

Agosto de 2020

viewpoint

Género, raza, nivel económico y la COVID-19... ¿está agravando la pandemia las desigualdades existentes?

Los efectos de la pandemia de COVID-19 todavía se están sintiendo en todo el mundo, pero estamos conscientes de que no todos se han visto afectados por igual. Lo que ha quedado claro debido a la gran cantidad de datos publicados es que el género, la raza y el nivel económico juegan un papel importante en cómo afectará la COVID-19 a una persona, ya sea que lo veamos desde la perspectiva de la salud, económica o social.

Los hombres, por ejemplo, corren un mayor riesgo de contraer y morir por causa de COVID-19 que las mujeres, mientras que estas tienen más probabilidades de sufrir económicamente. En México, la proporción de personas que mueren por COVID-19 es de hasta un 66% de hombres frente a un 34% de mujeres, la mayor diferenciación por género de cualquier país con más de 10.000 muertes.¹ Como señala el Banco Mundial, “la evidencia demuestra que el coronavirus es más mortal para los hombres; sin embargo, las mujeres enfrentan más dificultades económicas”².

La evidencia sugiere que, en las economías occidentales, las de las comunidades negras, asiáticas y minorías étnicas (BAME, por su sigla en inglés) parecen tener un mayor riesgo de contraer COVID-19 y morir que las de los grupos étnicos blancos. Según una investigación publicada en el “Financial Times”, mientras que las personas de origen BAME constituye alrededor del 13% de la población del Reino Unido, representan aproximadamente un tercio de los pacientes con virus ingresados en unidades de cuidados intensivos. En Estados Unidos, los afroamericanos son alrededor del 14% de la población, pero representan el 30% de quienes han contraído el virus.³

El nivel económico también parece tener un impacto significativo en la probabilidad de que alguien contraiga COVID-19. Aunque el virus no discrimina en función del saldo bancario existente, que una persona viva en condiciones de hacinamiento tenga acceso a atención

médica o trabaje en un entorno seguro son factores que se ven significativamente afectados por su riqueza y, lamentablemente, todos ellos aumentan el riesgo de contraer una enfermedad contagiosa.

“...el género, la raza y el nivel económico juegan un papel importante en cómo afectará la COVID-19 a una persona, ya sea que lo veamos desde la perspectiva de la salud, económica o social”.



¿Retrocede la igualdad de género?

Asimismo, los datos indican que las desigualdades en el equilibrio laboral y el impacto de los estereotipos de género se han agravado durante la cuarentena. Según las Naciones Unidas, las mujeres realizan al menos dos veces y media más tareas domésticas y de cuidado no remuneradas que los hombres⁴. Las mujeres en la India realizan diez veces más tareas domésticas y de cuidado social no remuneradas en épocas “normales” que los hombres, y se estima que el COVID-19 ha aumentado este porcentaje en un 30% adicional.⁵

Y según datos de la Organización Internacional del Trabajo, en todo el mundo las mujeres representan menos del 40% del empleo, pero conforman el 57% del trabajo a tiempo parcial.⁶ Esto a menudo significa que el trabajo es más temporal, o inestable, que un puesto a tiempo completo. Sigue existiendo también una importante brecha salarial entre hombres y mujeres, actualmente estancada en el 16% a escala mundial, lo que significa que las mujeres se verán afectadas de forma desproporcionada por una crisis económica.⁷

Incluso cuando las mujeres pueden trabajar desde casa, tienden a asumir una mayor proporción del cuidado infantil y las tareas domésticas, lo que limitará su capacidad para poder trabajar a tiempo completo, especialmente ahora que la enseñanza en el hogar, aunque temporal, se ha convertido en algo habitual.

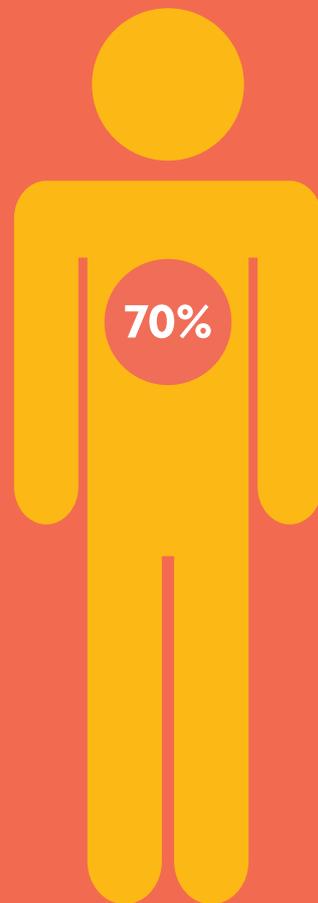
Según el Informe de Políticas de las Naciones Unidas: “En todo el mundo, las mujeres ganan menos, ahorran menos, tienen trabajos menos seguros y tienen más probabilidades de trabajar en el sector informal. Tienen menos acceso a las protecciones sociales y son la mayoría de los hogares encabezados por un solo padre de familia. Por lo tanto, su capacidad para absorber choques económicos es menor que la de los hombres.”⁸

“En todo el mundo, las mujeres ganan menos, ahorran menos, tienen trabajos menos seguros y tienen más probabilidades de trabajar en el sector informal... Por lo tanto, su capacidad para absorber choques económicos es menor que la de los hombres.”

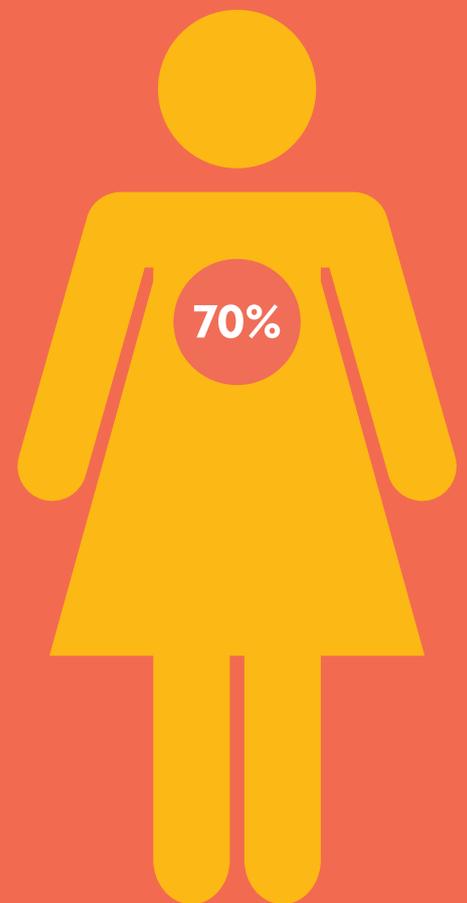
El impacto de las políticas

Se han tomado decisiones que afectan al modo de vida de prácticamente todo el mundo, pero el impacto de esas decisiones tomadas por los responsables políticos y los funcionarios de salud pública no es necesariamente el mismo para hombres y mujeres.

El análisis de 104 países realizado por el Centro Internacional de Crecimiento muestra que alrededor del 70% de trabajadores de los sectores sanitario y social son mujeres, mientras que más del 70% de funcionarios ejecutivos principales (CEOs) y directivos del sector sanitario mundial son hombres, lo que sugiere que, si bien muchas mujeres trabajan en primera línea de atención del COVID-19, muy pocas pueden influir en las medidas políticas adoptadas para hacer frente a la crisis⁹.



de funcionarios ejecutivos principales (CEOs) y directivos del sector sanitario mundial son hombres



de trabajadores de los sectores sanitario y social son mujeres

¿Discrimina el virus?

Si algo está claro sobre el COVID-19 es que es increíblemente contagioso y se propaga sin discriminación. Pero la etnia de una persona sí parece influir en el probable impacto en la salud. El análisis del Instituto de Estudios Fiscales muestra que la tasa de mortalidad entre los británicos negros de origen africano y los británicos de origen paquistaní por COVID-19 en hospitales ingleses es más de dos veces y media superior a la de la población blanca.¹⁰ Y un informe de la Asociación Médica Británica reveló que el 90% de los médicos que habían muerto por COVID-19 procedían de un contexto de BAME.¹¹

En el Reino Unido¹², los datos indican que las personas de origen sudasiático son el grupo con más probabilidades de morir en el hospital por COVID-19. Existen algunas razones para ello, pero parece probable que esté relacionado con la diabetes, una afección preexistente importante conocida que tiene un impacto directo en la morbilidad por COVID-19. Alrededor del 40% de los pacientes del sur de Asia hospitalizados tenían diabetes tipo 1 o tipo 2, en comparación con el 25% de los pacientes blancos.

[El COVID-19 es] “increíblemente contagioso y se propaga sin discriminación. Pero la etnia de una persona sí parece influir en el impacto en la salud”.

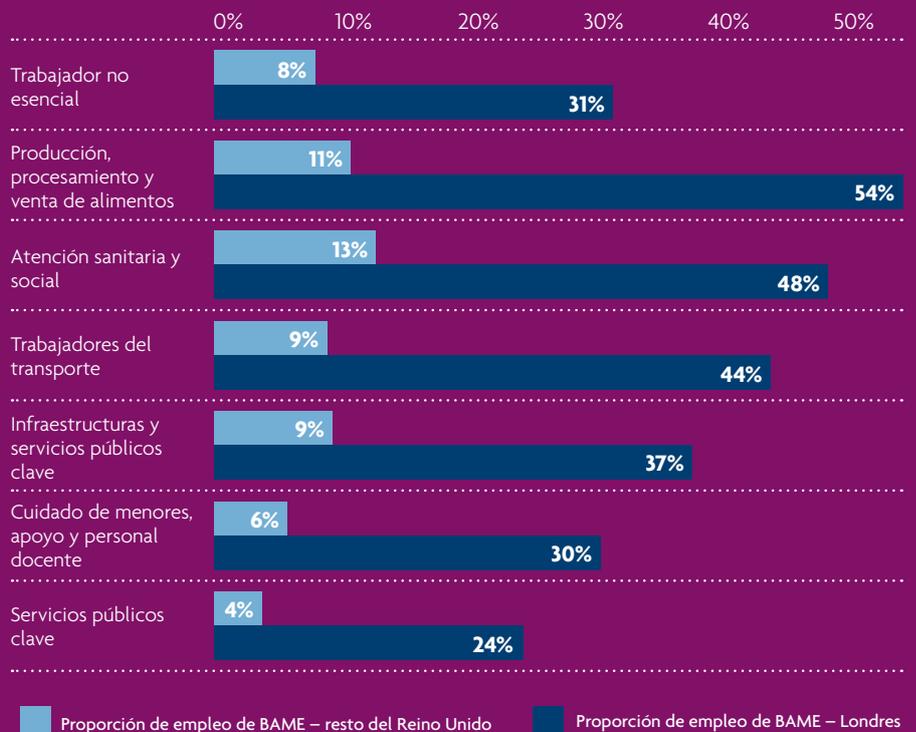
Sin embargo, es difícil tener una idea clara de cómo está afectando el virus a quienes viven en países del sur de Asia. Por ejemplo, se ha declarado ampliamente que la India (al igual que otros países) puede estar informando un número inferior de personas que han muerto por COVID-19. Los médicos de algunas regiones afirman haber recibido instrucciones de no incluir al COVID-19 como causa de muerte en pacientes con el virus. Y aunque el sistema sanitario de la India permite que todos obtengan atención gratuita o muy subvencionada en hospitales públicos, también ha recibido, de manera crónica, financiación insuficiente. Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que el gobierno de la India gastó solo 63 dólares por persona en asistencia sanitaria para sus 1.300 millones de habitantes en 2016, mientras que China gastó 398 dólares por cada uno de sus 1.400 millones de habitantes.¹³

En los países con una población mayormente blanca, una de las razones por las que las minorías étnicas pueden correr un mayor riesgo es debido a las condiciones de vida, ya que las comunidades minoritarias suelen tener más probabilidades de vivir en hogares multigeneracionales, con un círculo familiar más amplio en el que conviven una mayor cantidad de personas.¹⁴ Otra razón puede deberse a la probabilidad de ocupar un puesto de trabajador esencial. Alrededor del 8% de la fuerza laboral del Reino Unido son trabajadores esenciales, pero este porcentaje se eleva al 31% para quienes proceden de un entorno BAME.¹⁵ Los trabajadores de BAME representan el 54% de los trabajadores del transporte de Londres, el 48% de los trabajadores de asistencia sanitaria y social y el 54% de los trabajadores de la producción y procesamiento de alimentos, un entorno en el que se ha elevado número de casos de COVID-19 en todo el mundo.

“Alrededor del 8% de la fuerza laboral del Reino Unido son trabajadores esenciales, pero este porcentaje se eleva al 31% para quienes proceden de un entorno BAME”.

Ross Warwick, economista investigador del Instituto de Estudios Fiscales, dijo que las tasas de mortalidad entre las poblaciones minoritarias podrían reducirse a las funciones sanitarias o laborales subyacentes. “Cuando se tiene en cuenta el hecho de que la mayoría de los grupos minoritarios son relativamente jóvenes en general, el número de muertes parece desproporcionado en la mayoría de los grupos minoritarios étnicos. Es poco probable que haya una única explicación aquí y distintos factores pueden resultar más importantes para diferentes grupos. Por ejemplo, mientras que los negros de ascendencia africana son particularmente propensos a ser empleados en funciones de trabajadores esenciales que podrían ponerlos en riesgo, los bangladesíes de más edad parecen vulnerables en función de las afecciones de salud subyacentes”.

Los trabajadores BAME representan una parte desproporcionadamente grande de los sectores de trabajadores esenciales en Londres¹⁶

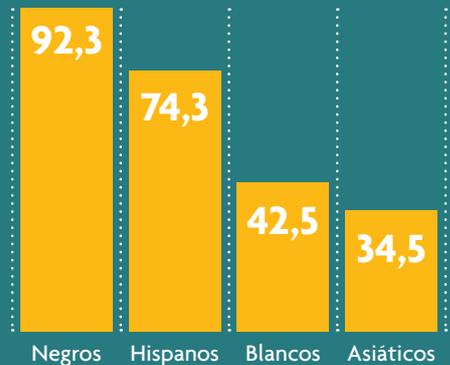


Tasas de hospitalización y características de los pacientes internados con COVID-19 en EE. UU.

Los Centers for Disease Control (CDC)¹⁷ realizaron recientemente análisis entre 580 pacientes internados con COVID-19 confirmado en laboratorio en 14 estados de EE. UU. El estudio reveló que el 45% de las personas de quienes se disponían datos de raza o etnia eran de raza blanca, en comparación con el 59% de las personas de la comunidad circundante.

Sin embargo, el 33% de los pacientes hospitalizados eran de raza negra, en comparación con el 18% en la comunidad, lo que sugiere un predominio de la población negra entre los pacientes hospitalizados. La ciudad de Nueva York¹⁸ identificó tasas de mortalidad entre la población negra (92,3 muertes por cada 100.000 habitantes) y la población hispana (74,3 muertes por cada 100.000) que fueron sustancialmente superiores a las de la población blanca (42,5 por cada 100.000) o asiática (34,5 por cada 100.000).

Tasas de mortalidad por cada 100.000 habitantes



¿Se puede escapar la infección gastando dinero?

Si bien la COVID-19 no sabe si una persona es rica o pobre, las tasas de infección parecen verse afectadas por la situación económica. Antes de esta pandemia, las investigaciones concluyeron que un ingreso bajo en relación con el resto de la sociedad se asocia a tasas más altas de afecciones de salud crónicas como la diabetes y las enfermedades cardíacas,¹⁹ que aumentan considerablemente el riesgo de muerte por COVID-19. Al mismo tiempo, los estudios han demostrado que las personas con ingresos más bajos tienden a desarrollar afecciones de salud crónicas entre 5 y 15 años más pronto.²⁰ Si bien los funcionarios de salud pública creen que las personas mayores de 70 años corren más riesgo debido a la prevalencia de afecciones crónicas, estos hallazgos sugieren que, para las personas con ingresos más bajos, es probable que el umbral sea tan bajo como los 55 años.

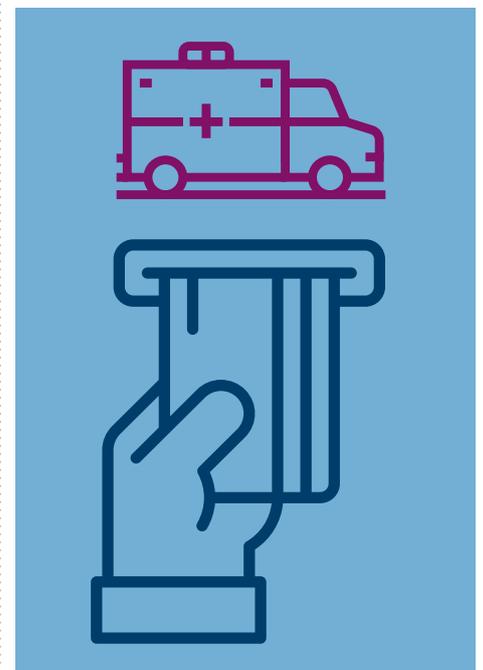
Es probable que la desigualdad en los niveles económicos se sienta más en países que no ofrecen atención médica financiada por el estado. En los EE. UU., por ejemplo, el 90% de las personas cuyos ingresos están en el cuadril superior tienen licencia por enfermedad con goce de sueldo en el trabajo, mientras que solo el 47% de las personas en el cuadril inferior lo tienen.²¹ En 2019, el 26% de los americanos postergó su atención médica²² porque no podían costearla, mientras que una proporción similar dijo que alguien de su familia no se había realizado un

análisis recomendado por el médico que no podía costear.²³ Resulta razonable suponer que el costo del tratamiento para algunos será inasequible. Un artículo del New York Times sugiere que muchos deben hacer frente a desagradables facturas hospitalarias por el tratamiento de la COVID-19, y otros incluso deben pagar por estancias obligatorias.²⁴

Como hemos visto, los trabajos peor pagados suelen ser los que se realizan en primera línea de batalla durante una pandemia, y en muchos países, el personal sanitario, los trabajadores del transporte y los trabajadores de la producción de alimentos cobran salarios más bajos que el promedio. Esto no solo los pone en mayor riesgo de contraer el virus que las personas más pudientes, sino que también significa que tienen menos probabilidades de tener un seguro médico si fuese necesario.

Según datos informados por Forbes, “casi la mitad de los enfermeros y trabajadores que prestan servicio de asistencia en el hogar en los EE. UU. no tienen un solo día de licencia remunerada por enfermedad y un millón de trabajadores sanitarios carecen de su propia cobertura de salud. Los enfermeros y camilleros, incluidos los que tratan a pacientes con COVID-19, están arriesgando sus vidas todos los días por un salario promedio por hora de 14,25 dólares, mientras que el salario por hora de los trabajadores que prestan servicio de asistencia en el hogar es de tan solo 11,63 dólares.”²⁵

“...los estudios han demostrado que las personas con ingresos más bajos tienden a desarrollar afecciones de salud crónicas entre 5 y 15 años más pronto”.



El papel de los empleadores

Las organizaciones globales deben ser flexibles en su manera de gestionar la pandemia de COVID-19 entre el personal. Un enfoque “único” no funcionará cuando la epidemiología es tan variada en diferentes países del mundo, aunque los estrictos procedimientos de higiene deben ser universales. Como señalan los CDC, “los empleadores deben responder de una manera que tenga en cuenta el nivel de transmisión de la enfermedad en sus comunidades y revisar sus planes de respuesta empresarial según sea necesario.”²⁶

En especial, en cuanto a la igualdad de género, los empleadores pueden tener un impacto positivo duradero en las políticas laborales. Especialmente en los países desarrollados, las mujeres suelen reclamar y priorizar la flexibilidad en el lugar de trabajo.

Si las empresas utilizan la pandemia como una oportunidad para promover activamente el trabajo en casa y la flexibilidad, esta podría ser una gran noticia para las mujeres trabajadoras, que podrían descubrir que tienen más oportunidades profesionales a su disposición. Sin embargo, para lograr una igualdad de género real y sostenida, a los hombres se les deben ofrecer las mismas oportunidades de trabajo flexible que a las mujeres, con el fin de poder compartir equitativamente el cuidado de los hijos y otras responsabilidades domésticas.

De acuerdo con los Principios de Empoderamiento de las Mujeres de las Naciones Unidas: “La situación actual ofrece la oportunidad de alterar los estereotipos de género, cambiar las narrativas tradicionales y demostrar que el liderazgo y la toma de decisiones, las tareas domésticas y el cuidado y la enseñanza de los niños pueden y deben ser responsabilidades compartidas.”²⁷

Los empleadores tienen la oportunidad de asumir un papel de liderazgo para abordar el posible impacto negativo a largo plazo de la COVID-19 en las desigualdades existentes. Aunque no son responsables de establecer políticas de atención médica o vivienda, sí tienen una responsabilidad con su personal. Las organizaciones mundiales tienen la obligación de garantizar la seguridad de sus empleados en cualquier entorno en el que trabajen, ya sea una fábrica o una oficina central. Quienes diseñen políticas de reincorporación al trabajo deberán tener esto en cuenta. Aunque el distanciamiento social es posible en una oficina, puede que no sea posible en una planta de fabricación o una fábrica de procesamiento de alimentos.

Aunque el impacto total de la pandemia aún se desconoce, a medida que los países comienzan a relajar las reglas de cuarentena y a abrirse al mundo, el papel de las organizaciones globales radica en garantizar que quienes más han sufrido durante la pandemia de COVID-19 reciban apoyo en lo que todos comienzan el proceso de recuperación. Como empleador global, debe estar consciente de las desigualdades existentes y hacer lo posible para garantizar que estas no empeoren durante y después de la crisis de la COVID-19.

1. Anon, Global Health 5050 <https://globalhealth5050.org/covid19/sex-disaggregated-data-tracker/> (obtenido en junio de 2020)
2. Caroline Freund e Iva Ilieva Hamel, Banco Mundial <https://blogs.worldbank.org/psd/covid-hurting-women-economic-governments-have-tools-offset-pain>, (obtenido en junio de 2020)
3. Clive Cookson y Richard Milne, Financial Times <https://www.ft.com/content/5fd6ab18-be4a-48de-b887-8478ad-dd72> (29 de abril de 2020)
4. Anon, ONU Mujeres <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribution-unpaid-work>, (obtenido en junio de 2020)
5. Anon, FSG https://www.fsg.org/sites/default/files/7%20issues%20affecting%20women%20during%20covid-19_0.pdf, (obtenido en junio de 2020)
6. Anon, Organización Internacional del Trabajo, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/-/publ/documents/publication/wcms_457317.pdf (obtenido en junio de 2020)
7. Anon, Academia del Pacto Mundial de las Naciones Unidas <https://unglobalcompact.org/academy/how-business-can-support-women-in-times-of-crisis>, (obtenido en junio de 2020)
8. Anon, ONU Mujeres <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>, (obtenido en junio de 2020)
9. Laura Sili, Centro Internacional de Crecimiento, <https://www.theigc.org/blog/covid-19-and-the-impact-on-women/>, (obtenido en junio de 2020)
10. Haroon Siddique, The Guardian <https://www.theguardian.com/world/2020/may/01/british-bame-covid-19-death-rate-more-than-twice-that-of-whites> (1 de mayo de 2020)
11. Anon, BBC News <https://www.bbc.com/news/uk-53065306> (16 de junio de 2020)
12. Even M Harrison y Annemarie B Docherty, The Lancet, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3618215 (obtenido en junio de 2020)
13. Anon, Associated Press, The Hindustan Times <https://www.hindustantimes.com/health/covid-19-pandemic-india-s-social-inequalities-reflected-in-coronavirus-care/story-Y5mfBH7zOawp6K59d0APhtml> (26 de junio de 2020)
14. Clive Cookson y Richard Mile, Financial Times <https://www.ft.com/content/5fd6ab18-be4a-48de-b887-8478ad-dd72> (29 de abril de 2020)
15. Tim Elwell-Sutton, Sarah Deeny y Mai Stafford, The Health Foundation, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/emerging-findings-on-the-impact-of-covid-19-on-black-and-min>, (obtenido en junio de 2020)
16. Anon, The Health Foundation, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/emerging-findings-on-the-impact-of-covid-19-on-black-and-min> (obtenido en junio de 2020)
17. Varios autores, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s_cid=mm6915e3_w (obtenido en junio de 2020)
18. Anon, New York City Health, <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-19-deaths-race-ethnicity-04162020-1.pdf> (obtenido en junio de 2020)
19. Anon, American Sociological Association, <https://www.rwjf.org/en/library/research/2008/12/epidemiological-sociology-and-the-social-shaping-of-population-h.html> (obtenido en junio de 2020)
20. Irma T Elo, Annual Review of Sociology, <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-soc-070308-115929> (obtenido en junio de 2020)
21. Elise Gould, Economic Policy Institute, <https://www.epi.org/blog/lack-of-paid-sick-days-and-large-numbers-of-uninsured-increase-risks-of-spreading-the-coronavirus/> (obtenido en junio de 2020)
22. Anon, West Health and Gallup, <https://news.gallup.com/poll/248123/westhealth-gallup-us-healthcare-cost-crisis.aspx> (obtenido en junio de 2020)
23. Liz Hamel, Cailey Munana y Mollyann Brodie, Kaiser Family Foundation, <https://www.kff.org/report-section/kaiser-family-foundation-la-times-survey-of-adults-with-employer-sponsored-insurance-section-2-affordability-of-health-care-and-insurance/> (obtenido en junio de 2020)
24. Sarah Kliff, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2020/02/29/upsurprise/coronavirus-surprise-medical-bills.html?auth=login-email&login=email> (10 de marzo de 2020)
25. Michael Posner, Forbes <https://www.forbes.com/sites/michaelposner/2020/05/14/coronavirus-pandemic-reveals-our-economic-inequality/#5154abef79fe> (obtenido en junio de 2020)
26. Anon, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/guidance-business-response.html> (obtenido en junio de 2020)
27. Anon, ONU Mujeres <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>, (obtenido en junio de 2020)

Este documento ha sido elaborado por MAXIS GBN únicamente con fines informativos y no constituye un asesoramiento. MAXIS GBN ha hecho todo lo que estaba a su alcance para garantizar que la información contenida en este documento proceda de fuentes fiables, pero no puede garantizar la exactitud o integridad de la misma. La información contenida en este documento puede estar sujeta a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Por lo tanto, si deposita su confianza en esta información lo hace estrictamente por su cuenta y riesgo.

La red MAXIS Global Benefits Network (la “Red”) es una red de compañías aseguradoras miembros de MAXIS con autorizaciones locales (los “Miembros”) fundada por AXA France Vie, París, Francia (AXA) y Metropolitan Life Insurance Company, Nueva York, NY (MLIC). MAXIS GBN, inscrita en el registro ORIAS con el número 16000513, y con domicilio social en 313, Terrasses de l’Arche, 92 727 Nanterre Cedex, Francia, es un intermediario de seguros y reaseguros que respalda la Red. MAXIS GBN es propiedad conjunta de los afiliados de AXA y MLIC, y no emite pólizas ni ofrece seguros; dichas actividades son llevadas a cabo por los miembros. MAXIS GBN opera en el Reino Unido a través de su establecimiento en dicho país, con domicilio social en 1st Floor, The Monument Building, 11 Monument Street, Londres EC3R 8AF, número de establecimiento BR018216 y en otros países europeos en régimen de libre prestación de servicios. MAXIS GBN opera en EE. UU. a través de MetLife Insurance Brokerage, Inc., con domicilio en 200 Park Avenue, NY, NY, 10166, un agente de seguros con licencia de NY. MLIC es el único miembro autorizado para realizar actividades de seguros en Nueva York. Los demás miembros no están autorizados para ejercer su actividad en Nueva York y las pólizas y contratos que emitan no han sido aprobados por el Superintendente de Servicios Financieros de Nueva York, y no están protegidos por el fondo de garantía ni sujetos a las leyes de dicho Estado. MAR00664/0720

