



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



EDITORIAL

COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán

COVID-19: vulnerability in the eye of the hurricane

Pilar Serrano Gallardo

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España



La pandemia de coronavirus nos ha traído, con alta probabilidad, la peor crisis sanitaria desde la Segunda Guerra Mundial. Esta crisis está ocasionando centenares de miles de personas infectadas y decenas de miles de muertes en escasas semanas, y está poniendo de manifiesto sistemas de salud colapsados, profesionales sanitarios extenuados e insuficiencia o inexistencia de recursos sanitarios. Esto es lo que nos bombardean los medios de comunicación y las redes sociales cada día, desde todos los canales, a todas horas. Y sí, todo esto es cierto, dolorosamente cierto, terriblemente y tristemente cierto, pero también es preciso decir que es lo inmediato, y que muchos efectos colaterales no menos terribles vendrán en un futuro a corto, medio y largo plazo si no empezamos ya a ampliar la mirada.

Esta mirada demanda explorar en profundidad cómo los determinantes sociales de la salud están ya jugando un papel crucial para aumentar la vulnerabilidad de muchas personas, lo que finalmente conducirá a aumentar escandalosamente las desigualdades sociales en salud, que son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente¹, y que se van a expresar tanto en pérdida de salud y bienestar como en el aumento de la morbilidad en estos colectivos más vulnerables.

El marco conceptual sobre los determinantes sociales de la salud de la OMS no solo tiene en cuenta factores biológicos (problemas de salud, envejecimiento, etc.), los estilos de vida relacionados con la salud, las circunstancias materiales (vivienda, disponibilidad de alimentos, condiciones de

trabajo, etc.), las circunstancias psicosociales (estrés psicosocial y la falta de apoyo social) y el sistema de salud (puede contribuir a disminuir las desigualdades sociales en la salud, sobre todo un sistema de salud universal, pero por sí solo no puede evitarlas ni acabar con ellas), conocidos como los determinantes sociales intermedios, sino también determinantes sociales transversales como la cohesión social y el capital social (actúan como protectores de la salud, por lo que su déficit aumenta la vulnerabilidad), y los determinantes sociales estructurales, que incluyen los denominados ejes de desigualdad (posición socioeconómica basada en la ocupación, los ingresos y el nivel educacional; el género y la etnicidad/situación migratoria), y el contexto socioeconómico y político (gobernanza, políticas —macroeconómicas, sociales y públicas—, y la cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad)¹. Todo hace indicar que las poblaciones más vulnerables, que ya sufren más desigualdades sociales en salud porque no se actúa suficientemente desde los gobiernos sobre los determinantes sociales de la salud que las originan, van a ser las más golpeadas por la COVID-19².

Según Castel³, vulnerabilidad social es «una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad». Cruz Roja Española⁴ define que «la zona de vulnerabilidad social está situada entre la zona de integración (trabajo estable y pilares sociales y familiares sólidos) y la de exclusión (carencia de trabajo y aislamiento socio-familiar), caracterizándose, por lo tanto, por ser una zona más inestable, con trabajos precarios, paro intermitente y pilares socio-familiares menos sólidos». Pues bien, es en esta zona en la que esta crisis de la COVID-19 está sumiendo a gran parte de la población

Correo electrónico: pilar.serrano@uam.es

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.020>

1130-8621/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

a nivel mundial. Miles y miles de personas están viendo peligrar sus trabajos, o ya los han perdido. Cabe destacar la situación extrema en la que se encuentra la fuerza trabajadora migrante; como señalan Liem et al.⁵, tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud o directamente no tienen acceso, tienen más problemas de salud mental y peor calidad de vida, no están teniendo acceso a la información sobre la pandemia por problemas con el idioma, están perdiendo sus trabajos precarios y no pueden regresar a sus lugares de origen, o tienen que seguir trabajando sin medidas de protección, lo cual además incrementa su estigmatización.

Por otra parte, los soportes de proximidad están seriamente amenazados por las medidas de confinamiento, que, si bien son absolutamente necesarias en estos momentos, también ponen en riesgo la salud. Una reciente revisión rápida publicada en *Lancet*⁶ revela que las cuarentenas tienen impactos negativos que repercuten en la salud de las personas que las llevan a cabo, tanto a corto plazo (véase estrés, ansiedad, insomnio, falta de concentración, deterioro del desempeño laboral, agotamiento, irritabilidad, falta de suministros y de atención sanitaria regular) como a largo plazo (véase síntomas depresivos, abuso de alcohol, predictor de estrés postraumático, reducción de la vida social y de ocio, estigmatización y pérdida de trabajo); pero que también van a repercutir negativamente en los sistemas de salud y en la sociedad en su conjunto.

Ni que decir, que los impactos en salud de la pandemia no serán ni mucho menos iguales en todas las partes del mundo. Serán mucho más catastróficos en los países en desarrollo y con crisis humanitarias endémicas, que vienen sufriendo desde siempre de pobreza, malnutrición, condiciones insalubres, falta de oportunidades laborales, sistemas de salud frágiles o prácticamente inexistentes y gobiernos desestructurados^{7,8}.

La pandemia COVID-19 está afectando y va a seguir afectando a los colectivos más vulnerables; y si no tenemos esta mirada amplia y el análisis profundo que nos proporciona el marco de determinantes sociales de la salud, no lograremos detectarlos, y difícilmente vamos a poder prevenir, reducir y mitigar los impactos en salud que, vinculados a la crisis de la COVID-19, van a sufrir. No podemos esperar a que consecuencias fatales se produzcan en el futuro. Tenemos la obligación ética de proporcionar conocimiento riguroso a quienes hacen las políticas y toman las decisiones, pero también a la ciudadanía, con la que es crucial llevar a cabo un ejercicio de información y sensibilización.

Quisiera finalizar poniendo énfasis en el crucial papel que las enfermeras podemos desempeñar en esta pandemia. No deja de ser paradójico que en el Año Internacional de la Enfermera y la Matrona nos haya llegado este reto, pero también se puede ver como una oportunidad para demostrar que estamos preparadas para hacer un abordaje genuino, diferenciador, desde esa mirada holística que caracteriza a nuestra disciplina, y que desde sus inicios ha tenido, con un enfoque biopsicosocial de la persona, los grupos y la comunidad, y dándoles también la palabra desde una perspectiva participativa. Desde todos los ámbitos (clínico, docente, investigador y gestor), las enfermeras podemos enfrentar con liderazgo esta crisis, pero si se me permite, desde los roles de Práctica Avanzada y especialmente en el contexto de la Atención Primaria de Salud, es desde donde se podrán mitigar con mayor éxito las desigualdades sociales en salud vinculadas a la COVID-19.

Bibliografía

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health Promot J Austr*. 2020;31:158–60, <http://dx.doi.org/10.1002/hpja.333>.
3. Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard París: Gallimard; 1995 (citado por Arteaga Botello N. Vulnerabilidad y desafiación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica*. 2008;23:151–75).
4. Cruz Roja Española. *Informe anual sobre la vulnerabilidad social 2006*. Madrid: Cruz Roja Española; 2007.
5. Liem A, Wang C, Wariyanti R, Latkin A, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e20, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6).
6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912–20.
7. Poole DN, Escudero DJ, Gostin LO, Leblang D, Talbot EA, Poole DN, et al. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises. *Int J Equity Health*. 2020;19:41, <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-020-01162-y>.
8. Gilbert M, Pullano G, Pinotti F, Valdano E, Poletto C, Boëlle PY, et al. Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study. *Lancet*. 2020;395:871–7.