



# Pobreza e inequidad en salud

propuestas de mejora de las  
políticas de salud para luchar  
contra la pobreza y la  
exclusión social





# Pobreza e inequidad en salud

Propuestas de mejora de las políticas de salud  
para la lucha contra la pobreza y la exclusión social

**European Anti-Poverty Network (EAPN)** es una Plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea. La EAPN busca permitir que aquellas personas que sufren la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos y deberes, así como romper con su aislamiento y situación, y tiene como objetivo principal situar ambas cuestiones en el centro de los debates políticos de la Unión Europea.

En España, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) es una organización horizontal, plural e independiente que trabaja para trasladar este objetivo a la realidad española y por incidir en las políticas públicas, tanto a nivel europeo como estatal, autonómico y local. Actualmente está compuesta por 19 redes autonómicas y 18 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social. En total, EAPN-ES engloba a más de ocho mil entidades sociales en todo el Estado.

Entre nuestros objetivos, al igual que entre los objetivos de EAPN en Europa, se encuentra el de implantar un método de trabajo en Red para trabajar de manera conjunta y aunar esfuerzos para la consecución de mayores y mejores resultados en la lucha por la erradicación en España de la pobreza y la exclusión social.

**Autor:** Juan Carlos Llano. Responsable de investigación.

**Título:** Pobreza e inequidad en salud: Propuestas de mejora de las políticas de salud para la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

**Fecha:** diciembre 2020



## **EAPN ESPAÑA**

C/ Tribulete, 18 Local, 28012 Madrid  
91 786 04 11 - eapn@eapn.es  
www.eapn.es

Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se citen las fuentes, respetándose el contenido tal y como está editado sin ningún tipo de tergiversación o cambio.



Esta publicación ha recibido el apoyo económico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, dentro del Programa de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del I.R.P.F. Programa *Tejiendo Redes contra la Pobreza y la Exclusión social en las Familias* (Expediente: Exp. 101/2019/190/7) La información contenida en la publicación, no refleja la posición oficial del Ministerio.

# Índice

- 5 Introducción
- 6 Los datos
- 7 Género
- 8 Etnia
- 8 Vivienda
- 9 Seguridad energética
- 10 Pobreza como factor transversal de todas las políticas
- 11 La situación previa: cierre en falso de la crisis económica
- 12 La crisis del coronavirus
- 15 Las previsiones
- 16 ¿Cómo influirá todo esto en la salud?
- 17 Propuestas para reducir la inequidad en salud
  - 18 Indicadores
    - 18 De carácter social
    - 19 Economía y empleo
    - 19 Salud y sanidad
    - 20 Servicios públicos
    - 20 Género y salud
    - 22 Vivienda



# Introducción

Existen multitud de estudios sobre la relación entre la pobreza y la salud de las personas. Todos ellos confluyen en afirmar que las diferencias socioeconómicas se encuentran estrechamente correlacionadas con los niveles de salud.

Hasta el año pasado, España era considerado el país más saludable del mundo, según la edición 2019 del Índice Bloomberg Healthiest Country<sup>1</sup>. Además, la Comisión Europea considera que el sistema de salud español ha ofrecido buenos resultados de salud a pesar del nivel relativamente bajo de inversiones. Sin embargo, estas afirmaciones no son ciertas para todas las personas y, ya desde el año 2008, un trabajo del propio Ministerio de Sanidad resaltaba<sup>2</sup> la importancia de reducir las “desigualdades entre los grupos menos privilegiados y los más privilegiados” y la necesidad de utilizar “enfoques selectivos” para tratar de mejorar la salud de la población vulnerable. El documento aclaraba, también, que “a menudo, las intervenciones en salud no tienen en cuenta las desigualdades y ello hace que los grupos socioeconómicos más privilegiados se beneficien más de ellas” y que “España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud, pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política”.

A partir de las conclusiones del informe señalado, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España elaboró en mayo de 2010 un documento de propuestas titulado “Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”, de cuyo contenido se resaltaron “por su factibilidad” veinte políticas. Nuevamente, estas políticas sufrieron una priorización operativa que resultó en nueve áreas de trabajo agrupadas en cuatro líneas estratégicas sobre 1) desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud, 2) promover y desarrollar el conocimiento para avanzar hacia el concepto de “salud y equidad en todas las políticas”, 3) desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños, independientemente de las condiciones de sus padres y 4) desarrollar un plan de visibilización política. Estas cuatro líneas de trabajo son las que componen la llamada Estrategia Nacional de Equidad en Salud que fue refrendada en septiembre de 2010.

La publicación relativamente reciente del informe de la EAPN titulado “Desigualdad en la Salud”<sup>3</sup> en el cual se analizaban algunos aspectos sobre la salud de la población española<sup>4</sup> en función de variables de base socioeconómica, especialmente la situación de pobreza, con datos muy recientes, pero previos a la pandemia, vino a demostrar que las desigualdades sociales en salud no parecen haber formado parte de las prioridades políticas de los últimos gobiernos y que la Estrategia Nacional de Equidad en Salud debe someterse a un proceso de reforma y actualización.

---

1 <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>

2 Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [MSSSI, Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2009]

3 Disponible en: <https://www.eapn.es/publicaciones.php?p=6&tp=0&c=0&a=0&t=>

4 A partir del estudio de microdatos de la Encuesta Nacional de salud en España (ENSE, 2017). El trabajo está estructurado en cuatro capítulos generales: 1) estado de salud de la población adulta, en el que se analizan las variables de salud percibida, existencia de enfermedades crónicas y restricciones o limitación de las actividades básicas de la vida diaria; 2) asistencia sanitaria, en el que se examinan variables tales como el tiempo transcurrido desde la última consulta, el número de pruebas realizadas, la atención dental, la accesibilidad a los distintos tipos de atención sanitaria y las prácticas preventivas; 3) factores determinantes de la salud, con aspectos tales como el índice de masa corporal, consumo de tabaco y alcohol, actividad física y alimentación y 4) un capítulo sobre comunidades autónomas en el que se muestran algunos datos que evidencian las diferencias de salud entre ellas.



## Los datos

En este sentido, los datos indican que, para la práctica totalidad de las variables analizadas, las personas adultas de 15 o más años obtienen diferencias significativas en función del sexo, de la clase social, de la situación laboral de la persona de referencia del hogar y de la condición de pobreza<sup>5</sup> de cada persona.

Respecto a esta última cuestión, el estado de salud es claramente más deficiente entre las personas pobres que entre las que no lo son, tanto en lo que se refiere a la salud percibida, como a la existencia de enfermedades crónicas, padecer caries y soportar limitaciones a las actividades básicas de la vida diaria. Además, la falta de acceso por causas económicas a la asistencia sanitaria, tanto a medicamentos recetados como a la atención médica, dental, y de salud mental, es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres que entre las no pobres. También, un porcentaje mayor de personas pobres lleva más de un año sin asistir al dentista o a Fisioterapia.

Por otra parte, las personas pobres mantienen prácticas preventivas en mucha menor proporción que aquellas que no lo son. Así, entre el 9% y el 10% de las personas pobres llevan más de cinco años sin medirse la tensión, el colesterol o el azúcar. Éstas cifras prácticamente doblan las registradas entre las personas que residen en hogares que no lo son. Por otra parte, a la mitad de las mujeres pobres no se les ha practicado nunca una mamografía cifra que está 12 puntos porcentuales por encima de la de las mujeres no pobres. Además, entre las mujeres de 50 y 69 años, que es la edad recomendada para practicar mamografías anuales, las diferencias aumentan enormemente, pues al 9% de las mujeres pobres -casi el triple que a las no pobres- no se le ha practicado nunca. Respecto a las citologías, muy importantes para la prevención del cáncer de cérvix, las diferencias son parecidas (33,8% de mujeres pobres y 18,4% de no pobres a las cuales no se ha practicado nunca una citología).

El informe también analiza los determinantes de la salud, que se refieren a conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas, y muestra que, con respecto a las personas no pobres, aquellas que sí lo son fuman más (24,5% con respecto al 20,8% de las que no lo son); son más obesas (21,9% y 15%, respectivamente); hacen menos ejercicio (47% vs 32,6%) y, aunque consumen menos alcohol, el porcentaje de las que lo hacen sigue siendo elevado (28,8% y 43,5%). Además, las personas pobres se alimentan peor y consumen menos fruta, verduras, carne y pescado. Por el contrario, consumen más patatas, pasta, arroz pan y comida rápida.

A la luz de la pandemia, debe recordarse, también, que las enfermedades que se consideran factores de riesgo para la covid-19 tienen una mayor prevalencia entre las personas pobres. En general, la mayoría de los estudios realizados hasta el momento coinciden en considerar como factores de riesgo las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, la hipertensión y la diabetes. Todas estas enfermedades se expresan con mayor extensión entre las personas pobres y, en caso de infectarse con el virus, intensifican la gravedad de los síntomas y alargan la recuperación.

Respecto a los determinantes de la salud, aunque no hay evidencia definitiva, algunos parecen estar claramente relacionados con el riesgo de contraer o empeorar la infección por coronavirus. Entre ellos, el índice de masa corporal (obesidad), el consumo de tabaco, alcohol, la actividad física y la alimentación. Tal como es conocido, el desempeño o esfuerzo personal sobre el control de estos determinantes rara vez corresponde a una elección individual, sino que está delimitado fundamentalmente por cuestiones socioeconómicas.

Finalmente, el género y la etnia son, también, factores de desigualdad y el hecho de ser mujer o pertenecer a un grupo étnico minoritario, agudiza las inequidades de la pobreza.

---

5 Son pobres aquellas personas que viven en hogares con ingresos por unidad de consumo inferiores al 60% de la mediana nacional de renta (definición de "tasa de riesgo de pobreza" para la UE).



## Género

Respecto al género, es un hecho reconocido por las propias instituciones la existencia de dificultades y brechas en el acceso de las mujeres a la sanidad, debido a la desigualdad estructural en la que viven. En este sentido, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud establece en su Estrategia 4: "Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género". El informe "Desigualdad en la Salud" también se refiere a esto y muestra que los porcentajes de mujeres con falta de atención sanitaria por causas económicas son más altos que los de los hombres para todas las tipologías analizadas: atención médica, dental, salud mental y acceso a medicamentos.

Por otra parte, también deben tenerse en cuenta las desigualdades del ámbito de la salud DENTRO del grupo de mujeres. Aquí, el informe destaca cuestiones importantes tales como las diferencias en la realización de mamografías, citologías y otras pruebas diagnósticas en función de la posición de pobreza o clase social. Pero no es solo eso. La vida más prolongada de las mujeres y sus particularidades de salud exclusivamente femeninas -tales como el embarazo o el parto- entrañan riesgos y asistencia específicos. Además, el deterioro del bienestar psicológico femenino es un fenómeno en aumento, especialmente en contextos como el de la pandemia actual. Según la OMS, el suicidio es una de las causas principales de muerte en las mujeres entre los 20 y los 59 años. Los trastornos mentales, como la depresión, son asimismo una causa importante de discapacidad en las mujeres. Los estudios demuestran que la discriminación social, legal y económica -causante de sentimientos de indefensión, dependencia y baja autoestima- es responsable de estos trastornos. La OMS también apunta a la violencia de género, como una de las principales causas de desórdenes mentales y dolencias físicas cuyo impacto en la salud, tanto de la víctima como de sus allegados, es muy elevado.

Además, según un informe de las Naciones Unidas sobre las grandes ciudades, el efecto de la crisis de la COVID-19 "ha sido devastador entre las mujeres, que están sobrerrepresentadas en el sector informal y en otros muy castigados, como los del turismo, la hostelería y los servicios"<sup>6</sup>. Entre esos efectos, el mismo informe destaca que "Muchas mujeres también podrían estar más expuestas a la violencia y el abuso como consecuencia del problema de la vivienda. Los casos de violencia de género se han incrementado desde que comenzó la pandemia y han alcanzado niveles alarmantes en todas las regiones. Las restricciones a la movilidad y el aumento del desempleo y la pobreza han mermado todavía más la capacidad de las mujeres para escapar de situaciones de abuso".

Respecto al aislamiento, el mantenimiento de los niños, niñas, adolescentes y personas dependientes en el domicilio refuerza el sistema tradicional de reparto, en el que el cuidado principal recae en las mujeres y las separa, aún más, del exhausto mercado laboral. El problema crece en las familias monoparentales, la mitad de ellas en AROPE (Riesgo de pobreza y/o exclusión social), ya mucho antes de esta crisis.

Por otra parte, la situación de los niños, niñas y adolescentes de familias vulnerables se ve notablemente afectada en dos cuestiones básicas: las dificultades para el mantenimiento de su alimentación saludable como consecuencia del cierre de los comedores escolares en algunas comunidades autónomas y los problemas que produce la brecha digital para su desarrollo académico. No disponen de ordenador, ni impresoras, ni Internet.

---

6 LA COVID-19 EN UN MUNDO URBANO. NU. Disponible en [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/covid-19\\_in\\_an\\_urban\\_world\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/covid-19_in_an_urban_world_spanish.pdf)



## Etnia

Respecto a la etnia, la Fundación Secretariado Gitano ha publicado algunos informes en los cuales se pone de manifiesto la aparición de desigualdades específicas en salud de la población gitana. En este sentido, los informes remarcan la ausencia de datos que permitan conocer la situación sanitaria de la comunidad gitana, así como un mayor riesgo de padecer enfermedades, menor esperanza de vida y poca participación en los servicios y recursos existentes. Además, existen determinadas enfermedades que se encuentran sobredimensionadas en la población gitana y deficiencias en su alimentación y nutrición. Todas estas cuestiones están claramente condicionadas por factores demográficos, del entorno en que viven, menor nivel de instrucción, carencias económicas y de empleo y con una insuficiente disponibilidad de organización de los servicios sanitarios<sup>7</sup>.

Por otra parte, las personas extranjeras, además de la carencia de redes de apoyo, tienen problemas relacionados con la paralización de los trámites para renovación y autorizaciones de trabajo. Además, aquellas que están en situación irregular tienen enormes dificultades para el acceso a las ayudas públicas.



## Vivienda

Uno de los aspectos más importantes para mantener una calidad de vida mínimamente aceptable es disponer de una vivienda habitable, de tamaño apropiado y económicamente asequible. El acceso a una vivienda digna y adecuada es un derecho reconocido en la Constitución, que tiene importantes implicaciones para la salud de las personas en cada una de sus dimensiones biológica, psicológica y social. La estrecha relación entre vivienda y salud se manifiesta en el acceso, en la seguridad de la tenencia, en la habitabilidad y en las condiciones del barrio en la que se sitúa.

Sin embargo, los estudios muestran que en la actualidad existe un alto porcentaje de personas pobres, y especialmente, en pobreza severa, con serias dificultades para mantener una vivienda en condiciones correctas de calidad, que evite su conversión en un factor perjudicial para su salud. El gasto en vivienda absorbe una parte muy importante de la renta de los hogares, pues representa, para 2018, el 30,7%<sup>8</sup> del gasto total de los hogares españoles. Además, determina también la renta efectivamente disponible para otros gastos importantes, tales como los relativos a alimentación, vestido y otros. Esto es especialmente importante en el caso de las personas en pobreza severa, entre las cuales suele llevar aparejado limitaciones significativas en otras necesidades materiales. En primer lugar, solo el 48,9%, es decir, algo menos de la mitad de las personas en pobreza severa tiene una vivienda en propiedad, ya sea totalmente pagada o con hipoteca pendiente, cifra que contrasta enormemente con el 79,1% del resto de la población, que disfruta de vivienda propia<sup>8</sup>. Además, el 56,7% de las personas en pobreza

7 "La comunidad gitana y la salud". Disponible en [https://www.gitanos.org/upload/50/99/Rev.\\_15\\_-\\_Dossier.pdf](https://www.gitanos.org/upload/50/99/Rev._15_-_Dossier.pdf)

8 Fuente: "El paisaje del abandono: la pobreza severa en España". EAPN-ES 2019. Disponible en <https://www.eapn.es/publicaciones/408/el-paisaje-del-abandono-la-pobreza-severa-en-espana>

severa soportan una carga elevada en vivienda, es decir, viven en hogares que dedican más del 40% de la renta disponible total para su mantenimiento<sup>9</sup>. Sin embargo, solo el 4,1% del resto de las personas tienen un gasto elevado en vivienda.

Todos los problemas relacionados con la vivienda se han reforzado con la crisis de la COVID-19. En este sentido, por ejemplo, contribuye a la extensión de la enfermedad entre las familias más pobres pues el aislamiento efectivo de las personas enfermas resulta muy difícil en sus viviendas, casi siempre pequeñas, frías y mal acondicionadas. Además, el “quédate en casa” puede llegar a ser un experimento muy diferente en función del tipo de hogar en que se habita.

Finalmente, todas estas cuestiones se multiplican en el caso de las personas sin hogar, a las que les es imposible cumplir con el distanciamiento y seguir las medidas higiénicas recomendadas. Respecto a aquellas que sobreviven en asentamientos y chabolas, tanto rurales como urbanas, no tienen acceso a suministros de agua, electricidad y gas, ni disponen de suficientes alimentos.



## Seguridad energética

Dados los datos anteriores, no puede sorprender que el 8,8% de personas en pobreza severa soportó cortes de luz o de gas y dejó de disponer en alguna ocasión de alguna de sus fuentes habituales de energía (0,9% del resto de la población). La seguridad energética es considerada un requisito de salud pública por la ONU<sup>10</sup>. Sin energía no se puede cocinar, hervir agua, iluminar el hogar, lavar la ropa, cargar baterías, conectarse a Internet, preparar biberones, utilizar el ascensor y asegurar la accesibilidad a personas con problemas de movilidad, además de otras actividades básicas para la vida cotidiana. Ante la imposibilidad de calentar el hogar, las temperaturas extremas que deben soportarse en invierno aumentan la incidencia de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y reumatológicas. Además, numerosas patologías se ven afectadas: conservación de la insulina, conexión del oxígeno domiciliario o del dispositivo CPAP, funcionamiento de camas articuladas e iluminación y riesgo de caídas son algunas de ellas<sup>11</sup>.

9 Incluye alquiler o hipoteca, seguros, gastos comunitarios, tasas de basura y otros impuestos, reparaciones y gastos de servicios de agua, electricidad, gas y otras fuentes de energía.

10 Hernández D. Understanding 'energy insecurity' and why it matters to health. *A Soc Sci Med*. 2016 Oct 1; 167:1–10.

11 Valiente, Maribel y García, Marta. "Cuando los cortes de luz te quitan la salud". Disponible en [https://amf-semfyc.com/web/revistas\\_ver.php?id=180](https://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=180)



La conclusión más importante que se puede extraer de todos estos datos es que las desigualdades que dieron origen a la Estrategia siguen estando vigentes, y que éstas inequidades, es decir, desigualdades en salud que son consideradas sistemáticas, injustas y evitables, afectan especialmente a las personas más pobres y evidencian la necesidad de abordar la pobreza como un factor transversal en las políticas de salud pública.

Así se ha reconocido en la reciente Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023, en la cual se incluye un capítulo sobre salud, dependencia y discapacidad, que, a su vez, reconoce que “cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, es más probable que tenga peor salud”, y que afirma la existencia de un “gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico”, lo que no solo significa que las personas más pobres tienen peor salud que el resto, sino que las inequidades sanitarias afectan a todos los grupos socioeconómicos<sup>12</sup>.

Además, este reconocimiento se sustancia en el Objetivo 3.1. Sanidad, que compromete a “Dar una respuesta equitativa a las necesidades de atención sanitaria y mejorar la salud de la población, en particular la de los grupos sociales más desfavorecidos”, y cuyas principales líneas de actuación expresan la necesidad de garantizar un sistema sanitario público, universal, de calidad y gratuito; blindar la universalidad de su cobertura; diseñar un sistema de copago de medicamentos accesible, que no constituya una barrera en el acceso a los medicamentos, particularmente para los colectivos más vulnerables; trabajar desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud de manera coordinada entre los servicios sanitarios y sociales y promover estrategias y programas dirigidos a mejorar la salud y estilos de vida de grupos en situación de vulnerabilidad. A juicio de la EAPN, todas estas cuestiones deberían desarrollarse en una nueva Estrategia Nacional de Equidad en Salud que tenga en cuenta, además, las lecciones de la pandemia.

Por otra parte, nada de esto es nuevo pues todas estas cuestiones se analizaban, se estudiaban y se informaban en círculos relativamente especializados y, excepto en días señalados, permanecían más o menos ocultas a la sensibilidad mayoritaria; sin embargo, la crisis del coronavirus, y su correlato, la debilidad del Estado y del conjunto de la sociedad para enfrentarse a ella, además de incrementar su gravedad, las ha situado, súbitamente, en el primer plano de la agenda política.

12 Para entenderlo, se puede pensar en la salud como una escalera de dos peldaños o como una rampa o desnivel (gradiente). En la escalera, el escalón inferior corresponde a las personas pobres y el superior al resto de población que no está en pobreza; en la rampa, cada grupo social mantiene unas condiciones de salud inferiores al grupo que tiene por encima y la desigualdad les afecta a todos.



## La situación previa: cierre en falso de la crisis económica

El informe “El Estado de la pobreza. 2020”<sup>13</sup> muestra que una cuarta parte de la población española estaba el año pasado en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Además, la mitad tenía alguna clase de dificultad para llegar a fin de mes y otros indicadores de vulnerabilidad, tales como la privación material severa (4,7% de la población) y la pobreza severa (9,2% de la población) eran, también, extraordinariamente elevados.

Por otra parte, entre 2008 y 2019, la renta nominal por persona se incrementó desde los 10.737€ hasta los 11.680€; pero, en términos reales, es decir, tomando en cuenta el incremento de los precios, el 25% más pobre de la población perdió un 12% de su capacidad adquisitiva y en el resto de la población se redujo aproximadamente un 6%. En otras palabras, toda la población perdió renta real pero la merma fue mucho más intensa entre la población más pobre.

Sin embargo, el incremento sostenido del PIB nominal desde su punto más bajo en el año 2013 permitió obviar estas cifras, decretar el fin de la crisis, el comienzo de la recuperación y, desde el año 2017, la reparación completa del quebranto. La coexistencia del discurso triunfalista y los datos calamitosos solo es posible si se tiene en cuenta que la recuperación económica de la que se hablaba desde el año 2015 solo tenía una base formal. A pesar del discurso oficial de crecimiento que nos inundaba, casi 12 millones de personas tenían que arreglárselas para vivir con una renta media anual de 4.048€<sup>14</sup> (3.498€, deflactados por el IPC entre 2008 y 2019).

Todo ello muestra que no hubo una recuperación verdadera de la economía en España. Los pobres estaban aquí, nunca se fueron y la vulnerabilidad de gran parte de la sociedad española era patente, aunque se ocultara tras el manto de la recuperación formal. Una de las razones puede encontrarse en las políticas que se utilizaron para luchar contra la crisis, basadas en el control del déficit, los recortes en todos los servicios públicos, y la relajación de las condiciones contractuales del empleo. No está de más decir que el consenso actual, tanto en España como en Europa, es que todas esas medidas fueron un error rotundo pues no lograron reducir las tasas de pobreza y vulnerabilidad a los valores anteriores a la crisis y, en cambio, produjeron como consecuencia un debilitamiento importante del estado de bienestar. Ambas cuestiones fueron determinantes para la catástrofe sanitaria y social que vendría.

13 “El estado de la pobreza. 2020”. Disponible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/descargas.php>

14 Renta media por persona perteneciente al cuartil 1 de renta por persona (25% más pobre de la población). Fuente: Informe “El estado de la pobreza”.



## La crisis del coronavirus

Según la Actualización nº 275 del informe que publica el Ministerio de Sanidad, hasta las 14 horas del día 21 de diciembre de 2020 había en España 1.819.249 casos confirmados de Covid-19, de los cuales 49.260 personas habían fallecido. En cualquier caso, estas cifras deben considerarse un mínimo porque las pruebas para detectar la enfermedad no se han generalizado y la experiencia parece indicar una proporción importante de personas que han desarrollado la enfermedad con sintomatología muy leve. Además, se han reportado muchas inconsistencias en la homogeneidad de los datos, especialmente en el nivel de comunidades autónomas, y tampoco se contabiliza a las personas que mueren sin prueba de PCR. En este último sentido, el sistema para la Vigilancia de la mortalidad diaria por todas las causas, en España, MoMo, señala un exceso de 70.731 defunciones por encima de la mortalidad esperada entre las dos oleadas (10 de marzo a 9 de mayo y desde el 20 de julio hasta el 17 de diciembre), es decir, se han producido otras 21.471 muertes que posiblemente están asociadas a la covid-19, pero que no pueden ser atribuidas oficialmente a la enfermedad.

Las deficiencias en los datos no solo afectan a la contabilidad de las personas enfermas o fallecidas. Los informes de situación de covid-19 en España, elaborados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, además de los síntomas, solo incluyen datos de edad, sexo y algunos factores de riesgo. No se considera relevante transmitir ningún dato sobre las características socioeconómicas de las personas enfermas, lo que contribuye a mantener la ficción de que afecta a todas las personas por igual, es decir, a afirmar el carácter "democrático", independiente de toda condición socioeconómica, de la enfermedad. Sin embargo, esto no es así y la relación entre el COVID-19 y la pobreza es poderosa, en ambos sentidos.

En primer lugar, la enfermedad produce pobreza, especialmente si, como se ha dicho, una parte importante de la población es vulnerable. Existe un importante número de personas que viven absolutamente al día y cuya capacidad de enfrentarse a algún problema imprevisto está muy limitada. Por ejemplo, los últimos datos disponibles muestran que la mitad de la población española (49%) tenía el año pasado alguna clase de dificultad para llegar a fin de mes y que algo más de una de cada tres personas (34%) no podía afrontar algún gasto imprevisto<sup>12</sup>. Éstas cifras están muy por encima de la tasa de pobreza, que es del 20,7% de la población española, y reflejan, por tanto, que entre un 14% y un 28% de la población española no es pobre y, sin embargo, tiene un grado de vulnerabilidad elevado y puede verse arrastrada a una situación de necesidad grave. El porcentaje no es baladí, se trata de que entre 6,5 y 13 millones de personas que no están en riesgo de pobreza, pero vivían, ya antes de la pandemia, absolutamente al límite de sus recursos y que, probablemente, engrosarán la tasa de pobreza correspondiente a este año.

Pero no se trata solo de una tasa; para todas esas personas las dificultades generadas por la enfermedad afectan a todos los ámbitos de su vida y de la obtención de los recursos indispensables para sobrevivir. En este sentido, las familias transmiten a las entidades sociales que componen la EAPN las dificultades que produce el confinamiento forzado y el aislamiento de las personas contagiadas en hogares pequeños y no preparados para encierros prolongados, la pérdida de empleo, la reducción y congestión de los servicios públicos, la experiencia nueva de los comedores sociales y la privación material a todos los niveles. Ante esta realidad, las personas y grupos más vulnerables que, como se ha visto, ya tenían considerables dificultades para salir adelante, no pueden hacer nada para evitar el incremento de su indefensión y de su impotencia para resolver sus antiguos y nuevos problemas a corto y/o medio plazo. Todo es importante y todo tiene graves consecuencias para la convivencia y supervivencia de las personas.

A nivel macro, el ahorro se ha disparado y los españoles gastan mucho menos que antes. La desigualdad se incrementa porque millones de personas han visto sus ingresos reducidos prácticamente a cero; porque decenas de miles de empresas han cerrado y otras muchas no podrán mantenerse en el futuro, con el consiguiente impacto sobre el empleo, y porque un amplio porcentaje de población mayor y de personas pobres se quedará descolgada del nuevo mundo tecnológico que vendrá. Reactivar la economía supondrá un esfuerzo enorme y todas las previsiones indican que pasarán muchos años antes de recuperar la calidad de vida que se pierde con esta crisis.

Aunque ha crecido en el último trimestre, el PIB mantiene una evolución negativa del 8,7% a lo largo del año. Diversas previsiones sitúan la pérdida del producto interior bruto entre el 11,2% y el 12,8% al finalizar el año (FMI, Gobierno, FUNCAS). Todo ello producirá un impacto muy importante sobre el consumo de los hogares y sobre la calidad de vida de la población. En comparación europea, la evolución española es de las más duras. Por ejemplo, en el tercer trimestre, la variación anual del PIB español fue casi el doble de la media de la zona euro, que fue de -4,3%. Respecto al desempleo, la tasa española en octubre de 2020 es del 16,2%, prácticamente la mitad de la tasa de paro de la zona euro, que es del 8,3%<sup>15</sup>. Éstos datos, apenas dibujan los contornos de la crisis social que se avecina. Además de los 900.000 empleos perdidos hasta ahora, deben agregarse a la lista aquellas personas que se mantenían en el ámbito de la economía sumergida, que diversos estudios cifran en al menos un millón, y que, por tanto, no acceden a prestaciones contributivas.

Además, en el tercer trimestre de 2020 hay un total de 1.172.700 hogares con todos sus miembros en paro. Debe destacarse, aquí, que el incremento con respecto al último trimestre de 2019 es de 159.500 hogares, es decir, del 15,7%. En otras palabras, la mayoría de estos hogares existían antes de la crisis del covid-19, lo que viene a sumarse a los argumentos sobre la existencia de una amplia base previa de pobreza y vulnerabilidad.

Tan importante como la caída del empleo es la desigualdad de su impacto en las personas. Hay colectivos que se mantienen a salvo: los pensionistas, funcionarios, aquellas personas que pueden teletrabajar y otros. Sin embargo, otros grupos han sufrido drásticamente sus consecuencias. En el tercer trimestre de 2020 hay un total de 597.800 hogares -algo más de 1 millón de personas- que no tienen ningún ingreso, es decir, ninguno de sus miembros tiene trabajo ni reciben una pensión de jubilación o de otro tipo o subsidio de desempleo. Se debe destacar, aquí, que el incremento con respecto al último trimestre de 2019 es del 5,7%, es decir, la inmensa mayoría de estos hogares existían antes de la crisis del covid-19: otro argumento para sumar a los indicados anteriormente sobre la existencia de una amplia base previa de pobreza y vulnerabilidad. Por otra parte, un estudio reciente de FUNCAS estima que otros 1, 2 millones de personas han sufrido una reducción superior al 30% de sus ingresos.

Además, debe tenerse en cuenta que hay multitud de grupos sociales que escapan a las estadísticas cuya situación es muy comprometida: vendedores ambulantes, temporeros, trabajadores y trabajadoras del mercado irregular, limpiadoras, cuidadoras de personas mayores, servicio doméstico, falsos autónomos, trabajadores de la construcción, vendedores comisionistas y un sinnúmero de profesiones poco vigiladas que se han quedado sin ningún ingreso. No hay que olvidar que el mercado negro en España se estimaba en un 20% del PIB. Una buena cantidad de esos empleos ya no existen.

---

15 <https://datosmacro.expansion.com/paises/comparar/zona-euro/espana>

El incremento del paro es escaso comparado con la magnitud de la reducción del PIB; no hay más que recordar la crisis económica anterior, en la que una bajada similar del PIB a la producida en la actualidad, del -8,6% entre 2008 y 2012, resultó en un incremento del desempleo desde el 11,25% hasta el 24,79%, es decir, en más del doble entre esos mismos años. Aquí, es necesario destacar la importancia de una política decidida y opuesta a la que se implementó en esos años. Sin embargo, los ERTES tienen fecha de caducidad y otras medidas de soporte, tales como el IMV tienen, aún, serias dificultades para su implementación generalizada. Aquí, se pone en juego la fiscalidad justa; sin embargo, la capacidad recaudadora del Estado se ha visto seriamente afectada y, con ello, la financiación de los necesarios gastos para el sostenimiento de las familias y de la estructura productiva, al menos hasta que la economía pueda volver a ponerse en marcha. Baste como ejemplo la recaudación del IVA, que entre enero y octubre de este año se ha reducido en algo más de 8,04 mil millones de € (-12,55%) con respecto a las mismas fechas del año 2019<sup>16</sup>.

En segundo lugar, la pobreza produce enfermedad. Hay multitud de trabajos y estudios que proporcionan evidencia sobre la importancia de los factores económicos y sociales en la prevalencia de muchas enfermedades, transmisibles o no. En particular, los determinantes sociales de la salud designan un grupo de factores que explican la mayor parte de las desigualdades injustas y evitables observadas en la salud de las personas. Por otra parte, ya se ha indicado que los principales factores de riesgo que, en este momento, se consideran importantes para la gravedad de la Covid-19, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, hipertensión y diabetes, tienen una expresión diferenciada en función de la situación económica y social de cada persona y, por tanto, intensifican la gravedad de los síntomas y alargan la recuperación. Además, se ha visto que una salud relativamente buena puede disminuir la gravedad del virus entre las personas enfermas. En este sentido, las personas pobres, solo por el hecho de serlo, están en una mayor situación de riesgo: hay 11 puntos porcentuales menos de personas pobres con respecto a las que no lo son, que consideran que su salud percibida es buena o muy buena (62,6% y 73,8%, respectivamente).

Como ya se indicó, no se recolectan o, al menos, no se publican datos sobre las características socioeconómicas de las personas enfermas, y, por tanto, no es posible saber cuántas de las personas enfermas o muertas eran pobres; sin embargo, existen algunos estudios en ciudades grandes, por ejemplo, Madrid, Barcelona o Sevilla, que muestran importantes diferencias en las tasas de contagio entre los barrios más pobres y los más ricos.

Además de la alta concentración de personas con bajos recursos económicos, cuya relación con la enfermedad ya se ha explicado, los barrios obreros de las grandes ciudades mantienen características que favorecen el contagio. Entre ellas, pueden destacarse la baja calidad y escaso tamaño de las viviendas; el acceso limitado a la atención sanitaria; escasez de parques y espacios públicos adecuados; la lejanía de los lugares de trabajo, que obliga a desplazarse en medios de transporte públicos donde no es posible mantener las distancias de seguridad adecuadas; la mala calidad del aire que, en algunos países, se ha vinculado con la mortalidad por COVID-19, y otras.

Todas estas consideraciones plantean una cuestión que no es nueva, pero que en las circunstancias actuales es de importancia extrema: la lucha contra la pobreza es la mejor y más importante política de salud, de ahí la necesidad de un alto compromiso político que implique a todas las áreas de gobierno y que permita abordar la pobreza como un factor transversal en las políticas de salud pública. Por tanto, la Estrategia Nacional de Equidad en Salud debe someterse a un proceso de reforma y actualización que incorpore los aspectos que se han desarrollado en este trabajo: pobreza y determinantes sociales de la salud, género, etnia, vivienda y seguridad energética.

---

16 Elaboración propia a partir de datos de informes mensuales de recaudación tributaria. AEAT.



## Las previsiones

Con los datos y estimaciones que se han expuesto, el aumento de la pobreza es incuestionable, la única pregunta es cuánto crecerá. Muchas personas que eran de clase media, especialmente de aquellas con alguna clase de dificultad para llegar a fin de mes o que no pueden afrontar algún gasto imprevisto, que, como se dijo, suponen entre 6,5 y 13 millones de personas, verán reducido drásticamente su nivel de vida. Sin embargo, para las personas pobres, el impacto podría ser mucho peor. El hecho de haber apostado durante muchos años por un crecimiento basado en actividades de bajo valor añadido, unido a la debilidad del estado de bienestar y del conjunto de la sociedad, a las que ya se ha hecho referencia, limita los instrumentos y herramientas para enfrentar adecuadamente las consecuencias tanto sanitarias como económicas de la crisis. Para un grupo importante de personas, especialmente mujeres, NNA (niños, niñas y adolescentes), minorías étnicas y personas mayores, la normalidad será algún grado de pobreza y ese grado dependerá de la capacidad del Estado para sostener a todas las personas afectadas y mantener la estructura productiva mientras dure la crisis sanitaria de modo que se pueda reactivar la actividad económica lo más pronto posible.

Todo dependerá, entonces, de la duración de la crisis sanitaria. Ya se ha hecho referencia al impacto en el empleo, sin embargo, se debe contabilizar, también, una parte de los 746.900 trabajadores en ERTE con el contrato suspendido totalmente o de forma parcial que quedaban el último día de noviembre. De momento se clasifican como ocupados, pero muchos de ellos podrían, finalmente, convertirse en parados. Desde hace un tiempo se observa en las empresas que consideran que no podrán reiniciar sus actividades en las mismas condiciones anteriores a la crisis y, por tanto, se resisten a solicitar ERTES.

También influye la formidable reducción en el número de empresas que lastra enormemente las posibilidades de recuperación rápida. Al respecto, el número de cuentas de cotización del régimen general de la seguridad social (sin contar los regímenes especiales del mar y de la minería del carbón, que son pocas) muestra una reducción de 68.288 empresas (cuentas de cotización) entre febrero y octubre de este año. Los sectores con más cantidad de empresas afectadas son los de comercio al por menor, con 8.061 empresas menos; servicios de comidas y bebidas, con 6.968 empresas menos y comercio al por mayor e intermediarios, con 6.109 empresas; todas ellas caracterizadas por mano de obra de escasa cualificación y reducidos salarios.

También ha crecido enormemente el número de empresas con necesidades de liquidez, cuya viabilidad puede verse seriamente comprometida en los próximos meses. El número de empresas con dificultades, que puede ponerse de manifiesto mediante la evolución del número de empresas que han obtenido créditos avalados por el Instituto de crédito oficial (ICO), y que ha pasado desde las 216.266 en mayo hasta las 567.000 en noviembre; es decir, más de 350.000 nuevas empresas que han registrado problemas de liquidez, y que pueden verse seriamente comprometidas en los meses próximos.

En otro orden de cosas la brecha tecnológica será imponente. Muchas de las medidas que se han tomado, incluyendo la información sobre la prevención del contagio, las normas aplicables, las ayudas disponibles, las gestiones oficiales, obtención de certificados, citas de atención en dependencias públicas y la utilización de los servicios sanitarios y de atención a las personas presuponen disposición y manejo de medios informáticos. También diversos problemas y cuestiones de la vida cotidiana, tales como actividades infantiles, asistencia a clases, compras, comunicación con familiares y otras actividades lúdicas se intentan resolver con recursos tecnológicos y de nueva comunicación. Es un hecho que muchas personas no disponen de ellos, especialmente las más pobres, las mayores y, también, las que residen en zonas rurales: no tienen acceso a ordenadores y conexiones de Internet adecuadas; incluso aunque pudieran comprarlas o recibirlas de instituciones y/o administraciones públicas, muchas de ellas tendrían serios problemas para utilizarlas de manera eficaz.

Al respecto, ninguna medida que se implemente puede dar por hecho que las personas vulnerables cuentan con dispositivos informáticos. Se debe pensar otras fórmulas. Esto es especialmente importante en el caso de los teléfonos. Muchas personas en extrema pobreza utilizan tarjetas prepago y, aunque tienen terminal, no siempre pueden recargar la tarjeta y disponer de línea.

También debe tenerse en cuenta el enorme incremento de la deuda pública causado por el coronavirus que, más temprano que tarde, deberá pagarse. El FMI calcula que para 2025 el porcentaje de deuda sobre el PIB llegará al 118,8%, frente al 95,5% de 2019. A pesar del bajo coste de financiación del incremento de la deuda, algunas voces alertan sobre la necesidad de futuros recortes y la necesidad de una estrategia clara de consolidación fiscal.



## ¿Cómo influirá todo esto en la salud?

Tal como se ha indicado, para un grupo importante de personas, especialmente mujeres, NNA, minorías étnicas y personas mayores, la normalidad será algún grado de pobreza. También se ha explicado que existe abundante evidencia científica sobre la asociación entre la pobreza y vulnerabilidad y los determinantes sociales de la salud: vivienda inadecuada, precariedad laboral, seguridad energética, obesidad y alimentación saludable, y otros. Todas estas cuestiones generan inequidades injustas y evitables en la atención sanitaria que, sin embargo, se define universal.

Además, la Comisión Europea señala que los regímenes de ingresos mínimos autonómicos existentes solo alcanzan al 20% de sus beneficiarios potenciales en el país, y que se verifican grandes disparidades regionales en términos de cobertura, duración, condiciones de acceso y adecuación. Las desigualdades socioeconómicas y las distintas políticas y recursos en salud de las comunidades autónomas contribuyen a una variabilidad geográfica en la atención sanitaria y, también, a generar desigualdades en salud.



## Propuestas para reducir la inequidad en salud

Reducir la inequidad en salud entre las personas pobres o vulnerables es un problema complejo que debe resolverse en varios frentes.

En primer lugar, se dice que **la mejor política de salud es la lucha contra la pobreza y hacia ello deben dedicarse importantes esfuerzos**, tanto en el ámbito de la creación de empleo como en el de las transferencias sociales y otras estrategias de soporte.

En segundo lugar, desde el punto de vista de los servicios sanitarios, **debe conseguirse un sistema de atención sanitaria verdaderamente universal**, sin barreras de acceso y financiado mediante impuestos, con infraestructuras físicas, técnicas y organizativas adecuadas a la demanda diferencial de la población.

Finalmente, **deben ejecutarse políticas para reducir factores de riesgo** tales como las malas condiciones de vivienda, los estilos de vida y hábitos nocivos para la salud que se distribuyen de forma diferente entre los diferentes grupos socioeconómicos.

En lo que sigue se incluye una **lista de propuestas** para reducir las inequidades en salud desde un punto de vista de la pobreza y vulnerabilidad. Algunas de ellas son propias de la EAPN-ES y otras son propuestas por distintos organismos internacionales que se consideran adecuadas.

## ■ Indicadores

- Redactar una nueva definición legal de persona y familia en situación de vulnerabilidad social. Debe ser acordada entre el Estado y el Tercer Sector y con validez para el ordenamiento jurídico y todas las respuestas sociales públicas. En la actualidad no existe un concepto global, coherente y transversal, sino uno ad hoc para cada situación particular (desahucios, Pobreza energética, etc.)
- Simplificar al máximo las variables de análisis para que la obtención rutinaria de información sea sostenible.
- Diseñar una batería integral e innovadora de indicadores adecuados a la realidad española que capturen la esencia transformadora de la Agenda 2030 y que permitan medir los progresos, e identificar los desafíos pendientes para el cumplimiento de las metas que se establezcan en la Estrategia de Desarrollo Sostenible.

## ■ De carácter social

- El nuevo Ingreso Mínimo Vital debe tener la cobertura necesaria y la adecuación suficiente para sacar a las personas de la pobreza.
- Flexibilizar los criterios de acceso y agilizar la resolución y pago de rentas de inclusión en sus distintas variantes según la comunidad autónoma.
- Extender prestaciones a familias con hijos e hijas para erradicar la pobreza infantil.
- Deben ejecutarse en su totalidad las Estrategias contra la Pobreza y contra la Pobreza Energética, que ya han sido aprobadas, así como priorizar el cumplimiento de los principios del Pilar Europeo de Derechos Sociales y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de Naciones Unidas con respecto a la reducción de la desigualdad, particularmente aquellos referidos a la erradicación de la pobreza y la igualdad de género.
- El Tercer Sector de Acción Social provee servicios indispensables y protege a las personas más vulnerables. Además, su trabajo “a pie de calle”, le permite un conocimiento profundo del alcance real de los problemas generados por la pandemia. Por todo ello, es indispensable el diálogo entre autoridades, Tercer Sector de Acción Social y resto de agentes sociales, especialmente en lo que se refiere al diseño y aplicación de las medidas de contingencia necesarias.
- En general, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel nacional, regional y local.
- Mejorar la alimentación de las personas más pobres. Reducir la dependencia de los comedores de carácter benéfico.
- Simplificar los mecanismos de entrada y mantenimiento en los programas.
- Ampliación de las partidas de emergencia social.
- Ampliación de las prestaciones por hijos/as a cargo, para hacer frente a los nuevos gastos familiares imprevistos, que afectan más a las familias con bajos ingresos y muchos miembros. Se recuerda que, en 2019, España era el Estado miembro de la UE con el promedio más bajo de prestaciones familiares por hijo/a a cargo.

## ■ Economía y empleo

- Debe mantenerse en todo lo posible la estructura productiva de modo que la reactivación de la actividad económica cuando el virus lo permita sea rápida.
- Asegurar la sostenibilidad financiera de las medidas de salud. Lucha contra el mercado negro y la elusión fiscal.
- Aplicar políticas de fiscalidad que impulsen hábitos saludables (fiscalidad saludable).
- El trabajo debe ser inclusivo y asegurar ingresos suficientes para no caer en la pobreza. Eliminar el empleo precario.
- Respaldar el empleo mediante medidas encaminadas a preservar los puestos de trabajo, incentivos eficaces a la contratación y desarrollo de las cualificaciones.
- Reforzar la protección por desempleo, especialmente para los trabajadores atípicos.
- Mejorar la prestación por desempleo para las personas en paro de larga duración.
- Asegurar la aplicación efectiva de las medidas encaminadas a proporcionar liquidez a las pequeñas y medianas empresas y a los trabajadores autónomos, particularmente evitando retrasos en los pagos.

## ■ Salud y sanidad

- Modificación del RDL 7/2018 de modo que responda en su articulado a lo manifestado en el preámbulo: “El presente real decreto-ley obedece fundamentalmente necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español.”
- Promover la integración de los determinantes de la salud como elemento transversal en otras áreas políticas.
- Aprovechar el consenso en la importancia de la sanidad pública para reforzar la capacidad y resiliencia del sistema sanitario, en lo relativo al personal sanitario, a los productos médicos y a las infraestructuras esenciales.
- Priorizar la producción nacional de material sanitario y equipos médicos.
- Promover el ejercicio físico y las alternativas de ocio saludables.
- Implementar una codificación de diagnósticos de pacientes que tenga en cuenta factores no biomédicos que impulsan algunos problemas de salud. Por ejemplo, “Problemas relacionados con bajos ingresos”. En la misma línea de visibilización de las desigualdades sociales como causas de enfermedades, se debería recoger en la historia clínica datos como la profesión, el nivel de ingresos, el nivel de estudios u otros relevantes.
- Priorizar a pacientes de bajo estatus socioeconómico en el abordaje y seguimiento de los episodios.

- Reducir las disparidades regionales que existen en términos de gasto, recursos físicos y personal. Mejorar la coordinación territorial y entre los diferentes niveles de gobierno.
- Garantizar el acceso continuo a la atención médica y social, incluidos los servicios de emergencia y cuidados intensivos a las personas con discapacidad y/o ancianos en atención residencial.
- Garantizar el empadronamiento y el acceso universal a la tarjeta sanitaria en todos los municipios y comunidades autónomas. Incluidas personas inmigrantes y solicitantes de asilo en situación irregular.
- Destinar recursos para personas en vulnerabilidad social que necesitan ciertos tratamientos de rehabilitación provocados por la covid-19.
- Establece protocolos y otras acciones para reducir la brecha de género en el acceso adecuado a la sanidad.
- Resolver la incertidumbre en la atención de otras enfermedades importantes, tales como seguimientos oncológicos, personas recién operadas, niños, niñas y adolescentes en riesgo, personas con enfermedad mental, daño cerebral adquirido, etc. Se debe comunicar mejor.
- Renovar automáticamente las recetas para pacientes crónicos, puesto que en algunas comunidades autónomas hay que solicitarlo específicamente y los teléfonos habilitados suelen estar colapsados.
- Incorporar más profesionales de medicina comunitaria en los centros de salud de los municipios para prestar una atención y respuesta ágil a la población que vive en el medio rural.
- Establecer recursos para garantizar la atención sanitaria a las personas que residen en asentamientos chabolistas, así como para las familias que viven en condiciones donde es imposible aplicar las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

## ■ Servicios públicos

- No se ha recuperado la atención a la ciudadanía anterior a la pandemia. Internet, ordenadores y servicios son inaccesibles para muchas personas, no solo las que están en pobreza o vulnerabilidad. También aumentará la exclusión administrativa porque muchos certificados y prestaciones solo se pueden tramitar por Internet. Debe asegurarse para todas las personas el acceso y la capacidad para utilizar las tecnologías de la información.
- Retrasos administrativos importantes que afectan a la solicitud y resolución de prestaciones.
- Nuevas oleadas de fondos extraordinarios a las comunidades autónomas para hacer frente a los efectos sociales de la crisis de los grupos más vulnerables.

## ■ Género y salud

- Erradicar la brecha salarial de género y otras prácticas discriminatorias que afectan a las mujeres que trabajan en el sector sanitario. Establecer Planes de Igualdad con supervisión periódica y régimen sancionador adecuado.
- Realizar inspecciones laborales a instituciones y establecimientos sanitarios públicos y privados para garantizar los derechos laborales de las mujeres empleadas.

- Garantizar la no discriminación en el acceso a prestaciones de la seguridad social, como en los casos de los permisos maternales de las mujeres sanitarias con contratos precarios, a demanda, por tiempo determinado, etc.
- Establecer una política de cuota paritaria de mujeres y hombres en los Colegios Profesionales de Medicina.
- Incorporar la perspectiva de género en todas las facultades españolas. El problema del sesgo de género en la atención no se puede atribuir solo a los profesionales médicos. Los y las profesionales sanitarias aprenden en instituciones donde no siempre se les enseña de manera neutral, muchas veces en perjuicio de las mujeres.
- Mejorar la calidad de la información y análisis disponibles sobre la atención sanitaria:
  - › Desagregar todas las estadísticas actualmente recogidas al menos por sexo y edad.
  - › Realizar estudios estadísticos para comprobar si existe mortalidad diferencial de género por las causas de muerte más comunes, como los infartos o el cáncer. Especialmente, la situación de las mujeres que fallecen en hospitales por retrasos en el diagnóstico, en la realización de pruebas o en las órdenes de ingreso.
  - › Estudiar el factor de inequidad en las necesidades no atendidas, como el uso de mamografías o consultas al especialista del servicio nacional de salud, analizando las variables de edad, nacionalidad, situación familiar, estado de salud, inactividad física en el tiempo libre, situación laboral, nivel de estudios, renta equivalente, tipo de cobertura (acceso directo a especialista, por ejemplo, con seguro privado o quienes tienen estatus especial, como funcionarios), región de residencia.
  - › Estudiar las estadísticas correspondientes a los procesos de atención primaria, para establecer comparaciones en tiempos, derivación a especialistas, solicitud de pruebas diagnósticas y tiempos para su concesión, ingresos, participación en estudios experimentales. Incorporar variables de segmentación tales como edad, discapacidad, nacionalidad, pertenencia a grupo minoritario, situación de pobreza, violencia de género, víctima de trata o prostitución.
  - › De acuerdo con los resultados estadísticos obtenidos, adoptar medidas para la corrección de procesos de discriminación.
- Vigilar los procesos de inducción al parto y cesáreas establecidos en la sanidad privada (30%) y, en menor medida en la pública (21%), dado que estos datos son de los más altos de la UE. En España, uno de cada cuatro niños/niñas nace por esta vía (el 26%), un porcentaje que no ha dejado de escalar en las últimas décadas y que excede las recomendaciones de la OMS (hasta el 15%). Es imprescindible conocer cuántas de las cesáreas se hacen de forma sobrevenida por vía de urgencia y cuántas son programadas.
- Establecer un servicio de acompañamiento a las mujeres embarazadas y durante la maternidad en los hospitales privados y públicos, con un enfoque de prevención y actuación inmediata ante denuncias de violencia obstétrica.
- Establecer equipos multidisciplinares (sociales, sanitarios, educativos), con perspectiva intercultural, para atender integralmente las situaciones de diversidad representadas por la población de origen inmigrante y gitana y/o las mujeres con discapacidad, para detectar problemas de violencia, adicciones, depresión, ideación suicida, trastornos alimentarios y de la percepción de la imagen, enfermedades mentales, pobreza que genera una falta de recursos para seguir tratamientos, otros factores determinantes de la salud, necesidad de programas de respiro a las cuidadoras, entre otros.

## ■ Vivienda

- Asegurar la capacidad de las personas pobres para mantener la distancia física o de seguridad y el aislamiento en sus hogares en caso de enfermedad.
- Ley Estatal de Vivienda: Aprobación de una Ley Estatal de Vivienda que garantice su función social en todo el territorio como derecho humano, que priorice las situaciones de vulnerabilidad en las actuaciones y en los criterios para la condición de población beneficiaria, con un enfoque de progresividad en los derechos, y que siga el modelo de las leyes autonómicas que incorporan explícitamente la función social de la vivienda:
  - › Consideración de la vivienda como un derecho humano.
  - › Que contemple las políticas públicas vinculadas a la provisión de viviendas como un Servicio de Interés General, para asegurar una vivienda digna y adecuada para todas las personas y que establezca obligaciones a los diversos agentes que actúan en el sector.
  - › Que incluya una delimitación de los supuestos en los que el derecho a la propiedad incumple su función social.
  - › Que otorgue preferencia a situaciones de vulnerabilidad y exclusión residencial.
  - › Que tenga en cuenta los marcos y estrategias políticas existentes definidas para la garantía de derechos de determinados colectivos en situación especial, como la infancia y las familias, las personas con discapacidad, las personas pertenecientes a minorías étnicas como la población gitana, las personas refugiadas y solicitantes de asilo, las mujeres víctimas de violencia de género, etc.
  - › Que tenga en cuenta especialmente la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023.
  - › Que impulse la creación de una comisión interministerial con la participación de todos los departamentos responsables de las políticas sectoriales relacionadas con el ámbito de la vivienda desde una perspectiva integral, con el objetivo de coordinar actuaciones para la erradicación del sinhogarismo y la exclusión residencial y la garantía de acceso a vivienda adecuada de toda la ciudadanía.
  - › Que conlleve, asimismo, la creación de un grupo de cooperación técnica con participación de comunidades autónomas, ayuntamientos y entidades sociales para desarrollar la estrategia de implementación de la ley acorde a las distintas realidades y competencias.
- Habilitación de instrumentos para disponer de información fiable actualizada sobre situaciones de sin techo, vivienda insegura, infravivienda y chabolismo.
- Diseño y aprobación de una Estrategia Nacional Integral de lucha contra el Sinhogarismo y la Exclusión Residencial, que aborde la lucha contra el fenómeno en todas sus manifestaciones (siguiendo la tipología ETHOS51), y que sirva como referencia en las comunidades autónomas para la elaboración de políticas públicas de vivienda y para la especialización de los servicios sociales, incorporando el enfoque del derecho humano a la vivienda con la participación del tercer sector de acción social.

- Prohibir la interrupción del suministro energético en situaciones meteorológicas extremas durante la vigencia del estado de alarma.
- Reducción de los costes de la vivienda con respecto a los ingresos familiares, respetando el tope fijado por la UE para el “sobreesfuerzo”, en el 30% de la renta familiar asignado a vivienda (incluyendo suministros).
- Reducir de forma sostenida las actuales tarifas de la energía eléctrica, el agua, el gas y las comunicaciones digitales. Se deben establecer medidas específicas eficaces y sencillas para aquellos hogares de menores ingresos, eliminando la pobreza energética. Realizar un análisis de las actuaciones en torno al bono social.
- Diseño de mecanismos de protección específica en el caso de situación o riesgo de pérdida de vivienda, así como garantizar una solución habitacional adecuada a las personas y familias que se encuentran en proceso de desahucio o lanzamiento de su vivienda habitual, en situación de calle, en infraviviendas (teniendo en cuenta el Dictamen del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, de 1 de julio de 2017).
- Ampliación de la oferta de vivienda pública en alquiler asequible y social al nivel medio europeo, mediante la recuperación y rehabilitación, la reorientación de parque desocupado y el establecimiento de ayudas masivas al alquiler para las personas y familias más vulnerables.
- Moratoria en el pago de impuestos, hipotecas, alquileres y/o suministros para aquellas personas que se vean afectadas económicamente por la crisis sanitaria y el Estado de alarma.
- Mantenimiento de un estándar mínimo de calidad en las viviendas de alquileres sociales, y establecer mecanismos para que los grandes tenedores de vivienda respondan a sus obligaciones en calidad de arrendadores.
- Asegurar una vivienda digna y en buenas condiciones de habitabilidad que permita vivir en condiciones adecuadas (calefacción, tamaño, entorno).
- Garantía de accesibilidad universal en todos los edificios de viviendas, mediante la rehabilitación y las reformas integrales, modificando la Ley de Propiedad Horizontal para eliminar la actual limitación de mensualidades y estableciendo ayudas, preferiblemente de pago adelantado, a las comunidades vecinales para afrontar este tipo de actuaciones.
- Mejoras de la calidad urbana en barrios vulnerables y o desfavorecidos.
- Fomento del urbanismo y la planificación territorial inclusiva y sostenible, incluyendo la regeneración de los espacios urbanos deteriorados y las zonas rurales, que presentan tasas medias de AROPE más elevadas.



## La Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión en el Estado Español (EAPN-ES) está formada por las siguientes redes y entidades

### 19 redes autonómicas:

EAPN-Illes Balears-Xarxa per la Inclusió Social ● Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social ● Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión ● Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla y León ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en Asturias ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Canarias ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla-La Mancha ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Euskadi ● Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social ● Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de Murcia ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Extremadura ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Melilla ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Cantabria ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Ceuta ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español de la Comunidad Autónoma de Galicia ● Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en La Rioja ● Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social ● Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya ● Xarxa per la Inclusió social de la Comunitat Valenciana

### Y 18 entidades estatales:

Accem ● Acción Contra el Hambre ● Cáritas Española ● Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) ● Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER) ● Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) ● Cruz Roja Española ● Federación de Mujeres Progresistas (FMP) ● Fundación Cepaim ● Fundación Cruz Blanca ● Fundación Esplai ● Fundación Secretariado Gitano ● Hogar Sí ● Movimiento por la Paz (MPDL) ● Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) ● Plena Inclusión ● Provienda ● Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)

Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES)  
c/ Tribulete, 18 1º - 28012 Madrid  
Tel. 91 786 04 11  
eapn@eapn.es  
www.eapn.es



Financiado por:



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL