuperado de: <https://www.unavarra.es/catedraunesco/actividades/cursos-y-conferencias?languageld=100000>
- ARTUNDO PURRO y, C. (27 de octubre de 2020). *Jornada de desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia*. En la página web de Cátedra Unesco de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra. Acceso en video. Recuperado de: <https://www.unavarra.es/catedraunesco/actividades/cursos-y-conferencias?languageld=100000>
- BACIGALUPE, A. (27 de octubre de 2020). *Jornada de desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia*. En la página web de Cátedra Unesco de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra. Acceso en video. Recuperado de: <https://www.unavarra.es/catedraunesco/actividades/cursos-y-conferencias?languageld=100000>
- BILAL, U. (27 de octubre de 2020). *Jornada de desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia*. En la página web de Cátedra Unesco de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra. Acceso en video. Recuperado de: <https://www.unavarra.es/catedraunesco/actividades/cursos-y-conferencias?languageld=100000>
- ELLIOT, J. (2010). "El estudio de la enseñanza y del aprendizaje: una forma globalizadora de investigación del profesorado". *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (68), 223-242.
- Encuesta Covid-19 a hogares de Madrid. Abril 2020 - Ayuntamiento de Madrid. (2021). Recuperado el 12 de marzo de 2021, desde <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Informacion-y-medidas-especiales-durante-el-tiempo-del-Coronavirus-/Preguntas-y-respuestas-durante-el-periodo-de-alarma-y-posterior-por-Coronavirus/Preguntas-sobre-las-fases-de-la-desescalada-/Encuesta-Covid-19-a-hogares-de-Madrid/?vgnextfmt=default&vgnextoid=368455ca19802710vgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=af3e417c43dd1710vgnVCM1000001d4a900aRCRD>
- GARCÍA ALONSO, Marta. (10 de noviembre de 2014). "Ciertamente, lo que cuenta es tremendo". En: Josu. *El plagio de Antonio Romero: juzguen ustedes mismos*. [Comentario a una publicación en un blog]. Recuperado de <http://www.malaprensa.com/2014/11/el-plagio-de-antonio-romero-juzguen.html?showComment=1415617235776#c9029448921518146706>
- Gobierno de Navarra (2020). *Evaluación de impacto en salud de las medidas de gestión y control de la Covid-19 en Navarra*. Pamplona: Instituto de la Salud Pública.
- GORDON, D. (1999). "An Alternative Ten Tips for Staying Healthy". *Personal Communication*, October, 10.
- GULLON TOSIO, P. (27 de octubre de 2020). *Jornada de desigualdades sociales en salud en tiempos de pandemia*. En la página web de Cátedra Unesco de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra. Acceso en video. Recuperado de: <https://www.unavarra.es/catedraunesco/actividades/cursos-y-conferencias?languageld=100000>
- INSESS-COVID19 - Fundació iSocial. (2021). Recuperado el 12 de marzo de 2021, desde https://isocial.cat/es/projectes_isocial/estudi-prospectiu-iness-covid19/
- Instituto de Salud Global de Barcelona (2020). *¿Qué sabemos del impacto de género en la pandemia de la Covid-19?* Recuperado el 16 de marzo de 2021 desde https://www.isglobal.org/documents/10179/7943094/16_ISGlobal+Covid-19+y+genero+ES.pdf/f26ef8d5-39d8-430d-9217-06c138b3e530
- Instituto Vasco de la Mujer (2020). *El impacto de la Covid-19 desde la perspectiva de género*. Recuperado el 16 de marzo de 2021 desde https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde_covid

19/eu_def/adjuntos/2020.07.la_igualdad_en_epoca_de_pandemia.pdf

MARTÍNEZ-VIRTO, L. & AZCONA-MARTÍNEZ, A. (2020). "Escuela Post-Covid: La Oportunidad de Repensar la Educación en Clave Inclusiva". *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3).

Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19.

Naciones Unidas (2020). Acabar con la pobreza. Recuperado el 8 de marzo de 2021 desde: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/poverty/index.html>

NORMAN, A. H. (2015). "Estrategias da medicina preventiva de Geoffrey Rose". *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 10 (34), 1-3.

POZO, J. (2021). *Desigualdades en la mortalidad en hombres entre barrios de Madrid*. Recuperado el 12 de marzo de 2021, desde <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/05/29/desigualdades-en-la-mortalidad-de-hombres-entre-barrios-de-madrid/>