

# Informe Salud y Género 2022

Aproximación multidisciplinar a la pandemia por  
COVID-19

**NOTA.** Las opiniones que se expresan en los capítulos que componen este Informe se corresponden con los análisis realizados por las personas expertas que han coordinado cada capítulo y su equipo de redacción, pero no necesariamente representan la opinión del Ministerio de Sanidad.

**Propuesta de citación de la publicación:**

López Rodríguez Rosa M<sup>a</sup>, Soriano Villarroel Isabel, Coord. Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022

Quedan reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de la propiedad intelectual.

© 2022 Ministerio de Sanidad

Versión del documento: Pre-edición

NIPO XXX-XX-XXX-X

[código pendiente de asignación por el programa editorial del Ministerio de Sanidad]

## **Dirección General de Salud Pública:**

Pilar Aparicio Azcárraga. Directora General

## **Coordinación del Informe:**

Rosa M<sup>a</sup> López Rodríguez. Directora de Programas del Observatorio de Salud de las Mujeres. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad

## **Equipo técnico del Observatorio de Salud de las Mujeres:**

Marta Cardaba Plaza

Ignacio Rucandio Alonso

## **Equipo administrativo:**

Ana Sánchez González (coordinadora)

Beatriz Castellanos González (apoyo)

## **Apoyo técnico externo:**

Isabel Soriano Villarroel (apoyo a la coordinación del Informe)

Andrea González Rojas (apoyo técnico)

## **Autoría de los capítulos que componen el Informe Salud y Género 2022:**

### **→ Mujeres y pandemia por COVID-19: evidencias en torno a su invisibilidad política, mediática y científica**

Amaia Bacigalupe de la Hera [Coordinadora]

Andrea Cabezas Rodríguez

Anna Giné March

Marta Jiménez Carrillo

### **→ Historia natural de la COVID-19 desde la perspectiva de género**

Carlos Álvarez Dardet [Coordinador]

Alicia Negrón Fraga

Carme Valls Llobet

### **→ Síndrome post-COVID-19 y género**

Carme Valls Llobet [Coordinadora]

Mercè Botinas Martí

Mar Rodríguez Gimena

Luisa Lasheras Lozano

Noemia Loio Marques

→ **COVID-19 y sesgos de género en la atención sanitaria. Las desigualdades de género que revelan las diferencias por sexo**

María Teresa Ruiz Cantero [Coordinadora]

→ **Cuidados no remunerados en tiempos de pandemia y su impacto en la salud de las mujeres**

María del Mar García Calvente [Coordinadora]

María del Río Lozano

Gracia Maroto Navarro

María Montserrat Soronellas Masdeu

→ **Impacto del confinamiento en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores**

Dolors Comas-d'Argemir [Coordinadora]

Mireia Roca-Escoda

→ **Determinantes sociales de salud y vulnerabilidad frente a la COVID-19**

Alberto Martín-Pérez Rodríguez [Coordinador]

Alicia Negrón Fraga

Clara Benedicto Subirá

Edith Pérez Alonso

Guadalupe Pastor Moreno

Jara Cubillo Llanes

M. Ángeles Rodríguez Arenas

→ **Contextualización, transversalidad y situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19**

Ángel Gasch-Gallén [Coordinador]

Ana María Rabadán-Jiménez

Isabel Caballero-Pérez

Sofía Gabasa Barcoj

→ **Impacto del confinamiento por COVID-19 en la violencia de género y las respuestas del sector salud**

Carmen Vives Cases [Coordinadora]

Clara Benedicto Subirá

Guadalupe Pastor Moreno

Belén Peñalver Argüeso

M. Ángeles Rodríguez Arenas

Belén Sanz Barbero

Isabel Ruiz Pérez

→ **COVID-19 y Salud Mental. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia**

Isabel Ruiz-Pérez [Coordinadora]

Anna Berenguera Ossó

Carmen Fernández-Alonso

Jesús Henares Montiel

Constanza Jacques Aviñó

Ignacio Ricci Cabello

María Jesús Serrano Ripoll

→ **Reflexionando sobre la salud sexual en tiempos de COVID-19**

Vicent Bataller Perelló [Coordinador]

Francisca Molero Rodríguez

Paula Peña García

→ **Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19**

Dolores Ruiz-Berdún [Coordinadora]

Adela Recio Alcaide

Inmaculada Clemente Paulino

Rosario Quintana Pantaleón

Sheima Hossain López

→ **COVID-19, masculinidades y salud de los hombres desde una perspectiva de género**

Jorge Marcos-Marcos [Coordinador]

Ángel Gasch-Gallén

Carlos Álvarez-Dardet

Gracia Maroto-Navarro

José Tomás Mateos

→ **Una mirada de género desde la gobernanza local y la participación**

Rosana Peiró Pérez [Coordinadora]

Inmaculada Clemente Paulino

Luis López Cerrillo

**Agradecimientos por la revisión del manuscrito y aportaciones:**

M<sup>a</sup> Antonia Aretio Romero

Lucía Artarcoz Lazcano

Soledad Carregui Vilar

Lorenzo Casellas López

M<sup>a</sup> Ángeles Durán Heras

Ramón Escuriet Peiró

Charo García Vicuña

Ascensión Gárriga Puerto

M<sup>a</sup> Dolores Gérez Valls

Diana Gil González

Jorge González Fernández

Alberto Infante Campos

María Lameiras Fernández

Daniel La Parra Casado

Miguel Lorente Acosta

Juan Madrid Gutiérrez

Unai Martín Roncero

José Martínez Olmos

Lucía Mazarrasa Alvear

Olmo Morales Albarrán

José Luis Pedreira Massa

Mayte Sancho Castiello

**Colaboradoras:**

Amaia Méndez Zorrilla

Begoña García-Zapirain

Ainara Sudupe Moreno

# Índice

Presentación institucional .....	1
Introducción .....	5
Nota técnica y metodológica.....	10
Mujeres y pandemia por COVID-19: evidencias en torno a su invisibilidad política, mediática y científica.....	13
Historia natural de la COVID-19 desde la perspectiva de género .....	37
Síndrome Post-COVID-19 y género .....	54
COVID-19 y sesgos de género en la atención sanitaria. Las desigualdades de género que revelan las diferencias por sexo .....	74
Los cuidados no remunerados en tiempos de pandemia y su impacto en la salud de las mujeres .....	107
Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores.....	135
Determinantes sociales de la salud y vulnerabilidad frente a la COVID-19 .....	160
Contextualización, transversalidad situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19 .....	181
Impacto del confinamiento por COVID-19 en la violencia de género y las respuestas del sector salud .....	202
COVID-19 y salud mental. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia .....	225
Reflexionando sobre la salud sexual en tiempos de COVID-19 .....	248
Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19 .....	264
COVID-19, Masculinidades y salud de los hombres desde una perspectiva de género .....	282

Una mirada de género desde la gobernanza local y la participación.....	304
Experiencias de interés.....	328
Reflexionando sobre la salud sexual en tiempos de COVID-19 .....	338
Índice de abreviaturas y acrónimos .....	343
Índice de figuras y tablas .....	346

# Presentación institucional

Abordar adecuadamente la salud de las mujeres y de los hombres requiere considerar determinantes sociales y aquellas desigualdades que, por ser injustas y evitables, deben ser objeto de actuación de los poderes públicos.

La **Agenda 2030** incluye, entre las metas del **Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 para la Igualdad de Género** (ODS 5), la importancia de velar por la participación plena y efectiva de las mujeres, así como la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública.

Y en esta materia la **Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025** señala cómo la igualdad en términos sociales de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, es un valor central de la Unión Europea (UE), un derecho fundamental y un principio clave del pilar europeo de derechos sociales.

Todos los grandes retos que afronta hoy la UE —entre otros la crisis sanitaria por COVID-19, las transiciones verde y digital, y el cambio demográfico— tienen una dimensión de género. Resulta imprescindible transversalizar la perspectiva de género en todas las políticas y procesos de la EU para poder cumplir con la Estrategia 2020-2025, incluido el ámbito de la salud, garantizando que el conjunto de las políticas y programas europeos, de todos y cada uno de sus Estados Miembros, maximicen el potencial de toda la ciudadanía, mujeres y hombres, niñas y niños, en toda su diversidad.

Por ello, es importante investigar, recoger y difundir información sobre las desigualdades en salud por razón de género.

La **Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres**, que el pasado mes de marzo cumplió 15 años desde su entrada en vigor en nuestro país, en su artículo 27 sobre la “Integración del principio de igualdad en la política de salud”, nos mandata a las administraciones públicas que las políticas, estrategias y programas de

salud integren en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

También apunta que, para garantizar un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, es necesaria la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de las políticas públicas de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

Para ello, las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, una serie de actuaciones de las cuales me gustaría reseñar especialmente en el contexto de este Informe, estas tres:

- La obtención y el tratamiento de datos desagregados por sexo, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.
- El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.
- La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias.

Finalmente, el Proyecto de Ley de Institucionalización de la Evaluación de Políticas Públicas en la Administración General del Estado, presentado en mayo, supone uno de los hitos incluidos en el **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia 2021-2026** y ahonda en las recomendaciones efectuadas por la Unión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

El objetivo de esta nueva norma es conocer el impacto que las políticas públicas tienen sobre las beneficiarias y beneficiarios de las mismas y la ciudadanía en general, y así hacer un mejor uso de los recursos públicos, de los recursos de todas y de todos, y de la proyección de las políticas públicas hacia el futuro.

Precisamente, en esta norma se establece un enfoque transversal de evaluación para conocer el impacto de las políticas en la igualdad de género, el medio ambiente, la despoblación, el crecimiento económico, la redistribución de la riqueza, la adecuación a la normativa europea o la alineación con los objetivos de desarrollo sostenibles.

En el presente más inmediato, el **III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (PEIEMH) 2022-2025**, aprobado por el Consejo de Ministros y Ministras el pasado mes de marzo, establece en su objetivo operativo BG.1.1.1 conocer la situación de las mujeres y hombres mediante estudios que, desde un enfoque interseccional, presten especial atención a la evolución que ésta ha tenido desde la crisis financiera del 2008 y, más recientemente, desde la crisis del COVID-19 hasta la actualidad.

Durante estos últimos dos años vividos por la pandemia por COVID-19, el compromiso y el esfuerzo realizado por las trabajadoras y trabajadores de los servicios de salud de las administraciones públicas ha sido ejemplar, especialmente, el realizado por el conjunto de profesionales de la salud de las Comunidades Autónomas con implicación en los sistemas de vigilancia epidemiológica (Centro Nacional de Epidemiología y la Red RENAVE coordinados desde el Instituto de Salud Carlos III) junto con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, las personas expertas de las diferentes Ponencias, así como la Agencia Española del Medicamento.

En conjunto, han trabajado en la recogida de datos, investigación y estudios orientados a mejorar el conocimiento en torno a la historia natural de dicha enfermedad, y a cómo se manifiestan sus múltiples impactos sociosanitarios. Por eso, consideramos fundamental elaborar este Informe de Salud y Género 2022, centrado en las importantes y variadas aproximaciones que, desde la perspectiva de género en salud, era necesario recoger y compilar en tiempos de pandemia por COVID-19.

Sin duda, incorporar el enfoque de género en el análisis multidisciplinar de la pandemia, permite elaborar respuestas más completas y adecuadas para mejorar resultados en salud y la respuesta sanitaria porque se construye sobre la base de una evidencia científica de mayor calidad.

Este Informe Salud y Género 2022 constata este enfoque como una de las bases fundamentales para el análisis de situación previo a la toma de decisiones y a la propuesta de recomendaciones para la acción en el marco de las políticas públicas de salud. Un análisis basado en datos desagregados por sexo y otras variables que, observadas desde la perspectiva de género y teniendo en cuenta su intersección con el resto de los determinantes sociales de la salud, nos darán una imagen más completa de la realidad y situación a la que debemos dar respuesta o que será necesario abordar.

Se trata de un camino imprescindible para la formulación de políticas públicas sanitarias equitativas desde su diseño, pasando por su construcción e implementación, hasta su evaluación. Tengo pleno convencimiento que la línea de análisis y propuestas que incluye este Informe Salud y Género 2022, es ya en sí mismo un compendio de conocimiento descriptivo que nos ayudará a tomar conciencia de aquellos elementos sobre los que construir la equidad de género en el acceso y utilización de los servicios sanitarios, así como a un nuevo diseño de estándares de calidad para los protocolos de investigación en salud y la evaluación de la atención sanitaria de nuestro Sistema Nacional de Salud en el presente y más aun mirando al futuro que nos espera.

Teniendo como epicentro el impacto de género de la pandemia por COVID-19, junto a la decena de seminarios web que hemos realizado en la misma línea desde 2021, esperamos que resulte de interés y utilidad para los equipos profesionales que integran nuestro Sistema Nacional de Salud y para la población en general, que, en definitiva, es la principal destinataria de las políticas públicas de salud.

Carolina Darias San Sebastián

MINISTRA DE SANIDAD

# Introducción

*"No siempre coincide la información disponible o razonablemente factible, con la que se necesitaría".*

*"Describir algunos aspectos de la salud y enfermedad de una población no es lo mismo que comprender sus causas ni que conocer, para actuar, cómo los determinantes sociales influyen en los resultados".*

*(Concha Colomer Revuelta: "El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades")*

El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) creado en 2004, es en la actualidad un órgano colegiado dependiente de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, que trabaja en torno a la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud, como uno de los objetivos estratégicos el área de Equidad en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PCSNS).

El OSM tiene como misión principal impulsar la integración del principio de igualdad en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoviendo, recopilando y difundiendo información que mejore el conocimiento acerca de las causas y dimensiones de las desigualdades de género en salud entre mujeres y hombres, contribuyendo a la reducción de las mismas. Para ello, basa su estrategia de acción en la construcción de entornos participativos y colaborativos que ayuden a la construcción de dicho conocimiento, integrando diferentes perspectivas desde el entorno profesional de los servicios sanitarios y de la sociedad civil.

El presente Informe es el cuarto dentro de la serie de informes que sobre "Salud y Género" ha coordinado y editado el OSM<sup>i</sup>. Tiene como objetivo fundamental ofrecer una primera aproximación a la comprensión desde la perspectiva de género, de algunos de los aspectos más relevantes de la pandemia por COVID-19 en el contexto de crisis global que caracteriza cualquier pandemia. Ante el gran esfuerzo en investigación y

---

<sup>i</sup> "Informe Salud y Género 2005".

"Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida"

"Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias"

Los tres informes están accesibles en la página web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/politicaGenero/home.htm>

estudios relativos a conocer mejor la historia natural de la enfermedad y sus impactos sociosanitarios, nos pareció de gran interés, poder ofrecer de nuevo este tipo de Informe.

Este Informe no sólo trata sobre la salud de las mujeres, sino que muestra diferentes claves que ayudan a comprender mejor cómo en tiempos de pandemia por COVID-19, el género –como construcción social, categoría relacional y determinante social de desigualdades en salud-, se expresa mostrando sus impactos sobre el binomio salud-enfermedad y la asociación entre salud y género.

Dada la complejidad en el abordaje de esta temática y el crecimiento exponencial del conocimiento científico generado en los últimos dos años en torno al coronavirus SARS-CoV-2 y la pandemia por COVID-19, en el equipo del OSM fuimos conscientes desde el principio que nuestros objetivos fundamentales con este Informe se centrarían en:

- Recuperar la serie de Informes sobre Salud y Género por el valor específico que ofrecían recopilando conocimiento científico de calidad en torno a la perspectiva de género y salud, teniendo en este caso como eje central la pandemia por COVID-19.
- Realizar con él una primera aproximación en la recopilación de estudios y análisis sobre algunos de los aspectos principales relacionados con la evolución de la pandemia, de los cuales ya existía evidencia sobre sus resultados en torno a su observación, estudio y análisis con enfoque de género.
- Ser el primer germen para futuros Informes sobre Salud y Género, donde se irían incluyendo aspectos monográficos de impactos de la pandemia por COVID-19, que no se hubieran recogido en este primer Informe.

En estos dos años de pandemia ya se han producido múltiples documentos y píldoras de información por parte de las diferentes áreas y servicios de la Dirección General de Salud Pública gracias a la colaboración de los correspondientes Comités de personas expertas, y también de los Comités -técnico e institucional- que vienen trabajando en las Estrategias del SNS (*cáncer, enfermedades cardiovasculares, abordaje de la cronicidad, etc.*) también en el marco del Plan de Calidad del SNS. En alguna de estas

Estrategias con documentos “ad hoc” o informes ejecutivos sobre aspectos concretos del impacto de la pandemia en su abordaje<sup>ii</sup>.

Esperamos que este Informe pueda servir como herramienta que sensibilice y proporcione elementos comunes que ayuden a orientar el análisis de género respecto a los impactos de la pandemia en otras Estrategias. Informe que se completa con el ciclo de seminarios webs que venimos desarrollando desde marzo de 2021, en los que se ha profundizado sobre la incorporación de la perspectiva de género en salud en los aspectos más relevantes de la pandemia, tanto por parte de las autoras y autores del Informe, como por otras personas expertas en la materia.

Algunos aspectos relacionados con las tendencias demográficas de la población española (*baja fecundidad, envejecimiento, concentración de la población en grandes ciudades...*), que ya se ponían de manifiesto en la edición de los anteriores Informes sobre Salud y Género, subyacen en el sustrato transversal de muchos de los capítulos recogidos en este primer Informe. La interseccionalidad del género -como determinante social de desigualdad en salud- con el resto de determinantes que impactan en la persona y su entorno más cercano, es el objeto del capítulo de determinantes sociales, complementado por la descripción de dichos los impactos en algunos de los contextos de mayor vulnerabilidad durante la pandemia. Cada persona ha vivido un confinamiento y una pandemia distinta, y es necesario tenerlo presente.

La longevidad, la carga de enfermedad y discapacidad (diferente para mujeres y hombres) y las condiciones de la institucionalización de las personas mayores y sus cuidados, ha sido uno de los aspectos que han puesto de manifiesto la vulnerabilidad del sistema de cuidados, uno de los pilares básicos de la protección social y de la solidaridad intergeneracional.

Los cuidados de personas dependientes en el seno de las familias han continuado recayendo sobre las mujeres (madres, hermanas, cuñadas, amigas, etc.), intensificándose en los primeros meses de confinamiento estricto en la etapa inicial de la pandemia. Especialmente, en la prestación de cuidados informales (cuidados de

---

<sup>ii</sup> Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 24 de febrero de 2021 sobre la pandemia de la COVID-19 y la prevención y el control del Cáncer.

menores y mayores dependientes o personas enfermas con cuidados de larga duración), unido a la falta de apoyo de los cuidados formales, como los centros de día o la afectación de la pandemia a las personas cuidadoras formales. Hubo que combinar el teletrabajo con los cuidados informales.

Esta sobrecarga de cuidados no compartidos ha condicionado de nuevo muy desigualmente la presencia de las mujeres en la esfera pública, reflejada en su menor presencialidad en los órganos de toma de decisiones, en el ámbito de la producción, publicación y divulgación científica, o el del diseño y desarrollo tecnológico de nuevas soluciones, tanto en el ámbito de la investigación clínica e innovación sanitaria, como en el de la aplicación de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud y gestión sanitaria, incluidas aplicaciones de la inteligencia artificial. A pesar de esto, ha sido decisivo el papel de algunas mujeres (Katalin Karikó, Sarah Hilbert, Chen Wei, Kizzmekia Corbett, Margarita del Val, Isabel Solá) en el desarrollo de nuevas vacunas para combatir los efectos más graves de esta enfermedad y mejorar la divulgación científica, uno de los campos donde se ha podido visibilizar de forma más evidente la importancia de su labor durante décadas anteriores a la pandemia.

Asimismo, en el caso de las personas cuidadoras formales, los impactos de la pandemia han tenido importantes consecuencias socioeconómicas para sus hogares, aumentando la precariedad de entornos familiares más vulnerables debido a la gran inestabilidad de sus empleos.

El análisis sobre estas y otras cuestiones en relación con determinados aspectos como los impactos en salud mental, la vivencia de la sexualidad, la dificultad en la detección y seguimiento de casos de violencia de género desde los servicios sanitarios o la confusión y miedo ante el contagio, ponen de manifiesto la mayor vulnerabilidad para el mantenimiento de algunas recomendaciones estratégicas del SNS durante los primeros meses de la pandemia (calidez y calidad en el seguimiento del embarazo, atención al parto, acompañamiento en el puerperio, duelo perinatal, etc.).

Todos estos aspectos van configurando el recorrido del resto de capítulos del Informe, y nos ayudan a situarnos en la amplitud de las implicaciones que, observadas desde la perspectiva de género, impactan en la salud de las personas. Esto, con el objetivo principal de servir para extraer un aprendizaje más integrador de factores que han

interaccionado y han desencadenado las importantes consecuencias, no sólo en la salud de la población, sino en las estructuras y organizaciones sanitarias y en sus equipos profesionales, durante estos dos años de pandemia que llevamos vividos. Prepararnos mejor para este tipo de contextos en tiempos de pandemia y poner en valor la importancia de algunas de aquellas cuestiones que pasaron a un segundo plano ante la necesidad de abordar la urgencia en atajar la transmisión del virus, es otro de los propósitos del Informe.

Es posible que en este tiempo hayan aumentado las brechas de género existentes antes de la pandemia, tanto en el ámbito público como privado, por lo que debemos tomar las lecciones aprendidas y estar vigilantes para que todas y todos volvamos a recuperar aquellos elementos que facilitan la igualdad en el acceso a recursos y oportunidades en el ámbito de lo público, compartiendo tareas de cuidados y organizando los diferentes tiempos de forma corresponsable, promoviendo nuestra salud.

Es nuestro deseo como equipo del OSM, trabajadoras y trabajadores del ámbito público y también del ámbito de la salud, y en colaboración con los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud, que este Informe sea un instrumento de consulta y útil para motivar y abrir nuevas líneas de trabajo en torno a la inclusión de la perspectiva de género en salud, también en tiempos de pandemia.

No queremos acabar este apartado de introducción al Informe de Salud y Género 2022 sin agradecer al excelente y diverso equipo de personas expertas, investigadoras docentes en diferentes universidades, escuelas de formación en salud pública, instituciones y servicios de salud autonómicos, que ha participado en la redacción de estos primeros capítulos compartiendo su conocimiento y lecciones aprendidas. También a aquellas otras que generosamente nos ofrecieron su tiempo y colaboración como revisoras externas de cada capítulo para poder ofrecer este Informe con la mejor calidad posible.

Y para las lectoras y lectores de este Informe, esperamos que les ayude a conocer y comprender algún aspecto sobre el que todavía no le hubiera dado tiempo a pensar.

Rosa M<sup>a</sup> López Rodríguez,  
Directora de Programas del Observatorio de Salud de las Mujeres

# Nota técnica y metodológica

Este Informe refleja el trabajo conjunto de **83 personas, 62 mujeres y 21 hombres**, incluyendo a responsables, equipos redactores y personas revisoras de cada uno de los 13 capítulos que lo componen.

Ha estado coordinado por el equipo del Observatorio de Salud de las Mujeres de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

En febrero de 2021 se constituyó el Comité Experto encargado de redactar el **Informe Salud y Género 2022** y se estableció el plan de trabajo para hacerlo realidad. En abril del mismo año se cerró un listado preliminar de capítulos, se asignaron responsables y equipos de redacción, se elaboraron unas normas de edición y redacción, y se iniciaron las reuniones de coordinación con cada capítulo para ir concretando sus contenidos.

En noviembre de 2021 se recibieron las versiones borrador de los capítulos, que fueron revisadas por el equipo del OSM y devueltas a los equipos redactores con propuestas de mejora en una primera ronda de correcciones<sup>iii</sup>. A su vuelta, se estudiaron de nuevo por el equipo del OSM y se enviaron a las personas revisoras externas. Las versiones finales de los capítulos que construyen el presente Informe son el resultado de incorporar, por parte de los equipos redactores, las últimas aportaciones de la revisión externa en abril y mayo de 2022.

Finalmente, el Informe se estructura en 5 partes diferenciadas:

- 1) **Introducción**, donde se justifica la necesidad del Informe y se hace un breve recorrido por algunos de los aspectos más relevantes del mismo
- 2) **Capítulos**, organizados en un recorrido que comienza con el análisis epidemiológico y clínico, seguido por el análisis en el ámbito de los cuidados, para posteriormente continuar con el análisis desde los determinantes sociales

---

<sup>iii</sup>Debe tenerse en cuenta que los datos extraídos para la redacción del Informe, en su mayoría, son los que había disponibles en noviembre de 2021.

de la salud y contextos de vulnerabilidad, así como algunos aspectos que han impactado de forma especial en la salud de las mujeres. Cierra el Informe un capítulo dedicado a la salud de los hombres desde la perspectiva de género y un estudio de caso sobre gobernanza local.

Lo capítulos siguen la misma estructura común: autoría, palabras clave, resumen, contenido, recomendaciones y/o propuestas para la acción y bibliografía.

A continuación, se listan los títulos de los capítulos por orden de aparición en el Informe:

- Mujeres y pandemia por COVID-19: Evidencias en torno a su invisibilidad política, mediática y científica.
- Historia natural de la COVID-19 desde la perspectiva de género
- Síndrome post-COVID-19 y género
- COVID-19 y sesgos de género en la atención sanitaria. Las desigualdades de género que revelan las diferencias por sexo
- Cuidados no remunerados en tiempos de pandemia y su impacto en la salud de las mujeres
- Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores
- Determinantes sociales de salud y vulnerabilidad frente a la COVID-19.
- Contextualización, transversalidad y situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19
- Impacto del confinamiento por COVID-19 en la violencia de género y las respuestas del sector salud
- COVID-19 y Salud Mental. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia
- Reflexionando sobre la salud sexual en tiempos de COVID-19

- Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19
  - COVID-19, masculinidades y salud de los hombres desde una perspectiva de género
  - Una mirada de género desde la gobernanza local y la participación
- 3) **Experiencias de interés** identificadas por el equipo redactor de algunos de los capítulos en el Informe que han incorporado la perspectiva de género durante el abordaje de la pandemia por COVID-19
  - 4) Índice de **abreviaturas y acrónimos**
  - 5) Índice de **figuras y tablas**

# Mujeres y pandemia por COVID-19: evidencias en torno a su invisibilidad política, mediática y científica

<b>Coordinación</b>	<p><b>Amaia Bacigalupe de la Hera</b></p> <p>Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bizkaia. España.</p>
<b>Equipo redactor</b>	<p><b>Marta Jiménez Carrillo</b></p> <p>Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bizkaia. España.</p> <p>Atención Primaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Bizkaia. España</p> <p><b>Andrea Cabezas Rodríguez</b></p> <p>Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bizkaia. España.</p> <p><b>Anna Giné March</b></p> <p>Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bizkaia. España.</p>

# Palabras clave

- COVID-19
- Desigualdades
- Género
- Mujeres
- Sindemia

## Resumen

Las mujeres han sido invisibilizadas en distintos ámbitos durante la pandemia por coronavirus: desde la monitorización de la pandemia en la que se ha observado una limitada disponibilidad de datos desagregados por sexo sobre la COVID-19 y también de variables de determinantes sociales que permitan análisis con perspectiva de género; hasta su gestión, donde se observa menor porcentaje de mujeres en puestos de toma de decisiones en los comités de personas expertas. Además, destaca la importancia de una comunicación que considere la perspectiva de género de la pandemia, ya sea en los medios de comunicación o en la literatura científica.

A lo largo de este capítulo se aporta evidencia de dicha invisibilización en estos distintos ámbitos, tanto a nivel del contexto español como internacional, y se analiza cómo esto genera y perpetúa las desigualdades de género. Finalmente, se aportan recomendaciones para mitigar dichas desigualdades de género tanto a nivel epidemiológico, como político como en la divulgación mediática y científica de la pandemia.

# 1. Introducción

Es innegable el carácter pandémico de la COVID-19 debido a su extensión geográfica mundial y al elevado número de personas afectadas a nivel global. En España, las personas infectadas superaron los cinco millones y más de 87 mil personas habían fallecido hasta septiembre 2021. Esta pandemia ha adquirido características de lo que se ha denominado como “emergencia global compleja”<sup>1</sup> que define a aquellas crisis que tienen impacto sobre los consensos culturales, políticos y económicos de las sociedades y que, siendo de duración prolongada y alcance mundial, se caracterizan por un alto grado de incertidumbre en su definición y gestión. Esta complejidad inherente a la pandemia se refleja también en su definición como sindemia<sup>2</sup>, que subraya el hecho de que la desigualdad social ha estado imbricada tanto en el impacto que ha tenido la enfermedad y sus consecuencias en los diversos grupos sociales, como en la influencia de las medidas políticas que se han adoptado para atajarla<sup>3</sup>. En definitiva, la pandemia de la COVID-19 ha sido sindémica porque ha dibujado un nuevo mapa de desigualdades sociales en salud, en sus diferentes vertientes y según diversos ejes de estratificación social.

El género, como categoría primigenia de organización social, juega un papel fundamental en el disciplinamiento de los cuerpos y de las subjetividades, así como en la jerarquización material del acceso a los recursos –materiales, de conocimiento o simbólicos- entre hombres y mujeres. Al analizar las crisis sanitarias anteriores como las del Ébola o Zika, la evidencia destaca el desproporcionado mayor porcentaje de mujeres afectadas por las enfermedades, además de experimentar mayor privación socioeconómica y un limitado acceso a recursos durante las mismas<sup>4</sup>. Una revisión sobre el efecto que tuvieron estas y otras crisis como la gripe H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>, el SARS, la gripe A y MERS, determinó que el efecto sobre la desigualdad de género no era concluyente, aunque sí se apreciaba un aumento de la misma en los países más afectados, así como el aumento de las brechas de género en el desempleo durante los cuatro años posteriores al inicio de dichas crisis epidemiológicas<sup>5</sup>.

En relación con la COVID-19, aún no estamos en disposición de prever cuáles serán los efectos sobre las desigualdades de género de las diferentes crisis que interseccionan

con la situación epidemiológica inicial<sup>6</sup>. Sin embargo, varios organismos internacionales y foros científicos alertan sobre sus probables implicaciones desiguales para hombres y mujeres, tanto en la exposición al virus como en la vulnerabilidad a él y sus impactos sociales y en salud<sup>7</sup> tal y como se trata de mostrar en los diferentes capítulos de este informe. Además, el Informe 2021 de la Unión Europea sobre igualdad de género<sup>8</sup> destacó que los impactos ya conocidos apuntan a un aumento de la violencia de género durante el confinamiento domiciliario, de la presión y riesgos laborales a los que se exponen las mujeres en ocupaciones esenciales (principalmente a ocupaciones sanitarias y de cuidados), de la brecha de género en el empleo y en el tiempo dedicado a los trabajos domésticos y de cuidado, y una clara falta de representación de las mujeres en los órganos de decisión política sobre la pandemia. Este Informe Salud y Género 2021 apunta sus resultados en la misma dirección.

Precisamente, la falta de representación pública de las mujeres en los ámbitos político, mediático y científico, y por tanto la ausencia de discurso propio y de marcos de entendimiento que contemplen la importancia del género en la pandemia, puede limitar claramente una agenda política con una mirada feminista que asegure que los planes de recuperación de la pandemia contemplen una verdadera perspectiva de género.

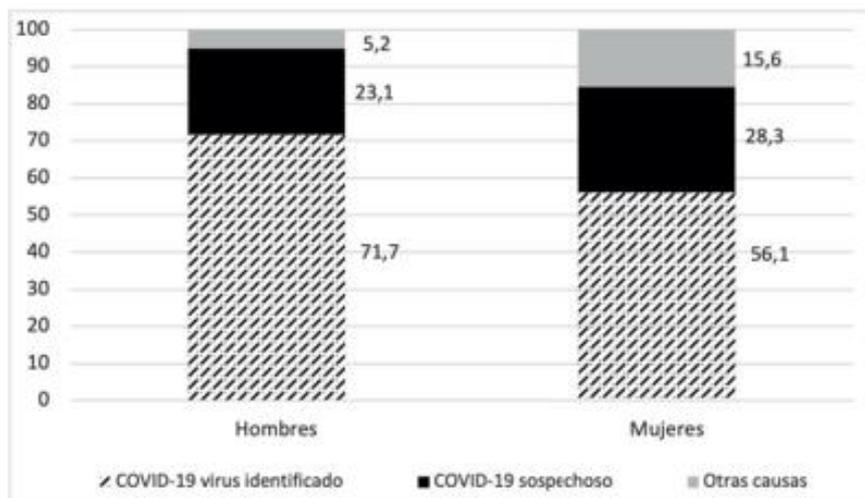
Para analizar el alcance de la invisibilidad de las mujeres en pandemia en este capítulo, nos basaremos en la propuesta de Joshua M. Sharfstein<sup>9</sup> sobre tres de los elementos que intervienen en el manejo de los desafíos que plantean las emergencias complejas: el reconocimiento o identificación de las crisis y su perfil epidemiológico, su adecuada gestión política y su comunicación pública. La última parte de este capítulo entroncará con el último elemento propuesto por el autor -la prevención de futuras crisis-, proponiendo algunas actuaciones dirigidas a un manejo más equitativo en términos de igualdad de género de los tres ámbitos anteriores que repercutirá, en última instancia, en una visibilidad más proporcional y justa de las mujeres en tiempos de emergencias complejas.

## 2. Reconocer la desigualdad de género en la COVID-19

Para poder reconocer la pandemia, en el sentido de poder analizar los impactos de esta desde una perspectiva de género, el requisito indispensable, aunque no suficiente, es contar con datos desagregados por sexo. A nivel epidemiológico, diversos estudios<sup>10,11,12,13</sup> han constatado que durante la monitorización de la pandemia en el estado español la desagregación por sexo de los datos, así como de otros determinantes sociales de la salud que permitan un análisis con perspectiva de género, ha sido limitada, produciendo una invisibilización de las mujeres en varios sentidos. Profundizan sobre esto varias autoras y autores de este informe como M<sup>a</sup> Teresa Ruiz Cantero, Carme Valls Llobet o Carlos Álvarez Dardet.

En un estudio<sup>14</sup> se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres durante las tres primeras olas de la pandemia en las principales medidas de contagio, complicaciones y mortalidad por la COVID-19, comparando las principales fuentes de información disponibles (RENAVE, ENE-COVID19, Momo, INE). La tasa de infección por la COVID-19 fue superior en las mujeres durante las tres olas, en probable relación con su mayor exposición al virus debido a su posición en primera línea como trabajadoras esenciales, además de su rol tradicional como cuidadoras dentro de los hogares<sup>15,16</sup>. Se puede profundizar en estos aspectos en los capítulos 7 y 8 del presente Informe. Asimismo, se objetivó que tanto las complicaciones como las admisiones en UCI, las tasas de mortalidad y el exceso de mortalidad, fueron superiores en hombres, datos que concuerdan con la evidencia nacional<sup>17</sup> e internacional<sup>18</sup>. Cabe mencionar en este punto, que estos resultados pueden ser fruto de un sesgo de género en la atención sanitaria, tal y como se reflexiona más abajo, y como también apunta M<sup>a</sup> Teresa Ruiz Cantero en el capítulo 2 del presente Informe. No obstante, quizás lo más relevante de este estudio fue que se realizó el primer análisis por sexo del exceso de mortalidad producido entre enero y mayo de 2020 en España, según causa de muerte (Figura 1).

Figura 1. Exceso de mortalidad según causa (Covid-19 identificado, Covid-19 sospechoso, otras causas) %. España enero 2020-mayo 2020



Fuente: Unai Martín, Amaia Bacigalupe y Marta Jiménez Carrillo. 2021. COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia<sup>14</sup>

En este sentido, el porcentaje del exceso de mortalidad que se explicaba por defunciones en las que se había identificado el virus SARS-CoV-2 fue del 71,7% en hombres frente a 56,1% en mujeres. Por el contrario, el porcentaje de exceso de mortalidad sin diagnóstico COVID-19 fue 3 veces superior en mujeres (5,2% en hombres frente a 15,6% en mujeres en la primera ola). Estos datos podrían ponerse en relación con una menor notificación de fallecimientos por COVID-19 entre mujeres que murieron en residencias de personas mayores, sobre todo durante la primera ola, o que al menos no fallecieron en hospitales, donde las pruebas diagnósticas eran accesibles y frecuentes (de enero a mayo de 2020, el 57% del total de defunciones en hombres se produjo en un hospital frente a un 48% de las de mujeres, según datos de la Estadística de Defunciones del INE). Sin embargo, dicho exceso de mortalidad sin diagnóstico COVID-19 se observó también entre mujeres de edades más jóvenes, lo que requiere añadir otros factores para su adecuada comprensión, como un posible mayor retraso diagnóstico y terapéutico de otras patologías graves y emergentes durante el periodo de pandemia en las mujeres, o un peor control y seguimiento de enfermedades crónicas de base, con posibles impactos en la mortalidad.

En ese mismo estudio<sup>14</sup>, se observó que con respecto a los síntomas de la COVID-19, la fiebre, la tos y la disnea, fueron más frecuentes en hombres (un 20%, 10% y 19% más, respectivamente) frente al dolor de garganta, vómitos o diarrea que se presentó más en mujeres (90%, 40% y 10% más, respectivamente). El hecho de que los síntomas más característicos de la COVID-19 (tos, fiebre o disnea) hayan sido siempre más frecuentes en hombres ha podido provocar un posible retraso diagnóstico de la enfermedad en mujeres, lo que podría haber infraestimado la notificación de casos. De hecho, podríamos estar frente a un nuevo caso de construcción androcéntrica de la enfermedad, tal y como ha sucedido en otras patologías<sup>19</sup>, con importantes impactos en la salud de las mujeres<sup>20</sup>.

A pesar de este patrón desigual entre hombres y mujeres observado, en España las fuentes de datos principales disponibles<sup>21,22</sup> para hacer un adecuado reconocimiento de la pandemia con perspectiva de género son limitadas<sup>23</sup>. Por un lado, la desagregación por sexo de los indicadores ha sido muy heterogénea. Respecto a los 72 informes RENAVE analizados entre febrero de 2020 y marzo 2021, si bien en mayo 2020 todos los indicadores lo estaban, para marzo de 2021 ya solo el 52,4% se encontraban desagregados por sexo. Desde julio de 2020, el 23% de los indicadores perdieron su desagregación (hospitalizaciones, ingresos en UCI y defunciones entre otros) y el 54% de los indicadores desagregados dejaron de publicarse (incluida la gravedad, el contacto estrecho con casos confirmados, los factores de riesgo, o los síntomas detallados). En el caso concreto de los síntomas detallados de la COVID-19, éstos estuvieron desagregados solo entre mitad de marzo y final de mayo 2020, a pesar de que ya sugerían un patrón diferente entre hombre y mujeres, pudiendo fomentar la invisibilización de las características propias de expresión clínica de la infección en éstas últimas. En el estudio ENE-COVID-19, la primera ronda incorporó el 88,2% de los indicadores desagregados y la cuarta el 94,7%, si bien la segunda y tercera no desagregaron por sexo. De la primera a la cuarta ronda se incorporó la desagregación por sexo de dos indicadores (sector esencial y nacionalidad), se añadieron 10 indicadores nuevos (90% desagregados) y se eliminaron siete (entre los que destacan la presencia de enfermedades crónicas previas o los síntomas detallados).

Por otro lado, adoptar una perspectiva interseccional, imprescindible en cualquier análisis con perspectiva de género, resulta especialmente difícil debido al limitado porcentaje de variables relacionados con determinantes sociales. En concreto, en los informes RENAVE se identificaron 35 indicadores de la COVID-19, de los cuales el 91% eran variables clínico-epidemiológicas y solo el 9% de determinantes sociales intermedios. En el estudio ENE-COVID-19, de los 27 indicadores analizados en total, un 67% recogía características clínico-epidemiológicas, mientras que un 33% recogía determinantes sociales (18% intermedios y 15% estructurales).

A nivel internacional, según los datos aportados por la plataforma Global Health 50/50 para agosto de 2021 casi un tercio de los 201 países a los que se hace seguimiento nunca habían notificado datos de casos desagregados por sexo, el 54% había comunicado solo alguna vez datos de mortalidad desglosados por sexo, y el 33% había actualizado estos datos en el último mes de julio 2021. En su informe de septiembre de 2021<sup>24</sup> se indica que únicamente el 44% de los países siguen manteniendo todos los datos de casos y mortalidad desagregados por sexo, habiéndose observado una clara tendencia a disminuir la disponibilidad de desagregación a nivel global con respecto a ese mismo mes de 2020.

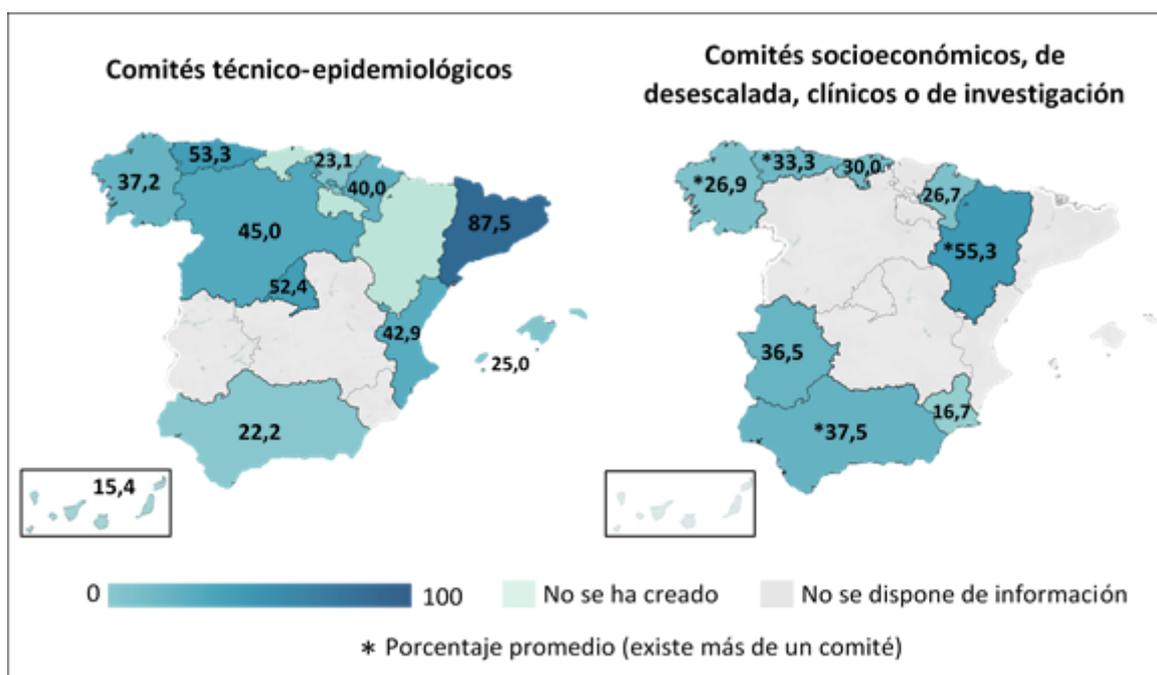
### 3. Gestionar la pandemia con perspectiva de género

Además de las implicaciones que el sexo y el género tienen en la vertiente epidemiológica de la pandemia, ésta ha desencadenado otras crisis que han ido generando nuevas vulnerabilidades y desigualdades que deberían ser políticamente gestionadas con perspectiva de género. Así lo han ido reflejando diferentes instituciones a nivel nacional<sup>25</sup> e internacional<sup>26,27</sup> que apuntan a la necesidad de visibilizar el especial impacto de la pandemia sobre los cuerpos y vidas de las mujeres, con un foco añadido sobre aquellas que además están atravesadas por otros ejes de desigualdad social<sup>28,29</sup>. Sólo así se podrán elaborar políticas públicas que sean efectivas en el control de la pandemia y, a la vez, que promuevan la equidad de género en sus impactos presentes y futuros. A pesar de la evidente mayor proporción de mujeres

entre la población sanitaria y en el conjunto de profesionales que prestan servicios relacionados con el estado de bienestar<sup>30</sup>, las mujeres están infrarrepresentadas tanto en la generación de discurso público como en la toma de decisiones políticas sobre la pandemia<sup>31</sup> lo que obstaculiza claramente la mirada de género en su gestión<sup>32</sup>. Esta falta de «representación descriptiva»<sup>33</sup> en términos numéricos, se asocia a una falta de «representación sustantiva» que implica que ciertas necesidades, intereses o preocupaciones de las mujeres estarán con más probabilidad ausentes de las deliberaciones de estos comités.

A nivel estatal, se realizó un análisis de la composición por sexo de los comités de personas expertas creados para la gestión y la toma de decisiones políticas durante la pandemia de COVID-19 en España<sup>34</sup> que confirmó que la presencia de mujeres en estos espacios es minoritaria.

**Figura 2. Porcentaje de mujeres en los comités de personas expertas creados en las comunidades autónomas y de ámbito estatal (13 de noviembre de 2020 a 15 de enero 2021).**



Fuente: Adaptado de Amaia Bacigalupe et al. Invisibilidad de género en la gestión de la COVID-19: ¿quién toma las decisiones políticas durante la pandemia?<sup>34</sup>

En concreto (Figura 2), a nivel de las comunidades autónomas (CCAA) se identificó la composición de 11 comités técnico-epidemiológicos. Tres CCAA no lo habían

constituido formalmente (Aragón, Cantabria y La Rioja) y de otras tres (Extremadura, Murcia y Castilla-La Mancha) fue imposible recabar la información. Prácticamente en la mitad de las CCAA (45,5%) con comités de este tipo no estaba públicamente disponible la información. La representación de las mujeres en estos comités técnico-epidemiológicos varió desde el 15,4% en Canarias hasta el 87% en Cataluña, valor atípicamente alto, ya que en promedio la representación de las mujeres en el conjunto de las CCAA se situó en un 39,2%, siendo del 42,9% en todo el estado español. De los 13 comités autonómicos para la gestión de la desescalada o de otros impactos relacionados con la pandemia, un 69,2% no publicó su composición en términos de sexo en las webs institucionales. La representación promedio de las mujeres fue del 35,8%, en un rango del 16,7% en Murcia al 60% en el Grupo Técnico de Seguimiento de Atención Primaria de Aragón. En los dos comités estatales, las mujeres tuvieron una representación muy dispar: un 73,3% en el Comité Técnico de Desescalada y un 25,5% en el Grupo de trabajo multidisciplinar para la COVID-19. El 75% del conjunto de los comités representó a las mujeres por debajo del umbral de paridad, y en un 41,7% de ellos su representación no llegó ni al 40%, lo cual contraviene el artículo 54 de la *Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*.

A nivel global, la falta de presencia de mujeres en los comités para la gestión de la COVID-19 es también generalizada como demuestra un estudio<sup>35</sup> en el que se comparaba 29 países, en los cuales únicamente 6 tenían más de un 40% de mujeres. En otro estudio realizado en 2020<sup>36</sup> que analizó 115 equipos de trabajo nacionales dedicados a la COVID-19 en 87 países, el 85,2% estaban compuestos principalmente por hombres y el 11,4% principalmente por mujeres; sólo el 3,5% tenía paridad de género; y el 81,2% de ellos estaban dirigidos por hombres.

Cuando no se tienen en cuenta las voces de las mujeres expertas, o a estas no se les da una oportunidad equitativa de participar en la gestión y toma de decisiones incluyendo los comités de respuesta a las emergencias sanitarias, la sociedad en su conjunto pierde, ya que, también en la pandemia de COVID-19, una mayor equidad de género se relaciona con mejores resultados de salud pública<sup>37</sup>. Una mirada feminista de la pandemia<sup>38</sup> es indispensable para considerar que tanto la exposición, como la vulnerabilidad, y sobre todo los impactos en salud y sociales de la pandemia, están

atravesados por la posición social desigual que ocupan hombres y mujeres. Ignorar estos determinantes estructurales ligados al género en intersección<sup>39</sup> con otros ejes de desigualdad social en la gestión de la pandemia puede amplificar dichas desigualdades en vez de mitigarlas<sup>40,41</sup>.

## 4. Comunicar en pandemia con perspectiva de género

La manera en que se comunica sobre una crisis sanitaria, ya sea en el ámbito mediático o científico, puede aumentar el nivel de invisibilidad previo de las mujeres en el espacio público. Con respecto al ámbito de los medios de comunicación, el análisis de contenido de éstos<sup>42</sup> proporciona indicadores sobre los marcos para comprender la representación colectiva que subyace a una catástrofe/emergencia. Estos marcos de entendimiento en anteriores emergencias han tendido a fomentar definiciones ciegas al género -infrarrepresentando a las mujeres como sujetos y fuentes de conocimiento, heteronormativas, biomédicas, racistas y bélicas<sup>43,44,45</sup>. En la actual pandemia, esta infrarrepresentación de las mujeres en los medios se ha mantenido internacionalmente<sup>46</sup>. De hecho, en un estudio a escala global del año 2020<sup>42</sup>, se muestra que la presencia de mujeres como expertas en COVID-19 en distintos medios (internet, televisión, prensa, radio o Twitter) se encontró entre el 23% y el 35% de representación, siendo en televisión del 29%. En ese mismo estudio se mostraba cómo las mujeres habían sido menos mencionadas en noticias relacionadas con la COVID-19 (4 puntos menos que con respecto a noticias en general) y que la mayoría de historias que recogían experiencias de mujeres eran las relacionadas con temas sociales o legales (35%). En el contexto español, un estudio colectivo<sup>47</sup> concluye cómo la cobertura mediática de la pandemia no ha incluido una perspectiva feminista, ya que el discurso sobre la igualdad de género ha estado en gran parte ausente, obviando las necesidades de las mujeres, sus expectativas y sus preocupaciones a pesar de las inmensurables dificultades que la pandemia ha tenido para las mujeres en todos los ámbitos. En este mismo estudio reivindican por tanto la importancia de empezar a contar la pandemia

de otra manera, desde la diversidad y con análisis que profundicen en las causas estructurales<sup>47</sup>.

En relación con el ámbito científico existe abundante evidencia que pone de relieve la desigualdad de género generalizada e histórica en la participación de mujeres en la autoría de artículos de revistas biomédicas, así como la relación que existe entre el sexo de la autoría y la desagregación por sexo de los estudios, siendo más frecuente la disponibilidad de resultados separados para hombres y mujeres cuando alguna de las personas autoras es una mujer. Un buen ejemplo de ello es una revisión bibliométrica publicada en Lancet en 2019<sup>48</sup> basada en 11,5 millones de artículos a nivel mundial indexados en las bases de datos Science o Pubmed entre 1980 y 2016. En ella se demostró también que las revistas con mayor factor de impacto, en las que a su vez la autoría de mujeres es menor, reportan significativamente menos resultados desagregados por sexo con respecto a las de menor impacto, donde las mujeres están más presentes como primeras o últimas autoras. En concreto, mostró que ni el 70% de la investigación biomédica publica sus resultados por sexo, ni el 35% de la investigación clínica ni el 30% de la investigación en salud pública, con la invisibilidad de las especificidades de las mujeres que esto produce y sus correspondientes consecuencias sobre una mayor probabilidad de prácticas clínicas sesgadas y políticas de salud pública ciegas al género.

En el estado español se realizó una revisión bibliométrica<sup>49</sup> elaborada sobre las 24 principales revistas médicas con sus respectivas publicaciones (n=3.375) en 2017. La proporción de mujeres autoras total fue de un 44,2%, siendo un 46% el de las primeras y un 33,5% el de las últimas autorías. La ratio mujer/hombre del total de autoras y autores fue inferior a 0,80 en 10 de las 24 revistas analizadas (41,7%).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se quiso analizar cómo había sido la tendencia de autorías por sexo a lo largo de la pandemia en nuestro contexto, utilizando como referencia el citado estudio realizado en 2017<sup>49</sup>. Además, se analizó si las publicaciones contaban con datos desagregados por sexo, tanto como variable en la muestra como en los resultados. Así pues, se realizó una revisión bibliométrica de las 24 principales revistas médicas españolas y sus publicaciones sobre COVID-19 en el periodo

comprendido entre abril 2020 y mayo de 2021. La búsqueda se realizó en la base de datos Pubmed para el periodo comprendido entre enero de 2020 y el 15 de junio de 2021. Se utilizaron como descriptores [MeSH] ("SARS-CoV-2" OR "COVID" OR "COVID 19" OR "coronavirus" OR "coronaviruses"). Las publicaciones fueron clasificadas según su tipo en artículos originales, carta, pre-impresión, revisión y revisión sistemática. Se excluyeron libros y documentos, ensayos clínicos, meta-análisis y ensayos aleatorios controlados. Se realizó la codificación manual por sexo en base al nombre. Los nombres que podrían pertenecer a ambos sexos, o no identificados en la base de datos del INE, se codificaron como "No identificados". Se calculó la ratio mujer/hombre de autoría según revista y tipo de artículo. Posteriormente, se realizó un análisis bivalente por sexo según revista y tipo de artículo para el conjunto de autores y autoras; quienes se posicionaban en primer lugar y quienes ocupaban el último. Finalmente, se elaboró un análisis temporal de las publicaciones por meses y por los tres grupos anteriormente expuestos (total, primera posición, y última).

El número total de artículos identificados fue de 915 artículos, correspondientes a 4.905 autores y autoras en total de los cuales 2.815 era hombres y 2.070 mujeres (Tabla 1), siendo el 42,2% mujeres y el 57,4% hombres (0,4% no identificados) con una ratio M/H total de 0,74, es decir, aún menor que en la revisión bibliométrica de 2017 (0,88), lo cual indica un aumento de la brecha de género en la producción sobre COVID-19 durante la pandemia.

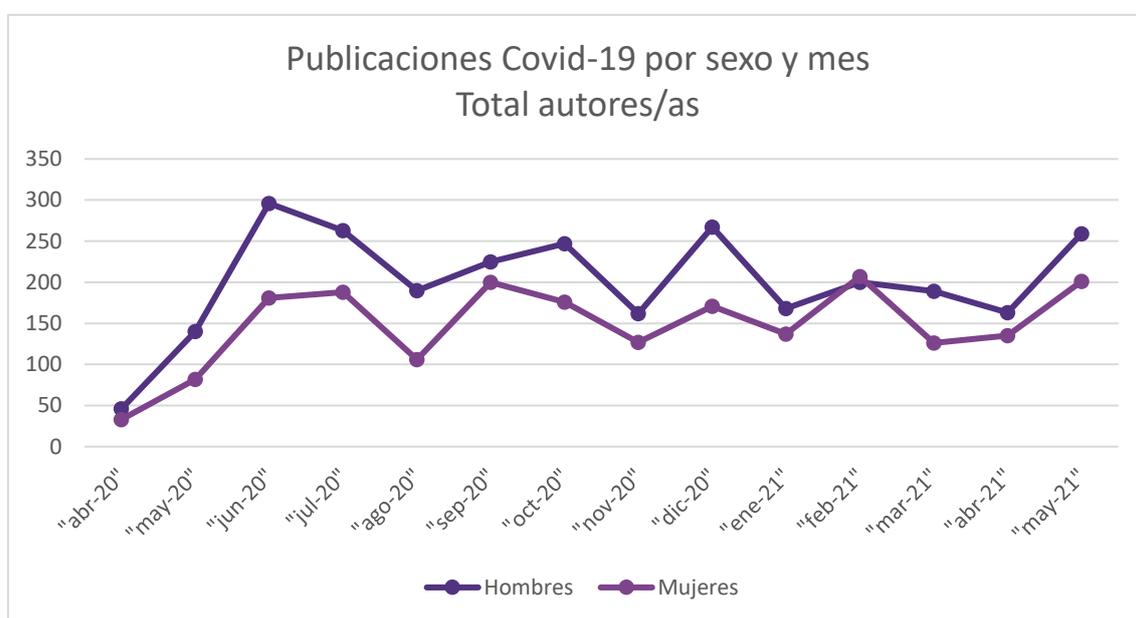
**Tabla 1. Comparación con ratio H/M en 2017 según Tornero Patricio Sebastian et al. Desigualdades de género en la autoría de las principales revistas médicas españolas durante el año 2017. (49)**

Análisis bivariante por sexo de la autoría según revista y tipo de artículo (Todos los autores/as)									
TIPO DE REVISTA	Total Hombres	%Hombres	Total mujeres	%Mujeres	Total identificados	No ident.	% no ident.	Suma de TOTAL	RATIO M/H
Acta Otorrinolaringológica Española	13	44,8	16	55,2	0	0,0	29	1,23	
Actas Españolas de Psiquiatría	10	33,3	20	66,7	0	0,0	30	2,00	
Anales de Pediatría	157	49,8	158	50,2	0	0,0	315	1,01	
Archivos de Bronconeumología	439	59,2	301	40,6	2	0,3	742	0,69	
Archivos Españoles de Urología	143	78,6	39	21,4	0	0,0	182	0,27	
Atención Primaria	120	54,8	98	44,7	1	0,5	219	0,82	
Cirugía Española	159	63,3	91	36,3	1	0,4	251	0,57	
Clínica e Investigación en Arteriosclerosis	19	65,5	10	34,5	0	0,0	29	0,53	
Endocrinología, Diabetes y Nutrición	34	54,8	28	45,2	0	0,0	62	0,82	
Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica	20	50,0	20	50,0	0	0,0	40	1,00	
Farmacia Hospitalaria	37	32,5	76	66,7	1	0,9	114	2,05	
Gaceta Sanitaria	82	54,3	69	45,7	0	0,0	151	0,84	
Gastroenterología y Hepatología	64	54,2	53	44,9	1	0,8	118	0,83	
Medicina Clínica	406	54,5	332	44,6	7	0,9	745	0,82	
Nefrología	127	54,5	106	45,5	0	0,0	233	0,83	
Neurocirugía	9	69,2	4	30,8	0	0,0	13	0,44	
Nutrición Hospitalaria	52	58,4	36	40,4	1	1,1	89	0,69	
Reumatología Clínica	50	58,8	32	37,6	3	3,5	85	0,64	
Revista Española de Cardiología	293	71,1	118	28,6	1	0,2	412	0,40	
Revista Española de Enfermedades Digestivas	128	59,8	85	39,7	1	0,5	214	0,66	
Revista Española de Geriátría y Gerontología	80	48,5	85	51,5	0	0,0	165	1,06	
Revista Española de Quimioterapia	104	53,3	91	46,7	0	0,0	195	0,88	
Revista Española de Salud Pública	269	57,0	202	42,8	1	0,2	472	0,75	
<b>Total general</b>	<b>2815</b>	<b>57,4</b>	<b>2070</b>	<b>42,2</b>	<b>20</b>	<b>0,4</b>	<b>4905</b>	<b>0,74</b>	

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las primeras autorías se observó que el 36,6% eran mujeres frente al 63,1% que eran hombres (0,3% no identificados), mientras que, respecto a las últimas, el 33,6% eran mujeres y el 66,3% hombres (0,1% no identificados). Al observar cómo habían variado las autorías totales por meses a lo largo de la pandemia (mostrado en la figura 3) se observa un número total de 4.905 autores/as. Con una tendencia por meses de publicación similar entre hombres y mujeres, siempre se mantiene un mayor porcentaje de autores con respecto a autoras especialmente llamativo en los meses posteriores al confinamiento domiciliario.

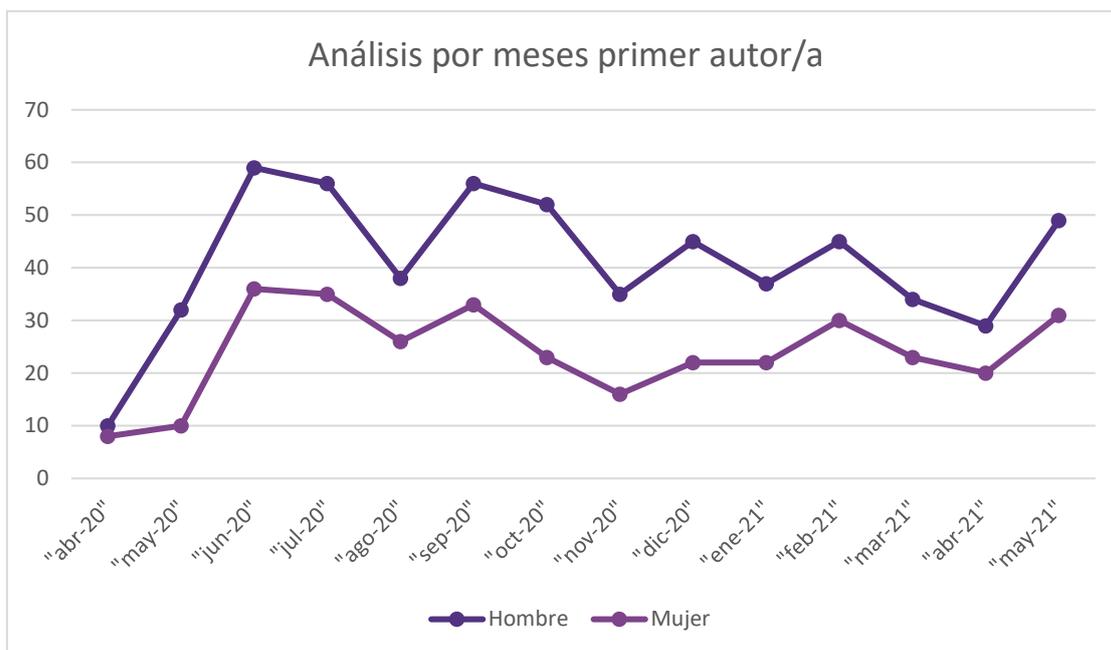
**Figura 3. Presencia de hombres y mujeres en las autorías de los artículos, según mes de publicación (abril 2020 y mayo 2021) (n=4.905)**



Fuente: Elaboración propia.

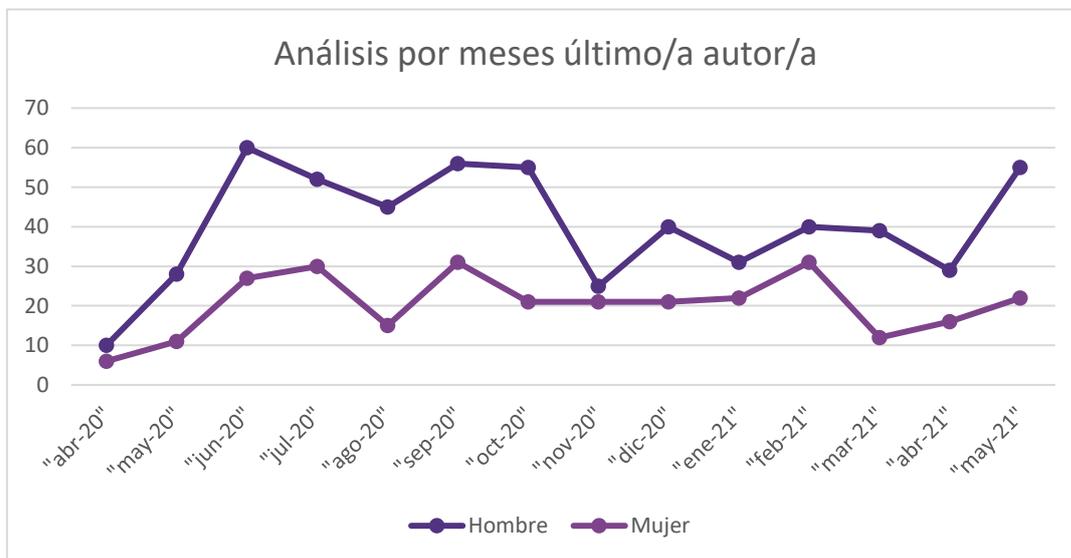
En la figura 4 se incluye la tendencia temporal (de abril 2020 a mayo de 2021) de quienes ocupan el primer puesto en la autoría (915 total, 577 hombres, 335 mujeres y 3 no identificados), mientras que la figura 5 analiza número de quienes firman en último lugar (856 total, 562 hombres, 286 mujeres y 1 no identificado). Resulta llamativo observar que, pese a que el porcentaje de autores totales solo difiere en 15,2 puntos porcentuales más de hombres que mujeres, en el caso de las primeras y últimas autorías (claves para la carrera científica y docente) esto se eleva a 26,5 y 32,5 puntos porcentuales respectivamente más de hombres.

**Figura 4. Presencia de hombres y mujeres en primeras autorías de los artículos, según mes de publicación (abril 2020 y mayo 2021) (n=915)**



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 5. Presencia de hombres y mujeres en últimas autorías de los artículos, según mes de publicación (abril 2020 y mayo 2021) (n=856)**

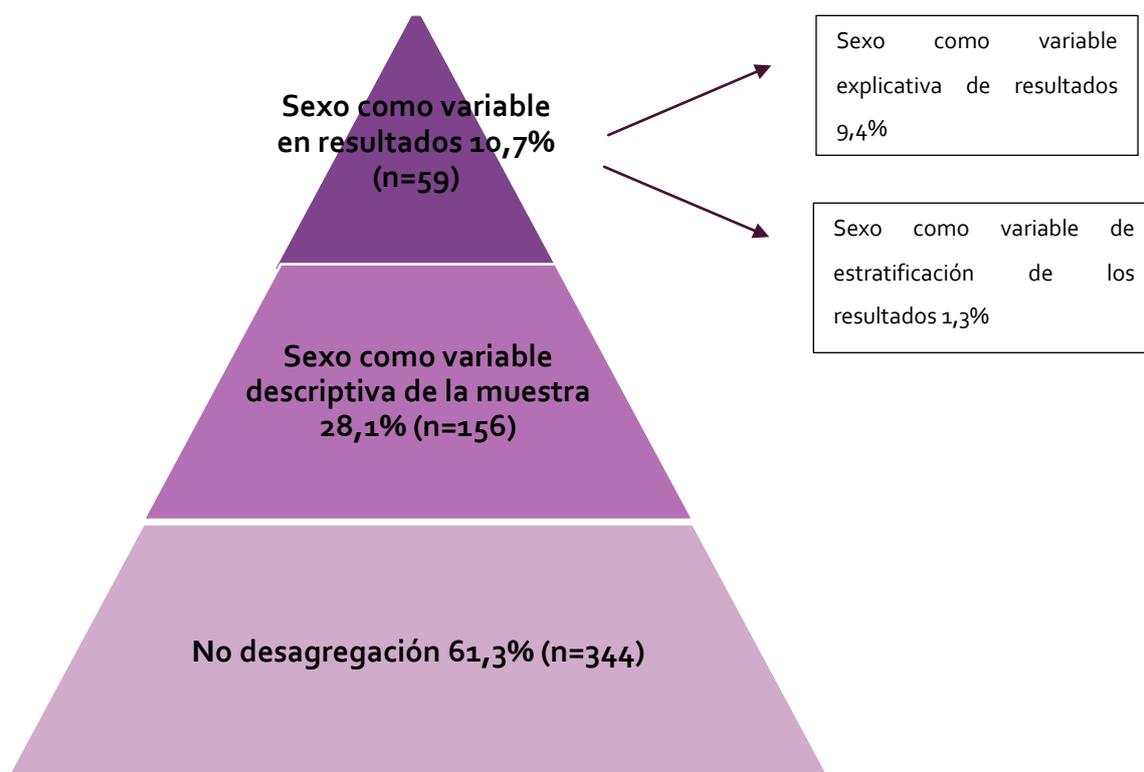


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al análisis de la desagregación por sexo de los datos contenidos en los artículos, del total de los incluidos en el estudio (n=915), se excluyeron 356 (162 por tratarse de casos clínicos y otros 194 porque no procedía dicho análisis -cartas al director, temas urológicos/ginecológicos u obstétricos, metaanálisis o protocolos-).

Se analizó finalmente la desagregación por sexo de 559 artículos (Figura 6), de los cuales, el 61,3% (n= 344) no presentaban ningún tipo de desagregación. El 28,1% (n=156) de los artículos consideraron el sexo como variable descriptiva de la muestra analizada. Por último, el 10,7% (n=59) incluyeron el sexo como variable de análisis de los resultados (un 9,4% la incluyeron como variable explicativa y únicamente el 1,3% como variable de estratificación).

**Figura 6: Nivel de desagregación por sexo de los datos de los artículos seleccionados (abril 2020 y mayo 2021) (n=559).**



Fuente: Elaboración propia.

Este estudio a nivel estatal se encuentra en sintonía con la evidencia a nivel internacional sobre cómo la pandemia ha impactado en una menor producción científica de las mujeres<sup>50,51,52</sup>. Varios estudios<sup>53,54</sup> han alertado que efectivamente el confinamiento domiciliario de marzo de 2020 dio paso a una reasignación de tiempos y concentración de trabajos de cuidados en las mujeres sumado a problemas para la conciliación que se han incrementado durante esta crisis sanitaria<sup>55</sup>, lo que pudo agravar la desigualdad previa en la menor presencia de mujeres en el ámbito científico. Además, este hecho podría estar relacionado también con el denominado “techo de cristal”<sup>56</sup> que explica las barreras invisibles que existen para la progresión de las carreras de las mujeres asociadas a desigualdades de género. A pesar de una mayor participación de las mujeres en estudios universitarios, investigación y puestos académicos en los últimos 50 años, éstas están sobrerrepresentadas en puestos de menor estabilidad, prestigio y sueldo<sup>57</sup>. Con respecto a la desagregación por sexo de los resultados en artículos científicos, se confirma a través del estudio previamente detallado que ésta sigue siendo muy limitada y que se ha mantenido la misma tendencia durante la pandemia también a nivel estatal.

Este capítulo ha mostrado que las mujeres se encuentran invisibilizadas en época de pandemia, tanto al observar la limitada disponibilidad de datos desagregados por sexo sobre la COVID-19 en nuestro contexto, como en relación con la participación en los comités científicos y políticos que han gestionado la pandemia y en la producción científica. Es importante luchar contra estas claras desigualdades de género, ya que la ausencia de discurso propio y de marcos de entendimiento que contemplen la importancia del género en la pandemia, limitará agendas políticas con mirada feminista que asegure que los planes de recuperación de la pandemia contemplen una verdadera perspectiva de género.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Mejorar la inclusión de una perspectiva de género en la identificación y monitorización epidemiológica de la pandemia por COVID-19, asegurando, como mínimo, la desagregación por sexo de los indicadores, así como variables sobre determinantes sociales de la salud.
2. Aumentar la presencia de las mujeres en los comités de personas expertas y fomentar la equidad de la presencia pública de las mujeres para una mayor representación sustantiva en la toma de decisiones.
3. Visibilizar las desigualdades de género en la divulgación mediática y científica de las crisis sanitarias, así como los sesgos de género en la investigación básica, clínica y en la atención sanitaria, así como potenciar la representatividad de las mujeres dentro de la comunidad científica.

# Bibliografía

1. Rode Philipp, Flynn Rebecca, Bilsky Edgardo, et al. Hacia un concepto y marco de gobernanza de emergencias complejas. La gobernanza de las emergencias en las ciudades y las regiones [Internet].2020. Disponible en: [https://gold.uclg.org/sites/default/files/pbo2\\_es\\_final.pdf](https://gold.uclg.org/sites/default/files/pbo2_es_final.pdf)
2. Horton Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020;396(10255):874. Doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
3. Jiménez Carrillo Marta, Gullón Pedro, Bilal Usama. Marco conceptual para comprender las desigualdades por COVID19. Revista de estudios vascos. (Preprint)
4. Davies Sara E, Bennett Belinda. A Gendered Human Rights Analysis of Ebola and Zika: Locating Gender in Global Health Emergencies. Int Aff. 2016;92(5):1041–60. Doi: [10.1111/1468-2346.12704](https://doi.org/10.1111/1468-2346.12704)
5. Brzezinski Michal. The impact of past pandemics on economic and gender inequalities. Econ Hum Biol. 2021;43:101039. Doi: [10.1016/j.ehb.2021.101039](https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101039)
6. Padilla Javier, Gullón Pedro. Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. 1a ed. Madrid: Capitán Swing; 2020.
7. UN Women. Policy brief: The impact of COVID-19 on women [Internet]. 2020. [Consultado el 11/1/2021] Disponible en: <https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women>
8. European Commission. 2021 report on gender equality in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. Disponible en: [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid\\_development\\_cooperation\\_fundamental\\_rights/annual\\_report\\_ge\\_2021\\_printable\\_en\\_o.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/annual_report_ge_2021_printable_en_o.pdf)
9. Sharfstein Joshua M. The Public Health Crisis Survival Guide: Leadership and Management in Trying Times. 1<sup>st</sup> ed. London: Oxford University Press; 2018.
10. Ruiz-Cantero María Teresa. Ceguera de género en la información sobre la COVID-19. Los datos hablan. Gac Sanit. 2022;36(1):90-1. Doi: [10.1016/j.gaceta.2021.06.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.003)
11. Castellanos-Torres Esther, Mateos José Tomás, Chilet-Rosel Elisa. COVID-19 en clave de género. Gac Sanit. 2020;34(5):419-21. Doi: [10.1016/j.gaceta.2020.04.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007)
12. Solanas-Cardín María. La crisis del COVID-19 y sus impactos en la igualdad de género. Real Instituto El Cano. 2020. Disponible en: <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/la-crisis-del-covid-19-y-sus-impactos-en-la-igualdad-de-genero/>

13. Fernández-Luis Sheila, Marbán Castro Elena, Pajín Iraola Leire, et al. ¿Qué sabemos del impacto de género en la pandemia de la COVID-19? Barcelona: Instituto de Salud Global; 2020. Disponible en: <https://www.isglobal.org/-/que-sabemos-del-impacto-de-genero-en-la-pandemia-de-la-covid-19->
14. Martín Unai, Bacigalupe Amaia, Jiménez Carrillo Marta. COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. Rev Esp Salud Pública. 2021;95: e202104066
15. del Río Lozano María, García Calvente María del Mar. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. Gac Sanit. 2021;35(6):594-7. Doi: [10.1016/j.gaceta.2020.05.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.006)
16. Instituto Europeo para la igualdad de género (EIGE). Desigualdades de género en la prestación de cuidados y la retribución en la UE. Lituania: Instituto Europeo de la Igualdad de Género; 2020. Disponible en: <https://www.observatorioigualdadyempleo.es/download/desigualdades-de-genero-en-la-prestacion-de-cuidados-y-la-retribucion-en-la-ue/>
17. Ruíz-Cantero María Teresa. Impacto de la COVID-19 en mujeres y hombres. Gac Sanit. 2022;36(2):197. Doi: [10.1016/j.gaceta.2020.12.031](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.12.031)
18. Izcovich Ariel, Ragusa Martín Alberto, Tortosa Fernando, et al. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review. PLoS One. 2020;15(11):e0241955. Doi: [10.1371/journal.pone.0241955](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241955)
19. Valls Llobet Carme. Mujeres invisibles para la medicina. 3ª ed. Madrid: Capitán Swing; 2021.
20. Ruiz Cantero María Teresa. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. Gac Sanit. 2021;35(1):95–8. Doi: [10.1016/j.gaceta.2020.04.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008)
21. Gobierno de España. Ministerio de Ciencia e Innovación. [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [consulta octubre 2020.]. Informes RENAWE. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAWE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
22. Gobierno de España. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad. [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [consulta enero 2021.]. Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España (ENECOVID). Disponible en: <https://portalcne.isciii.es/enecovid19/>
23. Jiménez Carrillo Marta, Bacigalupe Amaia, Martín Unai. Monitorización de la COVID-19 en España: ¿es posible un análisis con perspectiva de género? Gac Sanit. 2021. Doi: [10.1016/j.gaceta.2021.06.002](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.002)

24. Global Health 50/50, African Population and Health Research Center, International Center for Research on Women. The COVID-19 Sex-disaggregated data tracker. September update report. 2021. Disponible en: <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/September-tracker-update-2021.pdf>
25. Gobierno de España. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. Madrid: Instituto de la Mujer; 2020. Disponible en: [https://www.inmujeres.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO\\_DE\\_GENERO\\_DEL\\_COVID\\_19\\_\(uv\).pdf](https://www.inmujeres.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)
26. Bhatia Anita. Las mujeres y el COVID-19: Cinco acciones que los gobiernos pueden adoptar sin demoras. ONU Mujeres. 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/news-women-and-covid-19-governments-actions-by-ded-bhatia>
27. Martínez-Juarez Luis Alberto, Sedas Ana Cristina, Orcutt Miriam, et al. Governments and international institutions should urgently attend to the unjust disparities that COVID-19 is exposing and causing. EClinicalMedicine. 2020;23:100376. Doi: [10.1016/j.eclinm.2020.100376](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100376)
28. Tverdostup Maryna. Gender Gaps in Employment, Wages, and Work Hours: Assessment of COVID-19 Implications. Viena: The Vienna Institute for International Economic Studies; 2021. Disponible en: <https://www.observatorioigualdadyempleo.es/download/gender-gaps-in-employment-wages-and-work-hours-assessment-of-covid-19-implications/>
29. Organización Internacional del trabajo (OIT). El trabajo a domicilio. De la invisibilidad al trabajo decente. Ginebra: OIT; 2021. Disponible en: <https://www.observatorioigualdadyempleo.es/download/el-trabajo-a-domicilio-de-la-invisibilidad-al-trabajo-decente/>
30. European Institute for Gender Equality (EIGE). [Internet]. Lituania: EIGE; 2022 [consulta enero 2022.]. Essential workers. Disponible en: <https://eige.europa.eu/COVID-19-and-gender-equality/essential-workers>
31. Women in Global Health. [Internet]. 2020 [consulta diciembre 2020.]. OPERATION 50/50: Women's perspectives save lives. 2020. Disponible en: <https://www.womeningh.org/operation-50-50>
32. Chatfield Cat, Hurley Richard, Ladher Navjoyt, et al. Where are the women experts on covid-19? Mostly missing. The BMJ Opinion. 2020. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/25/where-are-the-women-experts-on-covid-19-mostly-missing/>
33. Smith Jessica C. Where are the women? Descriptive representation and COVID-19 in UK daily press briefings. Politics & Gender. 2020;16(4):1–10. Doi: [10.1017/S1743923X20000513](https://doi.org/10.1017/S1743923X20000513)
34. Bacigalupe Amaia, Cabezas-Rodríguez Andrea, Giné-March Anna, Jiménez Carrillo Marta. Invisibilidad de género en la gestión de la COVID-19: ¿quién toma las decisiones

- políticas durante la pandemia? *Gac Sanit.* 2021;36(2):156-9. Doi: [10.1016/j.gaceta.2021.02.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.005)
35. Rajan Dheepa, Koch Kira, Rohrer Katja, et al. Governance of the Covid-19 response: A call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Glob Health.* 2020;5(5):e002655. Doi: [10.1136/bmjgh-2020-002655](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655)
36. van Daalen Kim Robin, Bajnoczki Csongor, Chowdhury Maisoon, et al. Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. *BMJ Glob Health.* 2020;5(10):e003549. Doi: [10.1136/bmjgh-2020-003549](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003549)
37. Leung Tak Yeung, Sharma Piyush, Adithipyangkul Pattarin, et al. Gender equity and public health outcomes: the COVID-19 experience. *J Bus Res.* 2020;116: 193–8. Doi: [10.1016/j.jbusres.2020.05.031](https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.031)
38. Reyes Emilia. Body Politics in the COVID-19 Era from a Feminist Lens. *Development.* 2020;63:262–9. Doi: [10.1057/s41301-020-00266-w](https://doi.org/10.1057/s41301-020-00266-w)
39. Bowleg Lisa. We're Not All in This Together: On COVID-19, Intersectionality, and Structural Inequality. *Am J Public Health.* 2020;110(7):917. Doi: [10.2105/AJPH.2020.305766](https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305766)
40. Fisseha Senait, Sen Gita, Ghebreyesus Tedros Adhanom, et al. COVID-19: the turning point for gender equality. *Lancet.* 2021;398(10299):471-4. Doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)01651-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01651-2)
41. Bambra Clare, Riordan Ryan, Ford Joh, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2020;74(11):964-8. Doi: [10.1136/jech-2020-214401](https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401)
42. Lanzamiento de los resultados del proyecto Global Media Monitoring Project: sin igualdad en los medios de comunicación. AmecoPress. Información para la igualdad [Internet]. 16 julio 2021 [consulta, noviembre 2021 ]; Disponible en: <https://www.amecopress.net/Lanzamiento-de-los-resultados-del-proyecto-GMMP-sin-igualdad-en-los-medios-de-comunicacion>
43. Ribeiro Barbara, Hartley Sarah, Nerlich Brigitte, et al. Media coverage of the Zika crisis in Brazil: The construction of a 'war' frame that masked social and gender inequalities. *Soc Sci Med.* 2018;200:137-44. Doi: [10.1016/j.socscimed.2018.01.023](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.023)
44. Seager Joni. Noticing gender (or not) in disaster. *Geoforum.* 2006;37:2-3. Doi: [10.1016/j.geoforum.2005.10.004](https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2005.10.004)
45. Hines Revathi I. Natural Disasters and Gender Inequalities: The 2004 Tsunami and the Case of India. *Race, Gender & Class.* 2007;14(1/2):60–8.
46. Kassova Luba. The Missing Perspectives of Women in COVID-19 News. 2020. Disponible en: <https://www.iwmf.org/wp-content/uploads/2020/09/2020.09.23-The-Missing-Perspectives-of-Women-in-COVID-19-News.pdf>

47. Almena Cooperativa Feminista. Ganando espacios: El impacto de género y la prensa durante la COVID-19. Barcelona: Almena Cooperativa Feminista; 2021. Disponible en: <https://almenafeminista.org/wp-content/uploads/2021/03/guanyant-espais.pdf>
48. Sugimoto Cassidy R, Yong-Yeol Ahn Smith, Elise, Macaluso Benoit, et al. Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. *Lancet*. 2019;393(10171):550–9. Doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)32995-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32995-7)
49. Tornero Patricio Sebastián, Alonso Rueda Inmaculada, García Gozalbes Julia, et al. Desigualdades de género en la autoría de las principales revistas médicas españolas durante el año 2017. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(2):84-94. Doi: [10.1016/j.anpedi.2020.01.017](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.017)
50. Pinho- Gomes Ana- Catarina, Peters Sanne, Thompson Kelly, et al. Where are the women? Gender inequalities in COVID-19 research authorship. *MJ Glob Health*. 2020;5(7):e002922. Doi: [10.1136/bmjgh-2020-002922](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002922)
51. Muric Goran, Lerman Kristina, Ferrara Emilio. Gender Disparity in the Authorship of Biomedical Research Publications During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(4):e25379. Doi: [10.2196/25379](https://doi.org/10.2196/25379)
52. Ribarovska Alana K, Hutchinson Mark R, Pittman Quentin J, et al. Gender inequality in publishing during the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. 2021;91:1-3. Doi: [10.1016/j.bbi.2020.11.022](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.11.022)
53. Viglione Giuliana. Are women publishing less during the pandemic? Here's what the data say. *Nature*. 2020;581(7809):365-6. Doi: [10.1038/d41586-020-01294-9](https://doi.org/10.1038/d41586-020-01294-9)
54. Deryugina Tatyana, Shurchkov Olga, Stearns Jenna E. COVID-19 Disruptions Disproportionately Affect Female Academics. Cambridge: National Bureau of Economic Research. Working Paper No. 28360. 2021.
55. Krukowski Rebecca A, Jagsi Reshma, Cardel Michelle I. Academic Productivity Differences by Gender and Child Age in Science, Technology, Engineering, Mathematics, and Medicine Faculty During the COVID-19 Pandemic. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(3):341-7. Doi: [10.1089/jwh.2020.8710](https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8710)
56. Johns Merida L. Breaking the glass ceiling: structural, cultural, and organizational barriers preventing women from achieving senior and executive positions. *Perspect Health Inf Manag*. 2013;10(Winter):1e.
57. Segovia-Saiz Carla, Briones-Vozmediano Erica, Pastells-Peiró Ronald, et al. Techo de cristal y desigualdades de género en la carrera profesional de las mujeres académicas e investigadoras en ciencias biomédicas. *Gac Sanit*. 2020;34(4):403-10. Doi: [10.1016/j.gaceta.2018.10.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.008)

# Historia natural de la COVID-19 desde la perspectiva de género

<b>Coordinación</b>	<p><b>Carlos Álvarez Dardet</b></p> <p>Grupo de Investigación en Salud Pública, Instituto de Investigación en Género. Universidad de Alicante.</p>
<b>Equipo redactor</b>	<p><b>Alicia Negrón Fraga</b></p> <p>Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria en Gestión Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Grupo COVID-Warriors. Profesora en la Universidad Comillas-EUE San Juan de Dios y SALUSPLAY.</p> <p><b>Carme Valls Llobet</b></p> <p>Médica endocrinóloga. Directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). Barcelona.</p>

# Palabras clave

- COVID-19
- Género
- Historia natural
- SARS-CoV-2
- Sexo

## Resumen

Hemos realizado revisiones bibliográficas narrativas seriadas sobre los hitos de la historia natural de la infección en seres humanos por SARS-CoV-2 con especial interés en valorar diferencias por sexo y desigualdades por género.

La explicación más plausible del patrón observado en las estadísticas sanitarias de COVID-19 desagregadas por sexo, son sesgos de género en la conceptualización de la enfermedad, favoreciendo la clínica encontrada en los hombres y en la respuesta del sistema sanitario a la pandemia desde la producción de estadísticas sobre la detección y atención a los pacientes con mayor o menor grado de apoyo tecnológico. Según la información emitida por las CCAA y recogida por el Ministerio de Sanidad en su página web, los hombres acudieron mayoritariamente a los hospitales mientras que las mujeres fueron atendidas mayoritariamente en los servicios de atención primaria, a su vez, el exceso de mortalidad desde el 10 de marzo al 29 de agosto de 2020 fue mucho mayor en mujeres, especialmente en mayores de 74 años. Debido a todo esto, podría haber una infraestimación de casos y muertes por COVID-19 en mujeres.

Se evidencia la falta de estudios clínicos que incluyan el sexo como variable crucial y el género como determinante social que puede explicar aspectos relevantes de la historia natural de la COVID-19 a pesar de los llamamientos realizados por la OMS y algunos grupos de académicas a nivel mundial. De nuevo "lo urgente" ha tapado a "lo importante".

# 1. ¿Por qué la historia natural de la COVID-19?

La historia natural de las enfermedades es la observación de su curso sin tratamiento. Para una enfermedad como esta, que se está tratando masivamente, que está afectando a todo el globo y a la economía mundial, y que la respuesta está siendo con actuaciones profesionales y que parece que existe un curso diferente (por sexo) y desigual (por género), resulta muy adecuado tener la información base de sexo-género para saber si es necesario desarrollar medidas que eviten desigualdades de género en salud.

## 2. La historia natural de las enfermedades

La idea de que las enfermedades son entidades físico-naturales con posibilidad de ser clasificadas y con carácter universal, es uno de los constructos centrales del llamado modelo médico hegemónico. Esta noción ha sido muy criticada por el post estructuralismo, pero sigue siendo útil como herramienta para estudiar cómo evolucionan sin tratamiento las enfermedades, especialmente las infecciosas.

Algunos estudios de historia natural por ejemplo en sífilis y en lepra, permitieron describir con precisión la clínica y pronóstico de estas enfermedades, imposibles de estudiar solo desde su curso clínico atendido a demanda en los servicios sanitarios.

Hemos realizado revisiones narrativas seriadas sobre los hitos de la historia natural de la infección en humanos por SARS-CoV-2 con especial interés en valorar diferencias por sexo y desigualdades por género. Para facilitar la identificación de los artículos las búsquedas se hicieron en Google Scholar usando lenguaje natural. De entre los artículos que aparecen en las búsquedas se priorizaron los artículos publicados en revistas (Journal Citation Reports) JCR con más citas y referidos a situaciones en España.

### 3. Distribución de la incidencia de COVID-19 por sexo-género

Existe gran variabilidad en la distribución por sexo de la incidencia de COVID-19. Hay países que observan más casos en hombres, otros que observan más casos en mujeres, y otros que declaran a partes iguales. Probablemente tardemos aún bastante tiempo en conocer con certeza lo que está ocurriendo, pues parecen estar operando de manera simultánea varios sesgos de género<sup>1</sup> ya que aparece una mayor frecuencia en uso de servicios, incluidas UCIs, y gravedad entre los hombres<sup>2</sup>. Sin embargo, una revisión de incidencia y mortalidad en más de 38 países del mundo demuestra que en 37 de los países que presentan datos desagregados por sexo existe una mayor mortalidad en hombres, pero una mayor incidencia entre mujeres<sup>3</sup>. La situación de infección asintomática fue más frecuente en los hombres en todos los grupos de edad (58%).

La edad es una variable también crucial que muestra sinergias con el sexo. En la edad pediátrica han fallecido por COVID-19 bastantes más niñas que niños al igual que en las personas de 90 años y más mueren más mujeres que hombres ( $p < 0,001$ ); mientras que en los estratos intermedios son los hombres quienes fallecen más que las mujeres. Puede profundizarse sobre este asunto en el capítulo 2 del presente Informe.

### 4. Exposición al virus

En España se empezó observando una mayor frecuencia de exposición al principio de la pandemia en hombres, y a los tres meses se igualó la frecuencia por sexos y luego creció en mujeres dando lugar a una mayor frecuencia entre mujeres. El mismo fenómeno se ha observado en otros países europeos como Bélgica, Portugal y Holanda. No sabemos aún si estas variaciones se deben a sesgos de género, pero suponen una evidencia empírica que apoya la idea de que la pretendida mayor resistencia biológica de las mujeres por los genes contenidos en el cromosoma X, son poco relevantes para explicar la distribución por sexo. Lo mismo puede decirse de la alegada importancia de la enzima convertidora de la angiotensina 2 y otras diferencias biológicas. Es poco probable que

unos países sí tengan efecto y en otros no. Igualmente, es poco probable que actúen en unos periodos y otros no lo hagan.

En esencia, la explicación más plausible de las diferencias por sexo que vemos en las estadísticas sanitarias de COVID-19 son sesgos de género en la conceptualización de la enfermedad, favoreciendo la clínica encontrada en los hombres y la respuesta del sistema sanitario a la pandemia; desde la producción de estadísticas a la detección y atención a los pacientes con mayor o menor grado de apoyo tecnológico <sup>4</sup>.

Sin embargo, si observamos los datos proporcionados por la red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en el informe número 99 de la Situación de la Covid-19 en España<sup>5</sup>, podemos comprobar que la incidencia declarada ha sido superior en mujeres que en hombres desde el primer período de epidemia. Durante el primer período, los contagios de mujeres fueron el 56% frente al 44% de hombres. En el segundo período se redujo algo la desproporción, pero se mantuvo en un 52% de mujeres y un 48 % de hombres contagiados.

Desde el 22 de junio de 2020 hasta el 6 de octubre de 2021 se han notificado a la RENAVE 4.711.440 casos de COVID-19 en España: el 51,5% son mujeres, y la mediana de edad de los casos es de 38 años, siendo mayor en mujeres que en hombres (39 vs 37 años). De los casos notificados presentaron síntomas el 63,7% de mujeres y el 61,5% de hombres (tabla 1). Un 3,0% de los casos son personal sanitario o sociosanitario, siendo significativamente mayor el porcentaje de mujeres: un 4,5% frente a un 1,4% de hombres.

El ámbito más frecuente de exposición se da en el entorno del domicilio (38,5%), pero entre los contactos realizados en centros sanitarios y sociosanitarios hay una diferencia significativa entre los porcentajes de 3,4% entre mujeres frente un 1,9% en hombres.

**Tabla 1. Características demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE diagnosticados a partir del 22 de junio de 2020**

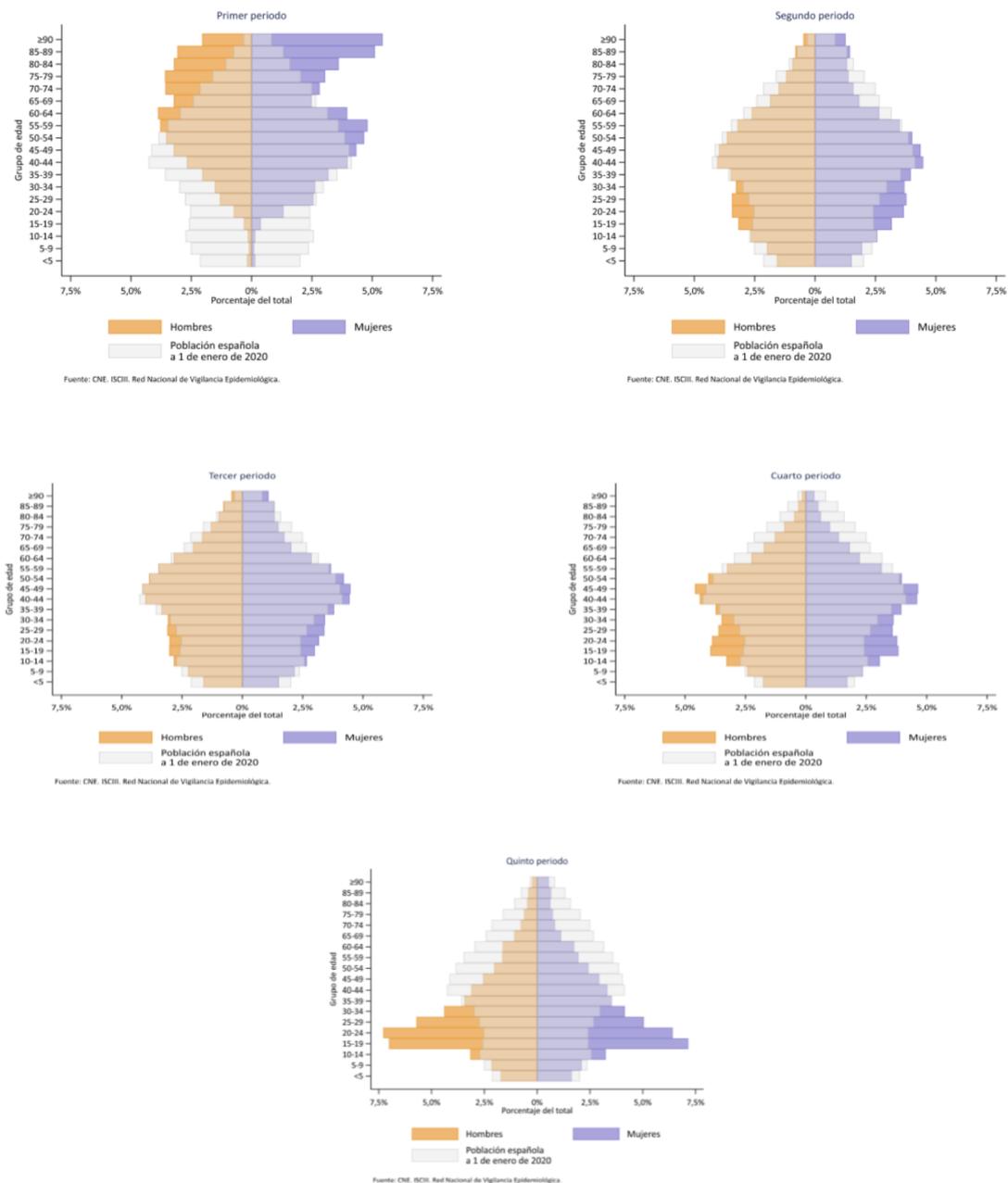
Características	Total	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	p-valor <sup>2</sup>
Sexo		2427034 (51,5)	2283870 (48,5)	<0,001
Mediana de edad (rango)	38 (21-54)	39 (22-55)	37 (21-53)	<0,001
<5	152000 (3,2)	74184 (3,1)	77801 (3,4)	<0,001
5-9	201506 (4,3)	99257 (4,1)	102231 (4,5)	
10-19	666260 (14,2)	331462 (13,7)	334762 (14,7)	
20-29	774605 (16,5)	385528 (15,9)	389025 (17,1)	
30-39	683810 (14,5)	354425 (14,6)	329357 (14,5)	
40-49	747643 (15,9)	389749 (16,1)	357875 (15,7)	
50-59	616011 (13,1)	320596 (13,2)	295403 (13,0)	
60-69	390085 (8,3)	196446 (8,1)	193626 (8,5)	
70-79	237678 (5,1)	124435 (5,1)	113239 (5,0)	
80-89	169955 (3,6)	102518 (4,2)	67433 (3,0)	
≥90	61169 (1,3)	43469 (1,8)	17700 (0,8)	
Síntomas	2753981 (62,7)	1443401 (63,7)	1310407 (61,5)	<0,001
Personal sanitario y sociosanitario	96119 (3,0)	74825 (4,5)	21279 (1,4)	<0,001
Personal sanitario que trabaja en				
Centro sanitario	60228 (62,7)	45860 (61,3)	14358 (67,5)	<0,001
Centro sociosanitario	25188 (26,2)	21424 (28,6)	3763 (17,7)	
Otros centros	10700 (11,1)	7538 (10,1)	3158 (14,8)	
Número de contactos estrechos identificados	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	<0,001
Ámbito de posible exposición				
Centro sociosanitario	82883 (2,7)	53954 (3,4)	28928 (1,9)	<0,001
Laboral	155548 (5,0)	74464 (4,6)	80954 (5,4)	
Centro sanitario	55682 (1,8)	32437 (2,0)	23237 (1,6)	
Domicilio	1194787 (38,5)	634321 (39,5)	560442 (37,5)	
Escolar	49457 (1,6)	25385 (1,6)	24071 (1,6)	
Social <sup>^</sup>	180865 (5,8)	90843 (5,7)	90020 (6,0)	
Otros	281981 (9,1)	141376 (8,8)	140597 (9,4)	
Desc	1098323 (35,4)	552689 (34,4)	545551 (36,5)	
Transporte <sup>^</sup>	156 (0,0)	80 (0,0)	76 (0,0)	
Bar/restaurante <sup>^</sup>	1285 (0,0)	635 (0,0)	650 (0,0)	
Ocio nocturno <sup>^</sup>	375 (0,0)	175 (0,0)	200 (0,0)	
Establecimiento/centro comercial <sup>^</sup>	93 (0,0)	61 (0,0)	32 (0,0)	
Celebración religiosa <sup>^</sup>	101 (0,0)	52 (0,0)	49 (0,0)	
Centro deportivo <sup>^</sup>	389 (0,0)	134 (0,0)	255 (0,0)	
Peluquería/Centro estética <sup>^</sup>	26 (0,0)	16 (0,0)	10 (0,0)	<0,001
Importado	16121 (0,4)	7003 (0,3)	9113 (0,5)	
Prueba de laboratorio*				<0,001
Desconocida	65184 (1,4)	34352 (1,4)	30828 (1,3)	
PCR/Técnicas moleculares	3360267 (71,3)	1744572 (71,9)	1615305 (70,7)	
Test rápido de anticuerpos	260 (0,0)	137 (0,0)	123 (0,0)	
Detección de antígeno	1279554 (27,2)	644672 (26,6)	634741 (27,8)	
ELISA	6175 (0,1)	3301 (0,1)	2873 (0,1)	
Hospitalizados	318450 (6,8)	143805 (5,9)	174638 (7,6)	<0,001
Ingreso en UCI <sup>1</sup>	31347 (9,8)	10051 (7,0)	21295 (12,2)	<0,001
Defunciones <sup>1</sup>	56790 (17,8)	25355 (17,6)	31435 (18,0)	0,254

Fuente: Situación de COVID-19 en España a 6 de octubre de 2021. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIH).

La distribución por sexo y edad de los casos de COVID-19 respecto a la población española, indica que en el primer período están sobrerrepresentadas las mujeres a partir de los 45 años (sobre todo a partir de los 75 años), y los hombres a partir de los 55 años. En el segundo y tercer período están sobrerrepresentadas las mujeres de entre 15 y 54 años, los hombres de entre 15 y 34 años, y las personas mayores de 89 años de ambos sexos. En el cuarto período están sobrerrepresentados los hombres y mujeres

de entre 10 y 54 años, y en el quinto período están sobrerrepresentados los hombres y las mujeres de entre 10 y 34 años (Figura 1).

**Figura 1. Distribución por edad y sexo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE desde el inicio de la pandemia.**



Fuente: Situación de COVID-19 en España a 6 de octubre de 2021. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCI3).

Es posible afirmar que las diferencias en la incidencia entre mujeres y hombres se deben a una cuestión de género, ya que las mujeres están mucho más representadas en las profesiones sanitarias, en las socio-sanitarias y en la esfera de los cuidados, por lo que han estado en contacto mucho más directo con las personas infectadas, sin medidas adecuadas de protección, en especial en el primer período de epidemia. Esto puede explicar el mayor número de contagios en el primer período de la epidemia. El mayor índice de contagios entre mujeres no tendría base biológica, sino que se debería a la feminización de los cuidados tanto formales como informales, situación que se analiza con detalle en los capítulos 7 y 8 de este Informe respectivamente

Según estudio de Martin y col <sup>6</sup>, la tasa de infección entre mujeres llegó a constituir en España un 65% de las infecciones durante abril y mayo de 2020. Las complicaciones por coronavirus fueron entre 1,5 y 2,5 veces mayores en hombres de manera constante especialmente en las admisiones en UCI que llegaron a ser 2,5 veces más frecuentes que en mujeres. Si bien las tasas de mortalidad y el exceso de mortalidad fueron también superiores en hombres (en torno a 1,8 veces), el porcentaje de exceso de mortalidad sin diagnóstico COVID-19 fue superior en mujeres (44% en hombres frente a 52% en mujeres en el primer período de la epidemia. Con respecto a los síntomas de la COVID-19, este estudio señala diferencias por sexo: la fiebre, tos y disnea fueron más frecuentes en hombres (20%, 10% y 19% más respectivamente) frente a los síntomas que presentaron con mayor frecuencia las mujeres como el dolor de garganta, vómitos o diarrea (90%, 40% y 10% más respectivamente).

Un ejemplo de la mayor incidencia por razones de género lo podemos observar en el análisis en el personal sanitario publicados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica hasta el 20 de mayo de 2020, última fecha en la que disponemos datos, diferenciados por sexo <sup>7</sup>. En este informe se presentan las características de los 40.961 casos de COVID-19 en personal sanitario con diagnóstico previo al 11 de mayo de 2020 notificados a la RENAVE en España a través de SiViES hasta la extracción de datos (11:00h del 29 de mayo de 2020). Los casos entre personal sanitario hasta esta fecha suponen un 24,1% del total de casos de COVID-19 declarado. Los síntomas más frecuentes entre mujeres fueron disnea, dolor de garganta diarrea o vómitos, y entre los hombres mayor frecuencia de fiebre, neumonía y distrés respiratorio. Los hombres

entre personal sanitario presentan una mayor prevalencia de neumonía, enfermedades de base, y un mayor porcentaje de hospitalización, admisión a UCI y ventilación mecánica que las mujeres (esta cuestión se trata en más detalle en el capítulo 2 sobre sesgos de género).

La distribución por sexo y edad indican que en los casos notificados a la RENAVE entre personal sanitario están sobrerrepresentadas las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de mayores de 65 años. En la escala de gravedad, los hombres sanitarios de mayor edad y con enfermedades de base y factores de riesgo, están más representados a medida que aumenta la gravedad.

## 4.1. Infección Asintomática

La información sobre la historia natural por sexo y género de las infecciones asintomáticas por el coronavirus (SARS-CoV-2) es muy escasa <sup>8</sup>. La infección que tuvo lugar en el barco de cruceros Diamond Princess con 712 personas infectadas entre 3.711 pasajeros y miembros de la tripulación, con 410 personas asintomáticas (58%) en el momento de hacer el primer test PCR positivo, ha permitido analizar la historia natural de pacientes asintomáticos en parte de esta cohorte, aunque no ofrecieron datos desagregados por sexo. El número medio de días entre el primer test PCR positivo y el primer test negativo fue de 9 días. En esta cohorte, la mayoría de las personas que eran asintomáticas al principio lo fueron también hasta el final de la infección. El tiempo de resolución de la infección aumentó proporcionalmente a la edad <sup>9</sup>.

## 4.2. Infecciones Benignas

Según la OMS se considera infección benigna aquella que cumple los siguientes criterios:

1. Síntomas clínicos benignos (por ejemplo, fiebre menor de 38° sin tratamiento).
2. Con o sin tos (sin disnea, sin jadeos y sin enfermedad pulmonar subyacente).
3. Sin imágenes radiológicas de neumonía.

Los síntomas iniciales de la COVID-19 incluyen fiebre, tos, mialgia o fatiga y con menos frecuencia dolor de cabeza, hemoptisis y diarrea <sup>10, 11</sup>. El período de incubación de

SARS-CoV-2 en grupos familiares fue de 3 a 6 días <sup>12</sup>. La gravedad es superior en mayores de 50 años.

### 4.3. Infecciones graves y tormenta de citoquinas. Curso clínico

El período de tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas hasta el diagnóstico disminuye de 6 a 2 días entre el primer período y el resto. En contraste, el tiempo entre la hospitalización hasta la defunción aumenta de 9 a 20 días entre el primer período y el resto de los períodos (tabla 2), observándose diferencias significativas.

**Tabla 2. Días transcurridos entre diferentes eventos. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE diagnosticados antes y después del 22 de junio de 2020**

	Primer periodo					Resto de periodos				
	n <sup>1</sup>	Total <sup>2</sup>	Mujeres <sup>2</sup>	Hombres <sup>2</sup>	p <sup>**</sup>	n <sup>1</sup>	Total <sup>2</sup>	Mujeres <sup>2</sup>	Hombres <sup>2</sup>	p <sup>**</sup>
Hasta diagnóstico*	258051	6 (3-11)	6 (3-11)	7 (3-11)	<0,001	4711440	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	<0,001
Hasta hospitalización*	258051	7 (3-10)	7 (3-10)	7 (3-10)	0,839	4711440	6 (3-9)	6 (3-9)	6 (3-9)	0,019
Hasta ingreso en UCI*	258051	9 (6-12)	9 (6-12)	9 (6-12)	0,849	4711440	9 (6-12)	9 (6-12)	9 (6-12)	0,077
Hasta defunción*	258051	16 (9-28)	17 (10-28)	16 (9-27)	<0,001	4711440	17 (13-23)	17 (13-23)	17 (13-23)	<0,001
Hospitalización hasta ingreso en UCI	8288	2 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	0,053	29321	2 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	0,695
Hospitalización hasta defunción	26626	9 (4-18)	9 (4-18)	9 (4-18)	0,007	141729	20 (11-32)	20 (10-31)	21 (11-32)	<0,001

\*Desde el inicio de síntomas. <sup>1</sup>n: número de casos con información notificada. <sup>2</sup>Mediana (percentil 25-percentil 75) en días. <sup>\*\*</sup>Comparación mujeres vs hombres; t-test o test no paramétrico de medianas (si heterocedasticidad)

Fuente: Situación de COVID-19 en España a 6 de octubre de 2021. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCI3).

La gravedad de la infección es más alta entre grupos de edad superiores a los 50 años. El SARS-CoV-2 invade el parénquima pulmonar provocando una inflamación intersticial grave en los pulmones y se evidencia por la presencia de opacidades en forma de vidrio deslustrado cuando se realiza un TAC. Estas lesiones afectan inicialmente a un único lóbulo pulmonar, pero se expanden después a múltiples lóbulos. La valoración histológica de las muestras de biopsia pulmonar obtenidas de pacientes con COVID-19 muestran un daño alveolar difuso, exudados celulares fibromixoides, formación de membrana hialina, y descamación de los neumocitos, lo que indica un síndrome de distrés respiratorio agudo <sup>13</sup>. La infección se acompaña de neumonía y se desencadena una tormenta de citoquinas que produce una respuesta inmune exagerada, un

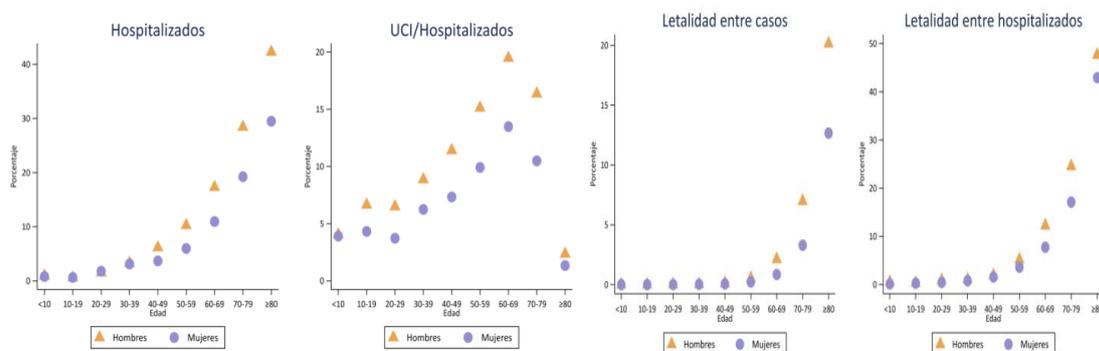
desequilibrio de la red de regulación inmunológica, y finalmente se produce una insuficiencia multiorgánica <sup>14</sup>.

La susceptibilidad a la insuficiencia respiratoria y el peor pronóstico depende de la edad (mayor de 50 años) y de comorbilidades como la hipertensión y la diabetes.

La gravedad de la enfermedad se puede observar por alteraciones en los análisis bioquímicos con la presencia de leucocitosis, leucopenia con linfopenia, hipoalbuminemia, y aumento de los enzimas lactato dehidrogenasa, aspartato transaminas, alanina aminotransferasa, bilirrubina e incremento del Dímero-D. El grado de linfocitopenia nos da una idea del pronóstico de la enfermedad y se correlaciona de forma positiva con la gravedad de la enfermedad <sup>15</sup>.

Los hombres presentan un mayor porcentaje de hospitalización (a partir de 40 años) y de ingreso en UCI (a partir de los 10 años) que las mujeres. Estas mismas diferencias por sexo se observan en la letalidad entre casos y personas hospitalizadas a partir de los 60 años (figura 4).

**Figura 2. Porcentaje de personas hospitalizadas, porcentaje de ingreso en UCI entre personas hospitalizadas, letalidad entre casos y personas hospitalizadas. Por grupo de edad y sexo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE y diagnosticados a partir del 22 de junio de 2020.**



Fuente: Situación de COVID-19 en España a 6 de octubre de 2021. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII).

## 4.4. Inmunología

Existen sesgos por sexo en la respuesta al virus SARS-Cov-2. La producción de interferones frente a los virus es mucho más grande en las células de las mujeres adultas frente a las de los hombres, y el efecto es modulado por los esteroides sexuales.

También la respuesta innata inmune y la respuesta adaptativa inmune presenta diferencias por sexo <sup>16</sup>, y la producción de linfocitos B disminuye con la edad en los hombres.

Las alteraciones de la microbiota intestinal son más prevalentes en el sexo femenino, así como la mayor presentación de la enfermedad con náuseas, vómitos y diarrea que persisten posteriormente en los casos de Síndrome post-COVID-19 y deben ser tenidos en cuenta en los tratamientos <sup>17</sup>. Sin embargo, estas diferencias biológicas no parecen ser tan relevantes como para explicar ni la epidemiología ni el curso clínico de la enfermedad, como ya se señaló en el apartado de incidencia.

## 4.5. Afectación Neurológica

La revisión de diversos trabajos publicados durante la pandemia demuestra que la infección por SARS-CoV-2 afecta el sistema nervioso central, al sistema nervioso periférico y al sistema muscular <sup>18</sup>. La afectación del sistema nervioso central se inicia con cefalea y disminución de la respuesta a los estímulos; anosmia, hiposmia, hipogeusia y disgeusia, que son los primeros síntomas de la infección.

La insuficiencia respiratoria, primera causa de letalidad en el mundo, es probablemente de origen neurogénico y puede ser consecuencia de la invasión del par craneal I, progresando hacia el rinencéfalo y a los centros respiratorios del pedúnculo cerebral.

La enfermedad cerebrovascular, en particular los infartos isquémicos de los grandes vasos, y con menos frecuencia la trombosis venosa cerebral, la hemorragia intracerebral, y la hemorragia subaracnoidea, se producen como una parte del estado trombótico, inducido por la unión a los receptores ECA2 del endotelio que causa endotelitis, coagulopatía, y trombosis arterial y venosa.

La encefalopatía necrotizante hemorrágica aguda se asocia con la tormenta de citoquinas. Se ha identificado también un síndrome de hipoperfusión frontal que continua después como secuela de la enfermedad predominantemente en mujeres. Se han comunicado también informes aislados de convulsiones, encefalopatía, meningitis, encefalitis y mielitis.

La COVID-19 se ha asociado también, aunque con menor frecuencia, con afectación del sistema nervioso periférico y muscular, la presentación del síndrome de Guillain-Barré, el síndrome de Miller Fisher, la polineuritis craneal y presentaciones raras de mielitis y rabdomiolisis.

La neuro patogénesis de la COVID-19, la ruta de entrada del virus incluyendo la transferencia transináptica entre neuronas infectadas, la entrada por el nervio olfatorio, la infección del endotelio vascular y la migración de leucocitos a través de la barrera hematoencefálica, deben ser estudiadas <sup>19</sup>. La falta de series epidemiológicas sistematizadas no permite definir si hay diferencias por sexo en la afectación neurológica, aunque el deterioro cognitivo posterior entre las mujeres señala un mayor predominio femenino <sup>20</sup>. La Federación Mundial de Neurología ha invitado a todas las asociaciones de neurología a crear bases de datos y colaboración neuroepidemiológica para ayudar a definir la historia natural de la afectación neurológica de este problema mundial.

## 5. Recursos terapéuticos asignados

La situación de emergencia en los primeros meses de 2020 y la alta mortalidad condicionó como respuesta, una amplia utilización de recursos sanitarios que resultó influenciada por estos sesgos de género (datos de magnitud del impacto de las sucesivas olas, información en cada momento, recursos disponibles en cada territorio) influyendo en la atención sanitaria prestada". Es necesario considerar las diferencias para sexo, para describir adecuadamente la historia natural de esta enfermedad

La mayor mortalidad se produjo en la primera ola <sup>6</sup> cuando se pensaba que el SARS-CoV-2 sólo afectaba a nivel respiratorio, fenotipo más expresado en hombres. Todas aquellas afectaciones distintas a ese fenotipo de predominio masculino, como cardiológicas o coagulopatías fulminantes, síntomas digestivos o neurológicos, no se incluían entre los aspectos diagnósticos para COVID-19"

A su vez, tenían mayor posibilidad de ser testadas aquellas personas que acudían al hospital frente a quienes eran atendidas en atención primaria tal y como se detalla en el capítulo 2 del presente Informe referido a sesgos de género en la atención sanitaria.

En algunos territorios, desde atención primaria se indicó a las personas afectadas que esperaran aisladas en su domicilio a la espera de poder ser valoradas cuando pudieran atenderles. En muchas ocasiones, debido a la saturación asistencial, bajas por enfermedad y falta de recursos, nadie pudo acudir y la ventana de intervalo de días de sensibilidad de los test diagnósticos se perdieron. Días o semanas después, los test realizados a esas personas resultaban negativos.

Según la información emitida por las Comunidades Autónomas y recogida por el Ministerio de Sanidad en su página web (figura 5), los hombres acudieron mayoritariamente a los hospitales, mientras que las mujeres fueron atendidas mayoritariamente en los servicios de atención primaria con las enormes diferencias que suponen estos ámbitos de atención por su capacidad diagnóstica y recursos terapéuticos. A su vez, el exceso de mortalidad desde el 10 de marzo al 29 de agosto de 2020 fue mucho mayor en mujeres, especialmente en mayores de 74 años <sup>6</sup>. Lo que pudo dar lugar a infraestimación de casos y muertes por COVID-19 en mujeres.

**Figura 3. Número de personas atendidas en consultas médicas de Atención Primaria durante el año 2020 por sexo.**

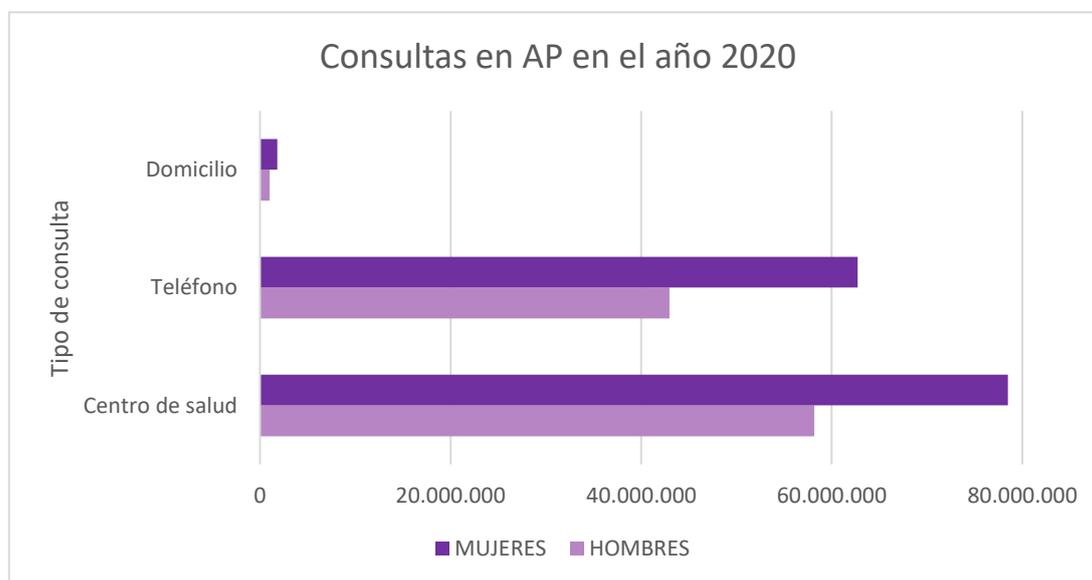


Figura de elaboración propia. Fuente: datos del portal estadístico [www.msbs.es](http://www.msbs.es)

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción:

Esta revisión pone de manifiesto la gran falta de información desagregada por sexo y analizada desde la perspectiva por género en todo lo que concierne a la historia natural de la COVID-19 a pesar de los llamamientos realizados por la OMS y algunos grupos de académicas a nivel mundial. La cuestión de si la distribución se ve influida por razones de sexo (biológicas y no modificables) o por razones de género no es baladí ni académica ya que las desigualdades son modificables y las diferencias no. Existe pues una evidente razón sabnootaria en la vulnerabilidad de las disparidades encontradas Masivamente, la mitad de la población mundial las mujeres, están siendo invisibilizadas en el en foque general del proceso. De nuevo, “lo urgente” ha tapado a “lo importante”.

Actualmente, es urgente que los estudios epidemiológicos y ensayos clínicos, así como la investigación básica sobre COVID-19, y en especial al estudio de las diferencias inmunológicas entre mujeres y hombres, incluyan el sexo como variable biológica.

La información debe ser analizada y comprendida teniendo en cuenta las implicaciones de género relacionadas con la exposición al virus, su transmisión y situación socioeconómica de las mujeres y hombres afectados, que podrían exacerbar accesos desiguales al tratamiento o vulnerabilidades a largo plazo <sup>21</sup>.

# Bibliografía

- <sup>1</sup> Ruiz Cantero, MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria* (2021) 35-1:95-98
- <sup>2</sup> Klein SL, Dhakal S, Ursin RL, Deshpande S, Sandberg K, et al. (2020) Biological sex impacts COVID-19 outcomes. *PLOS Pathogens* 16(6):e1008570 <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008570>
- <sup>3</sup> Scully EP, Haverfield J, Ursin RL et al. Considering how biological sex impacts immune responses and COVID-19 outcomes. *Nature reviews/ Immunology*.2021.<https://doi.org/10.1038/s41577-020-0348-8>
- <sup>4</sup> Gebhard et al. *Biology of Sex Differences* (2020) 11:29 <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9>
- <sup>5</sup> Informe número 99. Situación de Covid-19 en España. 6 octubre de 2021. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- <sup>6</sup> Martín U, Bacigalupe A y Jiménez Carrillo M. Covid-19 y género: Certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Rev Esp Salud Pública*.2021; 95: 30 de abril e202104066
- <sup>7</sup> Informe del 20-5-2020. Análisis de la Covid-19 en el personal sanitario hasta el 10 de Mayo 2020. RENAVE.
- <sup>8</sup> Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* 2020; 382:2081-90
- <sup>9</sup> Sakurai A, Sasaki T, Kato S et al. Natural History of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *New Engl J Med Letter*. June 12, 2020.
- <sup>10</sup> Huang C, Wang Y, Li X et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, 2020. *Lancet* 395:497-506
- <sup>11</sup> Dhama k, Patel SK, Pathak M et al An update on SARS-COV-2/COVID 19 with particular reference on its clinical pathology, pathogenesis, immunopathology and mitigation strategies- a review.*Clin Microbiol Rev* 2020; vol 33:e00028-20. <https://doi.org/10.1128/CMR.00028-20>

- <sup>12</sup>Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 395: 514-523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9).
- <sup>13</sup> Xu Z, Shi L, Wang Y et al Pathological findings of Covid-19 associated with acute respiratory distress syndrome. 2020 *Lancet Respir Med* 8:420-422
- <sup>14</sup> Qiu HB, Li XY, Du B et al The key points in treatment of the critical novel coronavirus pneumonia patient. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2020; 43:E022. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112147-20200222-00151>
- <sup>15</sup> Zhou L, Liu HG. Early detection and disease assessment of patients with novel coronavirus pneumonia. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2020; 43:E003. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.0003>.
- <sup>16</sup> Brodin, Petter. Immune determinants of COVID-19 disease presentation and severity. *NATURE MEDICINE* 2021. 77:28-33
- <sup>17</sup> Villapol, Sonia. Gastrointestinal symptoms associated with COVID -19: impact on the gut microbioma. *Translational Research*. 2020; 226: 57-69
- <sup>19</sup> Román GC, Spencer PS, Reis J et al. The neurology of COVID-19 revisited: A proposal from the Environmental Neurology Specialty Group of the World Federation of Neurology to implement international neurological registries. *Journal of the neurological Sciences*. 2020. 414: 116884
- <sup>20</sup> Zubair AS, McAlpine LS, Gardin T, et al. Neuropathogenesis and neurological Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019 A Review. *Jama neurol* 2020; 77(8): 1018-1027
- <sup>21</sup> Becker JH, Linn JJ, Doernberg M et al Assessment of Cognitive Function in Patients after COVID-19 infection. *JAMA Network open*. 2021
- <sup>22</sup> Bischof E, Oertelt-Prigione S, Morgan R. et al. Towards Precision Medicine: Inclusion of Sex and Gender Aspects in COVID-19 Clinical Studies-Acting Now before It Is Too late- A Joint Call for Action. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17,3715; [doi:10.3390/ijerph17103715](https://doi.org/10.3390/ijerph17103715)

# Síndrome Post-COVID-19 y género<sup>iv</sup>

<b>Coordinación</b>	<b>Carme Valls Llobet</b> Médica endocrinóloga. Directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). Barcelona.
<b>Equipo redactor</b>	<b>Mercè Botinas Martí</b> Médica especialista en medicina familiar y comunitaria. Centro de Diagnóstico y Tratamiento. Barcelona <b>Mar Rodríguez Gimena</b> Médica especialista en medicina familiar y comunitaria. SAR Centro de salud Buitrago de Lozoya. <b>Luisa Lasheras Lozano</b> Médica salubrista <b>Noemia Loio Marques</b> Médica especialista en salud laboral y medicina interna. Oporto (Portugal)

---

<sup>iv</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo.

# Palabras clave

- COVID-19 largo o persistente
- Fatiga crónica y Covid-19
- Género
- Morbilidad diferencial y COVID-19
- Síndrome post-COVID-19

# Resumen

En este capítulo se trata de caracterizar el síndrome post-COVID-19 a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada, tratando de dilucidar las diferencias entre hombres y mujeres. Se recogen las diferentes definiciones propuestas por distintas instituciones. Se muestra la variabilidad en las prevalencias en función de los diferentes estudios, oscilando entre un 10-15% la proporción de pacientes que pueden presentar persistencia de síntomas semanas o meses tras padecer COVID-19. Estas proporciones pueden incrementarse notablemente entre las personas que fueron hospitalizadas. Se observa también gran variedad de síntomas, según la población, la gravedad de la enfermedad inicial y la hospitalización. Algunos pueden ser de nueva aparición tras la infección inicial. Ciertos estudios encontraron que el sexo femenino es un factor de riesgo para la persistencia de síntomas y al comparar hombres y mujeres, éstas presentaron con más frecuencia mialgias, fatiga, ansiedad o depresión, dolor torácico y alteraciones de la difusión pulmonar, problemas neurológicos y cognitivos, y dolor anginoso en un 20% de casos por disfunción microvascular. Se ha buscado de forma específica la relación entre síndrome post-COVID-19 y fisiología de las mujeres (embarazo y menstruación). Se muestran los resultados de la única publicación realizada en nuestro país sobre el impacto en las profesiones sanitarias. En general observamos escasez de bibliografía con perspectiva de género por lo que entre las propuestas de acción incluimos el estudio del síndrome post-COVID-19 con este

enfoque. Se subraya la experiencia innovadora que supone la primera base de datos mundial sobre sexo, género y COVID-19.

# 1. Introducción con descripción de caso

## 1.1. Definición y diagnóstico de COVID persistente, Síndrome post-COVID-19, o enfermedad post-COVID-19

La OMS definió inicialmente la COVID persistente como la persistencia sintomática más allá de las 12 semanas. Sin embargo, en sus últimas publicaciones<sup>1</sup> la define a partir de las 4-5 semanas de la prueba diagnóstica.

“La enfermedad post-COVID-19 ocurre en personas con antecedentes de infección probable o confirmada por SARS-CoV-2, generalmente 3 meses después del inicio del COVID-19 con síntomas que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo”. Ésta es la más reciente definición del diagnóstico de *COVID persistente* o *síndrome post-COVID-19* que en octubre de 2021 ha publicado la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>. Utilizamos la palabra Síndrome post-COVID-19 por ser la mejor traducción de post “COVID-19 condition”, que es la definición de la OMS.

Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva y otros que generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19, o persistir desde la enfermedad inicial. También pueden fluctuar o recaer con el tiempo.

En septiembre de 2020, la OMS creó los códigos ICD-10 e ICD-11 para la “enfermedad post-COVID-19”. Sin embargo, todavía se requiere la estandarización de esta nomenclatura y la definición de caso clínico de la enfermedad post-COVID-19.

Se han propuesto varias definiciones de post-COVID-19 en contraposición al COVID agudo. La Sociedad Española de Médicos de Medicina General (SEMERGEN) ha definido<sup>3</sup> COVID persistente como “signos y síntomas de la COVID-19, tras su contagio, que se pueden extender hasta a unas 4 semanas desde el contagio”. El Grupo Colaborativo Multidisciplinar para el Seguimiento Científico de la COVID-19 (MCGSM) del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)<sup>4</sup>, apoya el uso del término Síndrome de COVID postagudo (PACS, por sus siglas en inglés).

En ambos casos, dicha entidad incluye dos subgrupos:

1. COVID-prolongado o persistente (long COVID): persistencia de síntomas (presentes o no al inicio de la infección) después de 4 semanas de infección, con curso permanente, recurrente/remitente o de mejora progresiva. No siempre requiere una infección por COVID-19 de forma sintomática, sino que puede aparecer después de una infección silente.
2. Secuelas de la COVID-19 (denominadas también ‘post-COVID’): daños irreversibles a los tejidos después de 12 semanas que pueden desencadenar distintos grados de disfunción permanente y la correspondiente sintomatología. Las secuelas aparecen después de infecciones por COVID-19 de carácter moderado o severo que han requerido hospitalización o ingreso en unidad de cuidados intensivos.

Es importante destacar que, dadas las condiciones sanitarias de la primera ola, en ningún caso la definición de la enfermedad post-COVID-19 requiere la positividad de pruebas diagnósticas durante la enfermedad aguda.

La tipología de pacientes con secuelas de la COVID-19 es de predominio varón, de unos 70 años, con comorbilidades asociadas. Sin embargo, en el caso de COVID-19 persistente predominan las mujeres de alrededor de 43 años, sin patología previa. Este grupo de pacientes no se ha sometido de forma regular a pruebas diagnósticas especialmente en la primera ola de la pandemia, aspecto que, junto con la falta de codificación para esta enfermedad multisistémica, dificulta su registro y estudio.

La guía NICE<sup>5</sup>, publicada en diciembre de 2020, clasifica a las personas afectadas por la COVID-19 en COVID-19 aguda (signos y síntomas de COVID-19 hasta por 4 semanas),

COVID-19 sintomático en curso (4-12 semanas), síndrome post-COVID-19: los signos y síntomas se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19, continúan durante más de 12 semanas y no se explican mediante un diagnóstico alternativo.

Nótese que en la guía NICE no se diferencian secuelas de la COVID-19 respecto al síndrome COVID prolongado: en esta guía, COVID prolongado incluye tanto el síndrome COVID-19 sintomático continuo (de 4 a 12 semanas) como el síndrome post-COVID-19 (12 semanas o más).

## 1.2. Incidencia del Síndrome post-COVID-19

Consultada la web del Ministerio de Sanidad el 1 de diciembre de 2021, 260.867.011 millones de personas han sido infectadas con SARS-CoV-2 en todo el mundo. Varios estudios sugieren que hasta un 10-15% del conjunto de pacientes con COVID-19 pueden presentar sintomatología persistente semanas o incluso meses después de la infección inicial.

La persistencia de síntomas después de padecer la enfermedad es más elevada según si la enfermedad ha requerido ingreso hospitalario o sólo asistencia domiciliaria. Entre las personas que han necesitado asistencia hospitalaria, la prevalencia de síntomas a los 12 meses se da en un 49% de pacientes<sup>6</sup>, pero un gran metaanálisis realizado a principios de 2021 estima que el 80% de pacientes que padecieron la infección con SARS-CoV-2 desarrollaron uno o más síntomas a largo plazo<sup>7</sup>.

El predominio femenino es quizás más evidente en determinadas poblaciones, como el personal de salud. De manera similar, se ha reportado un predominio femenino en otros países según el Proyecto Sexo, Género y COVID-19<sup>8</sup>, una base de datos en línea de datos desagregados por sexo sobre COVID-19.

## 2. Sintomatología del Síndrome post-COVID-19

### 2.1. Seguimiento de pacientes CON INGRESO y diferencias clínicas entre mujeres y hombres

El más amplio estudio de seguimiento de cohorte longitudinal (caso control) realizado hasta agosto de 2021 en el hospital Jin Yin-tan (Wuhan, China)<sup>9</sup> destaca que, entre pacientes con alta hospitalaria dados de alta del 7 de enero al 29 de mayo de 2020, 1.276 supervivientes recibieron visitas de seguimiento a los 6 y 12 meses después del alta hospitalaria, comparando los resultados con controles pareados no COVID-19 de la misma edad, sexo y comorbilidades. En la visita cumplieron cuestionarios sobre los síntomas y sobre la calidad de vida relacionada con la salud, y se les realizaron análisis clínicos, test de deambulación de 6 minutos y exploración física. Las pruebas de función pulmonar y las radiografías de pulmón fueron repetidas a los 12 meses, y si existían alteraciones, a los 6 meses.

La edad media de este grupo de pacientes fue de 59,0 años (IQR 49,0-67,0). 681 (53%) fueron hombres y 595 (47%) mujeres. La proporción de pacientes con por lo menos un síntoma fue de 68% en los seis primeros meses, y descendió al 49% seis meses después.

Los síntomas presentes por orden de frecuencia fueron fatiga o debilidad muscular, sueño con dificultades, caída de pelo, trastornos del olfato, palpitaciones, dolor articular, disminución del apetito, trastorno del gusto, mareo, diarrea o vómitos, dolor torácico, dolor de garganta o dificultad al tragar, erupción cutánea, mialgia y cefalea.

A los 12 meses aumentó en un 4% el número de pacientes con disnea, ansiedad y depresión. Comparados hombres y mujeres, y tras ajustar por múltiples factores de confusión, ellas presentaron unas odds ratios de 1,43 para fatiga o debilidad muscular; de 2,00 para ansiedad o depresión; y de 2,97 para alteraciones en difusión pulmonar. Ser mujer mantuvo la asociación estadísticamente significativa con el deterioro de la difusión pulmonar tras ajustar por edad y gravedad de la enfermedad y con la

fatiga/debilidad muscular tras ajustar por uso de corticoides. Comparados con los controles a los 12 meses, quienes habían tenido un ingreso por Covid-19 tenían más problemas con la movilidad, dolor o malestar, ansiedad, depresión y mayor prevalencia de síntomas. El 88% de pacientes habían vuelto a su lugar previo de trabajo a los 12 meses.

## 2.2. Síntomas en pacientes con síndrome post- Covid-19

En el metaanálisis realizado por Sandra Lopez-Leon et al<sup>7</sup> se seleccionaron 15 estudios realizados a más de 100 personas y que incluyeran un cuestionario para recoger síntomas. Sólo 6 estudios incluyeron pacientes con hospitalización, y el resto siguieron a pacientes que habían padecido COVID-19. El 80% de los casos presentaron uno o más síntomas, y siguiendo el orden de prevalencia fueron: fatiga (58%); cefalea (44%), incapacidad de atención (27%); caída de pelo (25%); disnea (24%); ageusia (23%); anosmia (21%); polipnea post actividad (21%); dolor articular (19%); tos (19%); sudoración (17%); náusea o vómito (16%); dolor o malestar torácico (16%); pérdida de memoria (16%); pérdida auditiva o acúfenos (15%); ansiedad (13%); depresión (12%); trastornos digestivos (12%); pérdida de peso (12%); dermatosis(12%); aumento de frecuencia cardíaca en reposo (11%); palpitaciones (11%); dolor generalizado (11%); fiebre intermitente (11%); trastornos del sueño (11%); capacidad de difusión pulmonar disminuida (10%); apnea del sueño (8%); escalofríos (7%); atención sanitaria relacionada con salud mental (7%); enfermedad psiquiátrica (6%); enrojecimiento ocular (6%); fibrosis pulmonar (5%); enrojecimiento discontinuo (5%); diabetes mellitus (4%); esputos (3%); edema de piernas (3%); mareos (3%); ictus (3%); dolor de garganta (3%); cambios de humor (2%); disforia (2%); trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (2%); hipertensión de nueva aparición (1%); miocarditis (1%); insuficiencia renal (1%); trastorno de estrés postraumático (1%); arritmia (0,4%) y paranoia (0,3%).

Uno de los primeros estudios<sup>10</sup> sobre los síntomas persistentes post-COVID-19 señalaron la fatiga y la disnea como los síntomas más frecuentes, seguidos de alteraciones cognitivas y de salud mental. El primer factor de riesgo asociado a la

persistencia de síntomas fue el sexo femenino, seguido por tener más de 5 síntomas, presentar disnea, tener trastornos psiquiátricos previos, y la presencia de alteraciones en biomarcadores específicos como el Dímero D, la proteína C reactiva, y el recuento de linfocitos.

En el estudio CoviCare, realizado en Suiza, el 38% de las personas que participaron presentaron síntomas que se prolongaron más de un mes, siendo por orden de prevalencia: fatiga (20,7%), pérdida de gusto y olfato (16,8%, disnea (11,7%) y cefalea (10%)<sup>11</sup>.

En Dinamarca, Blidal et al<sup>12</sup> determinaron que en pacientes con COVID-19 confirmada con PCR positivo sin hospitalización, la fatiga fue el síntoma más persistente en el 36% de casos. Los factores de riesgo para la presencia de síntomas persistentes fueron ser de sexo femenino (44% de mujeres frente a un 24% de hombres) y tener alto Índice de Masa Corporal. En el seguimiento de pacientes que habían padecido la COVID-19, se compararon los síntomas de mujeres y hombres<sup>13</sup> y se observó que 8 de los 11 síntomas que se estudiaron eran más prevalentes entre mujeres. Estos síntomas fueron: mialgias, pérdida de apetito, humor bajo, cefalea, náuseas y vómitos, dolor torácico, trastornos del sueño y fatiga. Mientras que los síntomas como palpitaciones, tos y mareos no presentaron diferencias por sexo.

En Dinamarca se ha publicado un estudio<sup>14</sup> que indica que los síntomas de COVID-19 persistieron durante un año después del inicio de la enfermedad, incluso en algunas personas con enfermedad moderada. El sexo femenino y la obesidad fueron los determinantes más importantes de la persistencia de los síntomas.

## 2.3 Fatiga en la enfermedad post-COVID-19

En el hospital universitario de Teherán, Irán, se evaluó a 120 supervivientes de COVID-19 a los 6 meses después del inicio de la infección mediante un cuestionario previamente validado basado en las pautas de Fukuda para el síndrome de fatiga

crónica SFC / EM<sup>v</sup>. La tasa de prevalencia de síntomas de fatiga fue del 17,5%; aunque sólo el 14,2% cumplió con los criterios de SFC. Esta prevalencia de SFC entre pacientes con COVID-19 es muy similar a la prevalencia de SFC en la población general<sup>15</sup>.

Algunos estudios han destacado los paralelismos entre el síndrome post-COVID-19 y la encefalitis miálgica/SFC <sup>16,17</sup>. De hecho, este grupo de pacientes comparten desequilibrio redox, inflamación sistémica y neuroinflamación, alteración de la producción de ATP, y otras anomalías como perfusión cerebral reducida debido a disfunción autonómica y autoanticuerpos dirigidos a objetivos neurales, que serían las responsables de síntomas como la fatiga y la niebla mental.

Ursini<sup>18</sup> y col. han publicado los resultados de una encuesta realizada a casi mil pacientes con síndrome post-COVID-19. De las 616 encuestas válidas, un 77,4% fueron mujeres con una edad de 45 ± 12 años; la duración media de COVID-19 fue de 13 días y el 10,7% de pacientes requirieron ingreso hospitalario. Un total de 189 personas (30,7%) cumplieron los criterios para la clasificación de fibromialgia después de 6 ± 3 meses desde el diagnóstico de COVID-19. Entre todas las personas con fibromialgia, el 56,6% eran mujeres. Sorprendentemente, se halló un alto porcentaje de hombres encuestados que cumplían los criterios de fibromialgia, a pesar del sesgo por sexo de las encuestas válidas. Este hallazgo apoyaría la hipótesis de la infección viral por SARSCoV2 como desencadenante, al igual que en los pacientes que desarrollan SFC. El sexo masculino se asoció con mayor gravedad de COVID-19 como sugiere una tasa significativamente mayor de pacientes que requirieron ingreso hospitalario, así como con la obesidad, que también se reveló como factor predisponente a la gravedad de la evolución.

---

<sup>v</sup> CFS/SFC: Síndrome de fatiga crónica (acrónimos en inglés y castellano respectivamente) / EM: encefalomiелitis miálgica

### 3. Inmunología y enfermedad post-COVID-19

En el estudio de Zeng F et.al.<sup>19</sup>, el grupo de pacientes que habían presentado una COVID-19 leve, los títulos de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 IgG fueron similares entre los dos sexos. En contraste, entre pacientes con enfermedad COVID-19 previa grave, las mujeres presentaron una mayor producción de anticuerpos en las primeras fases de la enfermedad<sup>19</sup>. Sin embargo, y a pesar de esta mejor respuesta inmunológica, y quizás por ello mismo, el síndrome post-COVID-19 es de predominio femenino<sup>20</sup>. Las personas con síndrome post-COVID-19 tienen una respuesta inmunológica diferente al SARS-CoV-2<sup>21</sup>. El síndrome post-COVID-19 se asocia al sexo femenino, al antecedente de haber padecido la enfermedad previa de forma grave, y a tener una respuesta débil con bajo nivel de anticuerpos al virus SARS-CoV2. Hasta los 60 años las mujeres tienen el doble de posibilidades de padecer el síndrome post-COVID-19 que los hombres, y a partir de esta edad, los riesgos son similares para ambos sexos. También un índice de masa corporal alto es un factor de riesgo<sup>22</sup>. Se baraja la posibilidad de que después de la infección se desarrollen fenómenos autoinmunes como causa del síndrome post-COVID-19 aunque entre niños y niñas todavía no se ha podido demostrar<sup>23</sup>.

### 4. Neurología y enfermedad post-COVID-19

Se han descrito secuelas neurológicas post agudas (neuro-PASC) después de haber padecido la COVID-19<sup>24</sup>. Las personas que han padecido enfermedad post-COVID-19, presentan alteraciones cognitivas que persisten en el tiempo, y son algo más graves entre pacientes que han requerido hospitalización, pero también entre pacientes que han tenido síntomas de COVID-19 suaves<sup>25</sup>, aunque este estudio de más de 80.000 pacientes con cuestionarios auto reportados, debería haber realizado, además, un adecuado análisis de género a partir de sus datos desagregados por sexo .

En otro estudio<sup>26</sup> realizado entre 740 pacientes, con un 63% de mujeres, se ha observado pérdida de memoria, de capacidad de atención, de fluidez verbal y de capacidad cognitiva. Igualmente, los niveles de atención fueron peores entre las pacientes que habían sido hospitalizadas.

En un estudio caso-control se han demostrado diferencias en varios órganos y sistemas por medio del PET-TAC, en especial demostrando un hipometabolismo en el gyrus parahipocampal derecho y el tálamo, más alteradas entre las personas que padecen ageusia y anosmia, fatiga y problemas vasculares, pero demostrando una subyacente inflamación sistémica<sup>27</sup>. En otro estudio con igual metodología se aprecia hipometabolismo de la zona del girus olfatorio, que se prolonga hasta la zona límbica/paralímbica, cerebelo y tronco cerebral<sup>28</sup>. La asociación de la enfermedad post-COVID-19 con los antecedentes de migraña que son de predominio femenino, pueden empeorar los síntomas de la enfermedad y requerir un abordaje más específico<sup>29</sup>. Dados los estudios citados la realización del PET-TAC podría ser una exploración recomendable para objetivar la afectación neurológica y sistémica.

## 5. Cambios vasculares, cardíacos y síndrome post-COVID-19

Por medio de un PET-TAC, en un estudio caso-control, se ha descubierto afectación inflamatoria de grandes vasos como la aorta torácica, la arteria ilíaca derecha y las arterias femorales debido a la enfermedad post-COVID-19<sup>30</sup>. El pico de flujo de la arteria femoral está claramente disminuido en los casos de enfermedad post-COVID-19 comparados con los controles<sup>31</sup>.

En un 20% de pacientes con síndrome post-COVID-19 se ha descrito dolor torácico de tipo anginoso. En octubre de 2021 se han publicado<sup>32</sup> resultados preliminares del estudio ANGI-COVID que se realiza en el Hospital Universitari Germans Trias I Pujol (Badalona, Barcelona). Un total de 186 pacientes han sido evaluados, de los cuales un 27% sigue padeciendo dolor torácico. De los 10 primeros pacientes elegibles para realizar RMN cardíaca de estrés con perfusión de adenosina un 80% fueron mujeres de edad  $44.6 \pm 8.0$  años con historia de infección previa por COVID de gravedad media a

moderada y sin enfermedad cardiovascular o dolores precordiales previos. La cardioresonancia mostró defectos de perfusión subendocárdica circunferencial significativos en el 50% de pacientes sugestivos de isquemia coronaria por disfunción microvascular. En dos casos se detectó miocarditis. Se descartó enfermedad coronaria en todos los casos, a través de cateterismo coronario y tromboembolismo pulmonar a través de TC torácico.

Estos resultados preliminares abren una nueva vía para el diagnóstico de uno de los síntomas más prevalentes en pacientes con síndrome post-COVID-19. En adelante, ante mujeres de edad media con dolor torácico, sin enfermedad cardiovascular previa y antecedentes de infección por COVID-19, se deberá considerar el diagnóstico de isquemia coronaria. El mecanismo de enfermedad microvascular en la enfermedad COVID-19 incluye la lesión endotelial a través de la enzima convertidor de angiotensina II, con disfunción endotelial e inflamación microvascular y trombosis microvascular<sup>32</sup>.

## 6. Menstruación y COVID-19

En un grupo de mujeres en edad reproductiva que han padecido la enfermedad, el 25% presentaron cambios en el volumen de pérdida menstrual y el 28% pérdidas disminuidas y ciclos alargados. Las hormonas sexuales y la hormona anti-Mülleriana no presentaron diferencias con el grupo control. Más de la mitad de las mujeres estudiadas que habían padecido COVID-19 presentaron alteraciones del ciclo<sup>34</sup>.

Se ha estudiado la asociación de la regularidad del ciclo menstrual entre personal sanitario durante la pandemia y su relación con el estrés, ansiedad y depresión. Los resultados de un estudio entre 952 mujeres de 18 a 40 años muestran una asociación entre el estrés percibido durante la pandemia, los síntomas depresivos y el aumento de la irregularidad del ciclo<sup>35</sup>. Durante la pandemia se han puesto de manifiesto las necesidades actuales de mejorar la investigación en relación con el ciclo menstrual y su relación con la salud de las mujeres<sup>36</sup>. Hay que señalar que no existen casi estudios sobre la menstruación y sus alteraciones durante la pandemia en los países que denominamos desarrollados. Las alteraciones de la menstruación permanecen invisibles menos para las mujeres que las padecen.

## 7. Profesionales sanitarias

Existe poca bibliografía en relación con el síndrome post-COVID-19 del personal sanitario más allá de la propia enfermedad por COVID-19: mortalidad<sup>37</sup> e impacto del burn-out<sup>38,39,40</sup> en este colectivo.

Según datos recogidos a través de una encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona a través de la Fundación Galatea<sup>41</sup> sobre un universo de 39.597 profesionales de la medicina y un total de 1.436 respuestas: un 18,6% de profesionales solicitó la baja laboral por motivos relacionados con el coronavirus durante los meses de marzo a mayo de 2.020. Un 76,9% presenció cómo un compañero la solicitaba y afrontó una hospitalización (5,1%) y/o la muerte de algún compañero (6,1%). Esta situación es aún más acusada en el caso de enfermería, mayoritariamente representada por mujeres: sobre un universo de 50.773 profesionales y un total de 1.369 respuestas, un 29,6% solicitó una baja laboral, un 85,3% tuvo alguna compañera que la solicitó, tuvo compañeras hospitalizadas (5,6%) o incluso fallecidas (6,8%).

En dicha Fundación se ha creado una unidad de atención a personal sanitario con diagnóstico de post-COVID-19. Desde que se inauguró en noviembre de 2020 hasta noviembre de 2021 se han atendido únicamente mujeres: 29 profesionales sanitarias entre 31 y 64 años, en situación de baja laboral el 75%. Su diagnóstico es de síndrome post-COVID-19 en el 69% de ellas, COVID-19 con secuelas el 13,7% y síndrome post-COVID-19 con secuelas el 17,2%.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

Aunque hasta la fecha de publicación de este Informe, existen diversas guías clínicas como la de NICE<sup>42</sup>, SEMERGEN<sup>43</sup>, o la propuesta por la sociedad inglesa de medicina general consensuada con método Delphi<sup>44</sup>, no se puede considerar suficiente evidencia y se necesita más investigación y estudios no sólo con muestra suficiente sino con metodología y análisis de género, que permita, basándose en los datos desagregados por sexo o en estudios específicos para mujeres, una propuesta realmente adecuada y más específica en cuanto a los métodos de exploración, diagnóstico diferencial y tratamiento en mujeres y hombres, y por tanto, llegar a considerar que las Guías de práctica clínica que surjan en adelante, realmente respondan más adecuadamente y con mayor rigor a la realidad de la población con síndrome post-COVID y permitir tanto para pacientes como para equipos profesionales, responder mejor a los impactos de esta enfermedad a medio y largo plazo.

Por ello se considera necesario:

- 1.-Realizar estudios que ofrezcan la posibilidad de analizar los datos desagregados por sexo** para síndrome post-COVID-19, que permitan una aproximación desde la perspectiva de género a la realidad de la población afectada, mayoritariamente mujeres, e inferir conclusiones estadísticamente significativas respecto a aspectos diferenciales y/o comunes -cuando así sea- entre mujeres y hombres.
- 2.Crear equipos multidisciplinares desde una perspectiva clínica y de género, diseñados para la asistencia de la enfermedad post-COVID-19** tendentes a desarrollar medidas de prevención, técnicas de rehabilitación y estrategias de manejo clínico atendiendo a las perspectivas globales de las y los pacientes y también a las diferenciales<sup>45</sup>.

El síndrome post-COVID-19 está demostrando persistencia de fatiga, deterioro cognitivo y disfunción microvascular acompañada de síndrome anginoso cardíaco, predominantemente en mujeres, por lo que debería realizarse su diagnóstico precoz,

mediante PET-TAC cerebral<sup>28</sup>, y Resonancia Magnética cardíaca con perfusión de adenosina<sup>32</sup>, con especial atención a las mujeres que presenten síntomas sugestivos.

**3. Considerar sistemáticamente en los protocolos de investigación “ad hoc” la pertinencia de las preguntas de investigación y recogida de datos correspondientes en relación con la salud menstrual de las mujeres, como un indicador de rigor en cualquier estudio de investigación en salud, y específicamente en relación con COVID-19<sup>46</sup>.**

# Bibliografía

1. S, Khunti K, Alwan N, Steves C, Greenhalgh T, MacDermott N, et al. In the wake of the pandemic Preparing for Long COVID [Internet]. HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS POLICY. 2020 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>
2. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis.* 2021; (published online Dec 21, 2021.) [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)
3. Guía Clínica para la atención al paciente Long COVID / COVID Persistente. Semergen. 2.021
4. Multidisciplinary Collaborative Group for the Scientific Monitoring of COVID-19. Lledó, G., Sellares J., Brotons C., Sans M., Díez, J., Blanco J, Bassat Q., Sarukhan A., Campins M., Guerri R., Miró JM., de Sanjose, S. 2021. Post-Acute COVID Syndrome (PACS): Definition, Impact and Management. ISGlobal, CoMB. Accessible at <http://hdl.handle.net/2445/178471>
5. National Institute for Health and Care Excellence, Practitioners RC of G, Scotland HI. COVID-19 rapid guideline : managing the long-term effects of COVID-19. NICE Guidel [Internet]. 2020;(18 December 2020):1–35. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-66142028400325>
6. Huang Ch, Huang L, Wang Y et al 6 month consequences of COVID 19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet.* 2021; 397: 220-32
7. Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 11(1), 16144. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>
8. Salud Global 50/50 APaHRCAaICfRoWI. El proyecto sexo, género y Covid-19, 2021. Disponible: <https://globalhealth5050.org/the-proyecto-sexo-genero-y-covid-19/>

9. Huang L, Yao Q, Wang Q et al. 1 year outcomes in hospital survivors with Covid 19: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2021; 398:747-5
10. Yong S J. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors and treatments. *INFECTIOUS DISEASES*. 2021. Vol 0 : 1-18.
11. Nehme M, Braillard O, Chapuis F et al. Prevalence of symptoms more than seven months after diagnosis of symptomatic COVID-19 in an outpatient setting. *Ann Intern Med* 2021; doi:10.7326/M21-0878
12. Bliddal S, Banasik K., Pedersen OB et al. Acute and persistent symptoms in non-hospitalized PCR-confirmed COVID-19 patients.2021. 11:13153. [www.nature.com/scientific.records](http://www.nature.com/scientific.records). Doi: 10.1038/s41598-021-0245-x
13. Kashif A, Chaudhry M, Fayyaz T et al. Follow-up of COVID-19 recovered patients... *nature/ scientific records* 2021
14. Elke Wynberg, Hugo D G van Willigen, Maartje Dijkstra, Anders Boyd, Neeltje A Kootstra, Joost G van den Aardweg, Marit J van Gils, Amy Matser, Marije R de Wit, Tjalling Leenstra, Godelieve de Bree, Menno D de Jong, Maria Prins, RECOVERED Study Group, Evolution of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Symptoms During the First 12 Months After Illness Onset, *Clinical Infectious Diseases*, 2021;, ciab759, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab759>
15. Simani L, Ramezani M, Darazam IA, Sagharichi M, Aalipour MA, Ghorbani F, Pakdaman H. Prevalence and correlates of chronic fatigue syndrome and post-traumatic stress disorder after the outbreak of the COVID-19. *J Neurovirol*. 2021 Feb;27(1):154-159. doi: 10.1007/s13365-021-00949-1. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33528827; PMCID: PMC7852482.
16. Paul BD, Lemle MD, Komaroff AL, Snyder SH. Redox imbalance links COVID-19 and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021 Aug 24;118(34):e2024358118. doi: 10.1073/pnas.2024358118. PMID: 34400495; PMCID: PMC8403932.
17. Komaroff AL, Lipkin WI. Insights from myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome may help unravel the pathogenesis of postacute COVID-19 syndrome. *Trends Mol Med*. 2021 Sep;27(9):895-906. doi: 10.1016/j.molmed.2021.06.002. Epub 2021 Jun 7. PMID: 34175230; PMCID: PMC8180841.

18. Ursini F, Ciaffi J, Mancarella L, Lisi L, Brusi V, Cavallari C, D'Onghia M, Mari A, Borlandelli E, Faranda Cordella J, La Regina M, Viola P, Ruscitti P, Miceli M, De Giorgio R, Baldini N, Borghi C, Gasbarrini A, Iagnocco A, Giacomelli R, Faldini C, Landini MP, Meliconi R. Fibromyalgia: a new facet of the post-COVID-19 syndrome spectrum? Results from a web-based survey. *RMD Open*. 2021 Aug;7(3):e001735. doi: 10.1136/rmdopen-2021-001735. PMID: 34426540; PMCID: PMC8384499.
19. Zeng F et al. A comparison study of SARS-CoV-2 IgG antibody between male and female COVID-19 patients: a possible reason underlying different outcome between sex. *J Med. Virol* 2020 <https://doi.org/10.1002/jmv.25989>
20. Brodin P. Immune determinants of COVID-19 disease presentation and severity. *NATURE MEDICINE*. 2021; 27:28-33
21. Sette A, Crotty S. Adaptive immunity to SARS-CoV-2 and COVID-19. *CELL* 2021. 184: 861-880
22. García-Abellán J, Padilla S, Fernandez-Gonzalez M et al. Antibody response to SARS-CoV-2 is associated with long-term clinical outcome in patients with COVID-19: a longitudinal study. *Journal of Clinical Immunology*. 2021. [Doi.org/10.1007/s10875-021-01083-7](https://doi.org/10.1007/s10875-021-01083-7)
23. Ortona E, Buonsenso D, Carfi A et al. Long COVID: an estrogen associated autoimmune disease? *Cell Death Discovery*. 2021. [doi.org/10.1038/s41420-021-00464-6](https://doi.org/10.1038/s41420-021-00464-6)
24. Moghimi N, Di Napoli M, Biller J et al. The Neurological manifestations of post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2021 . 21:44. [doi.org/10.1007/s11910-021-01130-1](https://doi.org/10.1007/s11910-021-01130-1)
25. Hampshire A, Trender W, Chamberlain SR, Jolly AE, Grant JE, Patrick F, Mazibuko N, Williams SC, Barnby JM, Hellyer P, Mehta MA. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *EClinicalMedicine*. 2021 Sep;39:101044. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101044. Epub 2021 Jul 23. PMID: 34316551; PMCID: PMC8298139.
26. Becker J, Lin J, Doernberg M et al. Assessment of cognitive function in patients after COVID-19 infection. *JAMA Network Open*. Oct 2021;4(10): e2130645. [Doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.30645](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30645)

27. Sollini M, Morbelli S, Ciccarelli M, et al. Long COVID hallmarks on (18F) FDG-PET-CT: a case-control study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2021. DOI: 10.1007/s00259-021-05294-3
28. Guedj E, Champion JY, Dudouet P, et al. F-FDG brain PET hypometabolism in patients with long COVID. *Europ J Nucl Med Mol Imaging*. 2021. Doi.org/10.1007/s00259-021-05115-4
29. Angus-Leppan H, Guiloff A, Benson K et al. Navigating migraine care through the COVID-19 pandemic: an update. *Journal of Neurology*. 17 May 2021. DOI: 10.1007/s00415-021-10610-w
30. Sollini M, Ciccarelli M, Cicconi M et al. Vasculitis changes in COVID-19 survivors with persistent symptoms: an (18F) FDG-PET-CT study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2021. DOI: 10.1007/s00259-020-05084-3
31. Paneroni M, Pasini E, Vitacca M et al. Altered vascular endothelium-dependent responsiveness in frail elderly patients recovering from COVID-19 pneumonia : Preliminary evidence. *J. Clin. Med*. 2021, 10:2558-67. DOI: 10.390/jcm10122558
32. Vallejo Camazón N, Teis A, Martínez Membrive et al. Long COVID-19 and microvascular disease-related angina. *Rev Esp Cardiol* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.10.010>
33. Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, et al. Endothelial cell infection and endothelitis in COVID-19. *Lancet* 2020; 395:1417-18.
34. Li K, Chen G, Hou H, et al. Analysis of sex hormones and menstruation in Covid-19 women of child-bearing age. *RBMO* 2021. Vol 42.:1 260-267
35. Takmaz T, Gundogmus I, Okten SB and Gunduz A. The impact of COVID-19-related mental health issues on menstrual cycle characteristics of female healthcare providers. *J Obstet. Gynaecol. Res*. 2021. 47, 9 3241-3249
36. Jahan, Nuzrath. Bleeding during the pandemic: the politics of menstruation. *Sexual and reproductive health matters*. 2020. 28:1. 525-527. DOI:10.1080/26410397.2020.1801001
37. Iyengar KP, Ish P, Upadhyaya GK, Malhotra N, Vaishya R, Jain VK. COVID-19 and mortality in doctors. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Nov-Dec;14(6):1743-1746. doi: 10.1016/j.dsx.2020.09.003. Epub 2020 Sep 3. PMID: 32920494; PMCID: PMC7470789.

38. Doherty AM, Colleran GC, Durcan L, Irvine AD, Barrett E. A pilot study of burnout and long covid in senior specialist doctors. *Ir J Med Sci.* 2021 Mar 13:1–5. doi: 10.1007/s11845-021-02594-3. Epub ahead of print. PMID: 33713306; PMCID: PMC7955691.
39. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, Ruggeri M, Bonetto C. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open.* 2021 Jan 17;11(1):e045127. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045127. PMID: 33455940; PMCID: PMC7813385.
40. Torrente M, Sousa PA, Sánchez-Ramos A, Pimentao J, Royuela A, Franco F, Collazo-Lorduy A, Menasalvas E, Provencio M. To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open.* 2021 Feb 24;11(2):e044945. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044945. PMID: 33627353; PMCID: PMC7907836.
41. Repercusiones de la COVID sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos y médicas de España Resumen ejecutivo. Enero 2021. <https://www.fglatea.org/Upload/Documents/9/2/9241.PDF>
42. COVID-19 rapid guidelance: managing the long term effects of COVID-19. Guía NICE. Published 18 December 2020. [www.nice.org.uk/guidance/ng188](http://www.nice.org.uk/guidance/ng188)
43. Guía clínica para la atención al paciente Long COVID/ COVID persistente. 1/5/2021. Versión 1.0. Semergen et al.
44. Nurek M, Rayner C, Freyer A et al Recommendation for the recognition, diagnosis and management of long COVID: A Delphi study. *British Medical Journal of General Practice.* 2021. <https://doi.org/103399/BJGP.2021.0265>
- 45 Valls Llobet, C. *Mujeres Invisibles para la Medicina.* 2020. Capitan Swing. Madrid.
46. Babbar K, Martin J, Ruiz J et al. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00212-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00212-7/fulltext)  
Publicado 27 Octubre 2021. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00212-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00212-7)

# COVID-19 y sesgos de género en la atención sanitaria. Las desigualdades de género que revelan las diferencias por sexo

<b>Coordinación</b>	<b>María Teresa Ruiz Cantero</b> Grupo de Investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante. CIBERESP
<b>Equipo redactor</b>	

## Palabras clave (5)

- COVID-19
- Desigualdades de Género
- Diferencias por sexo
- Género
- Sexo

# Acrónimos

HCE. Historias Clínicas Electrónicas

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SARS-CoV-2

SESCAM: Servicios de Salud de Castilla la Mancha

UCI: Cuidados Intensivos

## Resumen

Durante el año 2020 pudimos asistir a cómo se crean los sesgos de género en la atención sanitaria a una nueva patología: La COVID-19. La escasez de información sanitaria por sexo, la definición de la OMS de la enfermedad centrada en la afectación respiratoria (más frecuente en los hombres), y el poco conocimiento sobre otros signos/síntomas, probablemente retrasaron la detección precoz en aquellos casos que cursaron con otras expresiones clínicas (más frecuentes en mujeres). El consenso sobre la superior mortalidad por la COVID-19 en hombres tiene algunas lagunas dadas la escasez de estadísticas y datos clínicos en hombres y mujeres sobre variables claves relacionadas con la historia natural de esta enfermedad. Además, se ha tomado poca consideración a la alternancia en la fluctuación de las tendencias en la mortalidad entre hombres y mujeres a lo largo de la pandemia en ciertos países. Las estadísticas oficiales del INE mostraron que, durante el confinamiento más mujeres con sintomatología propia de COVID-19 fallecieron sin confirmación diagnóstica por falta de acceso a pruebas diagnósticas y servicios asistenciales deficitarios; mientras que más hombres fallecieron por COVID-19 confirmado. Además, fallecieron más mujeres por COVID-19 en los centros sociosanitarios, mientras que más hombres lo hicieron en los hospitales. El mayor esfuerzo terapéutico que suponen las hospitalizaciones e ingresos en UCI de los hombres se relacionan sobre todo con la gravedad. Pero, evidenciamos que los ingresos en UCI son menores en mujeres fallecidas que en hombres fallecidos por COVID-19, donde la gravedad es a efectos de resultados la misma. Como otros muchos sesgos de género en la atención sanitaria, se observa un patrón de conocimiento de

referencia de la enfermedad propio de los hombres, que se aplica a mujeres. Las diferencias por sexo en signos/síntomas, estadísticamente significativas de febrero a mayo del 2020, señalaban un camino a seguir, intransitable al desaparecer del sistema de vigilancia epidemiológica esta información clínica.

# Información por sexo durante la pandemia de la COVID-19. Primer reto de género para una correcta vigilancia epidemiológica

“Quién decide qué información es imprescindible y cual es impensable?”

La no existencia de información desagregada por sexo también es un sesgo de género. En una epidemia los datos en tiempo real ofrecen información esencial sobre quién se infecta, quién tiene acceso a la atención médica y quiénes mueren. En el caso que nos ocupa, desde comienzos del año 2020 en que comenzó la pandemia de la COVID-19 era esencial contar con información y datos de vigilancia epidemiológica pertinentes, completos y accesibles para diseñar y gestionar medidas de contención específicas y eficaces en esta emergencia de salud pública. La transparencia y la accesibilidad de los datos generan confianza, contribuye a la toma de decisiones objetivas, y a facilitar el cumplimiento de las medidas de salud pública<sup>1</sup>. Los datos desagregados por sexo, además, permiten a los países diseñar estrategias de actuación basadas en la evidencia, lo que implica mayor eficacia y equidad contra esta enfermedad, y centrar las líneas de actuación para la prevención y el tratamiento de la COVID-19 de acuerdo con las características específicas de las personas. Sin embargo, la falta de información dinámica, y desagregada por sexo está siendo un verdadero quebradero de cabeza para quienes intentan realizar vigilancia de la salud pública e investigaciones, y sobre todo para quienes pretenden incorporar la perspectiva de género a la pandemia por COVID-19<sup>2-5</sup>.

Pese a las claras diferencias según sexo en los resultados sanitarios en COVID-19, según el Proyecto Global Health 50/50<sup>(vi)</sup>, a finales del 2021 solo el 57% de los países proporcionaban bien el número de casos, bien el número de muertes, desagregados por

---

(vi) The sex, gender and COVID-19 project <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/> [consultada 14/05/2022]

sexo, y solo el 41% de los países informan de ambos; y no es hasta noviembre del año 2021 -año y medio después del comienzo de la pandemia-, que la OMS incluye datos desagregados por sexo disponibles en su base de datos. En noviembre del 2021, en el mundo se conoce el sexo de aproximadamente el 72% de los casos y el 72% de las muertes por COVID-19; pero se desconoce el sexo de 70.074.672 de casos y de 1.438.464 fallecimientos por COVID-19<sup>(vii)</sup>.

España es uno de los países que ha reportado información por sexo a lo largo de la pandemia de COVID-19 de manera continuada, aunque sólo en un número limitado de variables: edad, comunidad autónoma, casos, fecha, hospitalización, ingresos en UCI, y muertes <sup>(viii)</sup>. La Encuesta Seroepidemiológica de la COVID-19 aporta información desagregada por sexo, si bien no en todos los parámetros que procedería hacerlo, según la información que recoge<sup>3</sup>.

De acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología desde el 13 de febrero del año 2020 hasta el 27 de julio del año 2021, la frecuencia de casos de COVID-19 en España fue mayor en mujeres que en hombres; a fecha de 14/06/2021, se han producido 1.771.543 hombres (47,77%) y 1.936.299 mujeres (52,23%) de casos; y 44.299 hombres (55,35%) y 35.732 mujeres (44,65%) han fallecido por COVID-19.

---

(vii) The Covid-19 Sex-Disaggregated Data Tracker November Update Report.  
<https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/November-2021-data-tracker-update.pdf>  
[consultada 14/05/2022]

(viii) Distribución geográfica casos COVID-19 en España:  
<https://cnecovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos> [consultada 14/05/2022]

# Definición y conocimiento de la expresión clínica de la COVID-19 para una correcta vigilancia epidemiológica. El segundo reto de género

A comienzos de la pandemia, las manifestaciones de COVID-19 reconocidas fueron fiebre alta, tos continua, o pérdida/cambio del sentido del olfato o el gusto; siendo la neumonía la principal causa de hospitalización. Como se sabe en la actualidad, estos síntomas son sólo algunos de los descritos por quienes se infectaron por el SARS-CoV-2<sup>6-9</sup>. Muchas personas con la enfermedad de leve a moderada no han tenido estos síntomas (inicialmente), siendo muchos otros los que se manifiestan antes<sup>7,10</sup>. Por tanto, la estrecha definición inicial de caso limitó la eficacia de las acciones de rastreo, de detección y de aislamiento<sup>11-14</sup>.

La variabilidad en la expresión clínica de la COVID-19 de mujeres y hombres también ha sido detectada en España. Las diferencias por sexo fueron publicadas dentro de los Informes de análisis de casos de COVID-19 notificados a la RENAVE desde su comienzo hasta el Informe COVID-19 nº 33, publicado el 29 de mayo de 2020 <sup>(ix)</sup>. En estos informes, la RENAVE hizo patente la consistencia de las diferencias significativas según sexo ( $p < 0,001$ ) en todas las manifestaciones clínicas de la COVID-19. Aunque con similar tendencia para el caso de fiebre y disnea en ambos sexos, tanto la tos, como los escalofríos, neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo, otros síntomas respiratorios y fallo renal son más frecuentes en hombres; mientras que los vómitos, dolor de garganta y diarreas son más frecuente en mujeres (**Figura 1**).

Los resultados del estudio de las historias clínicas electrónicas dentro de la Red Asistencial del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha (SESCAM) constataron las

---

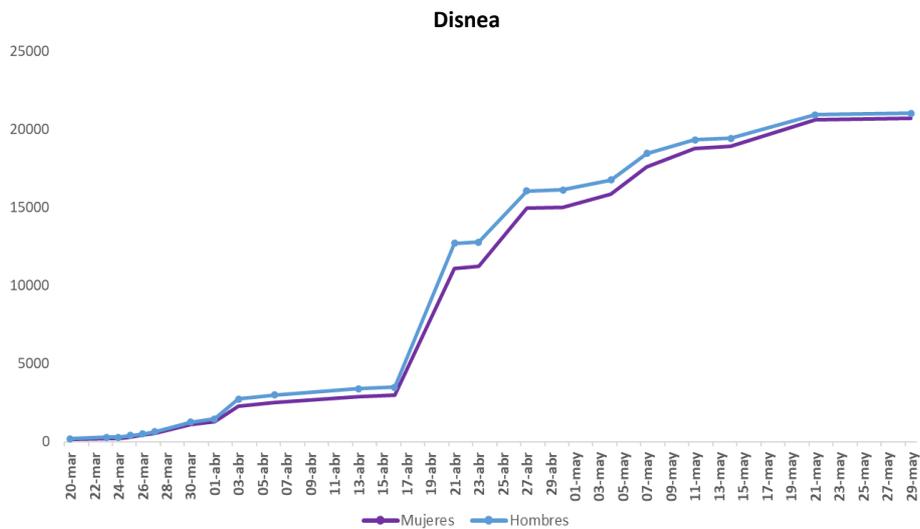
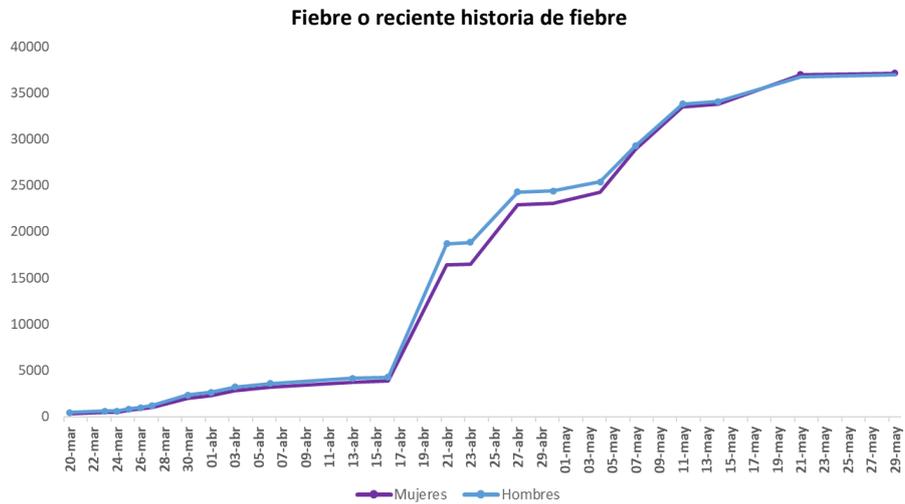
(ix) Informes COVID – 19 – Instituto de Salud Carlos III

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx> [consultada 14/05/2022]

importantes diferencias dependientes del sexo en la manifestación clínica de la COVID-19, las mujeres presentaron cefalea, anosmia y ageusia significativamente con mayor frecuencia que los hombres en el momento del diagnóstico ( $p < 0,001$ )<sup>15</sup>.

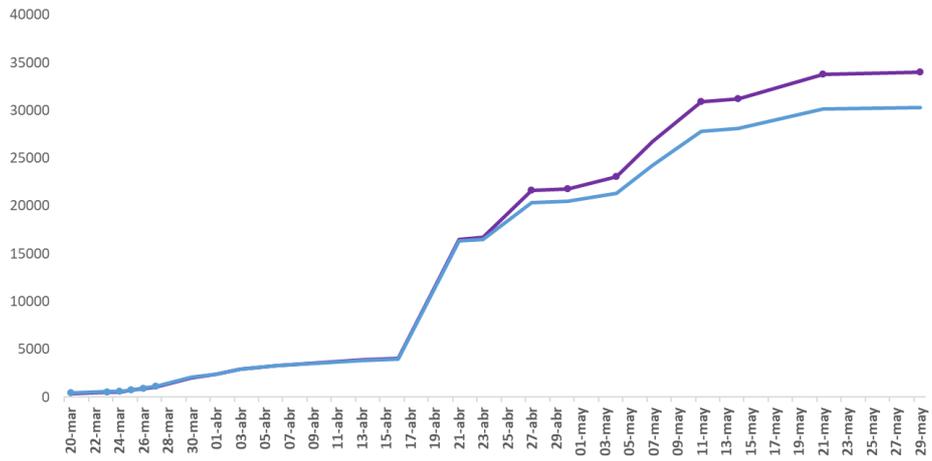
**Figuras 1a, 1b1, 1b2 y 1c. Tendencias según sexo en las manifestaciones clínicas (signos/síntomas) de la COVID-19 a comienzos de la pandemia. Año 2020.**

**a) Signos Clínicos de similar frecuencia en hombres y mujeres con COVID-19**

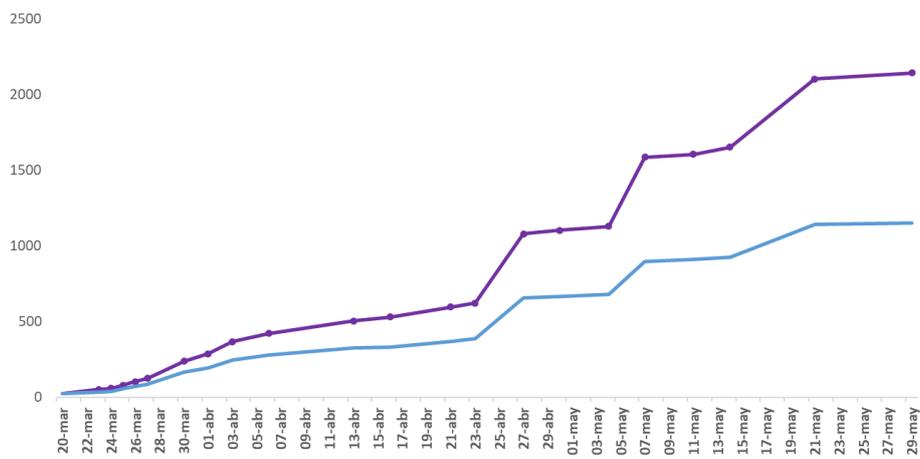


**B1) Signos Clínicos más frecuentes en Mujeres que en Hombres con COVID-19.**

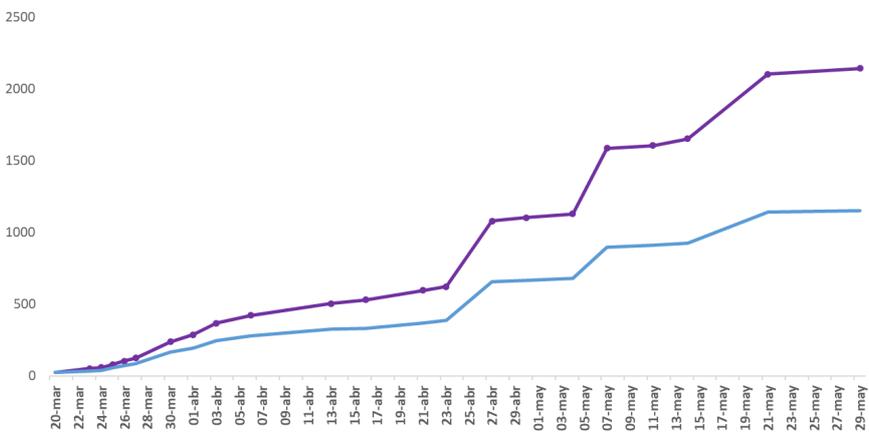
**Tos**



**Diarrea**

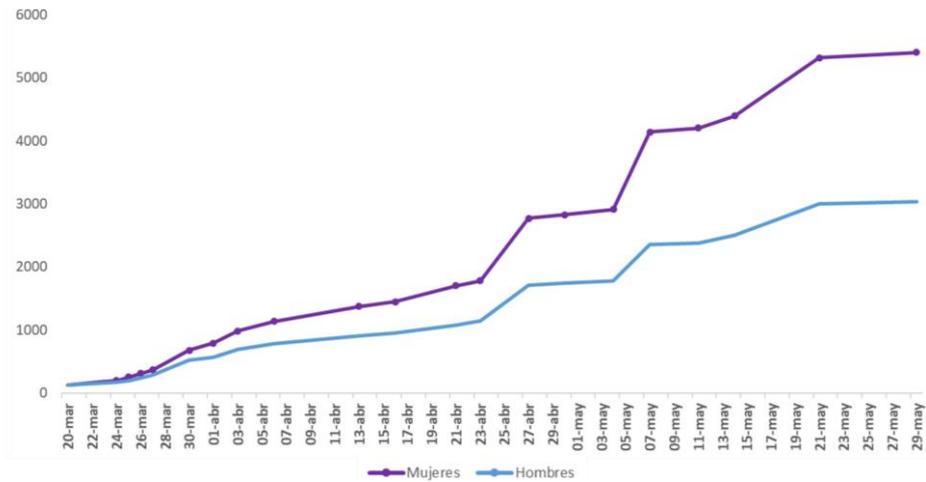


**Vómitos**



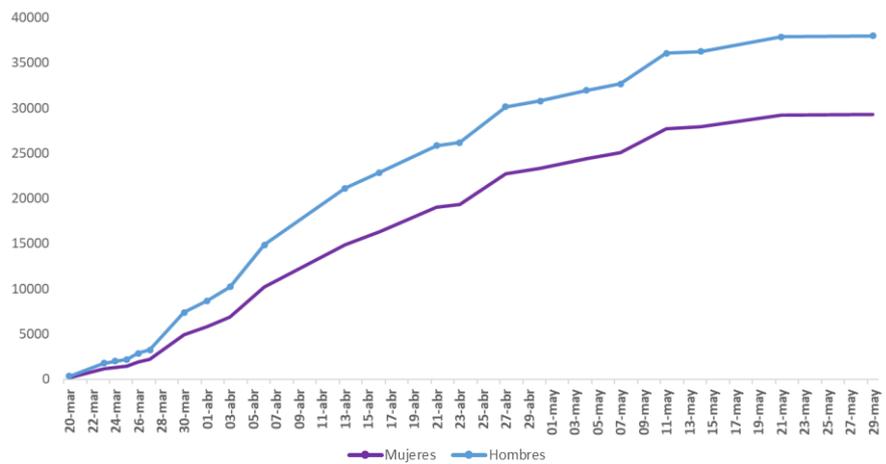
## B2) Síntoma Clínico más frecuente en Mujeres que en Hombres con COVID-19

### Dolor de garganta

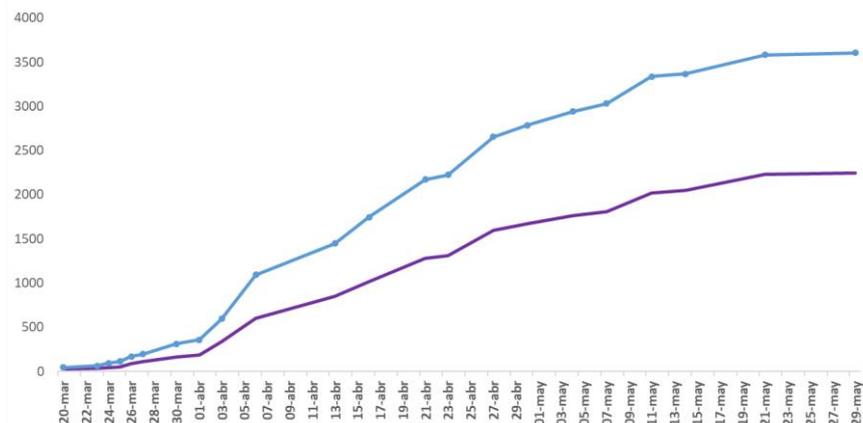


## C) Patología, síndromes y síntomas clínicos más frecuente en Hombres que en Mujeres con COVID-19

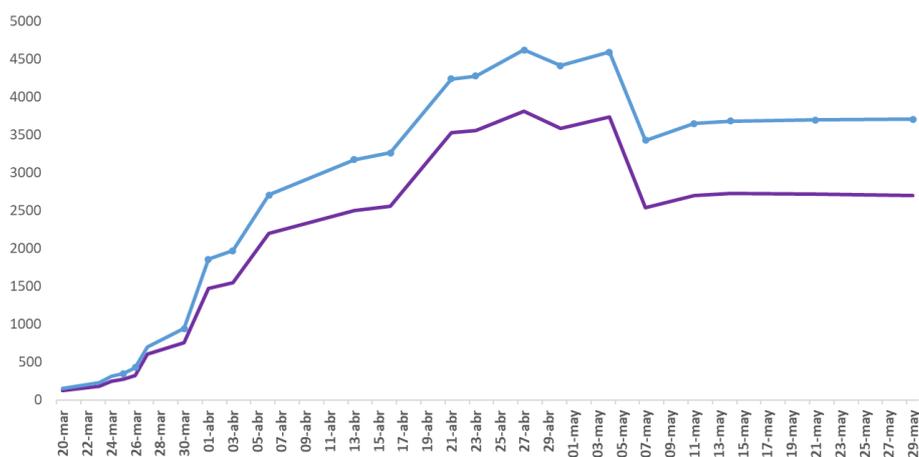
### Neumonía



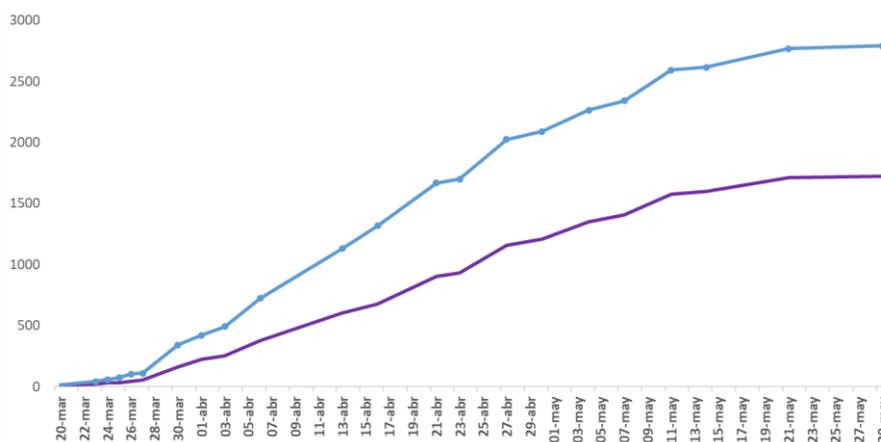
### Síndrome de distrés respiratorio agudo



### Otros síntomas respiratorios



### Fallo renal



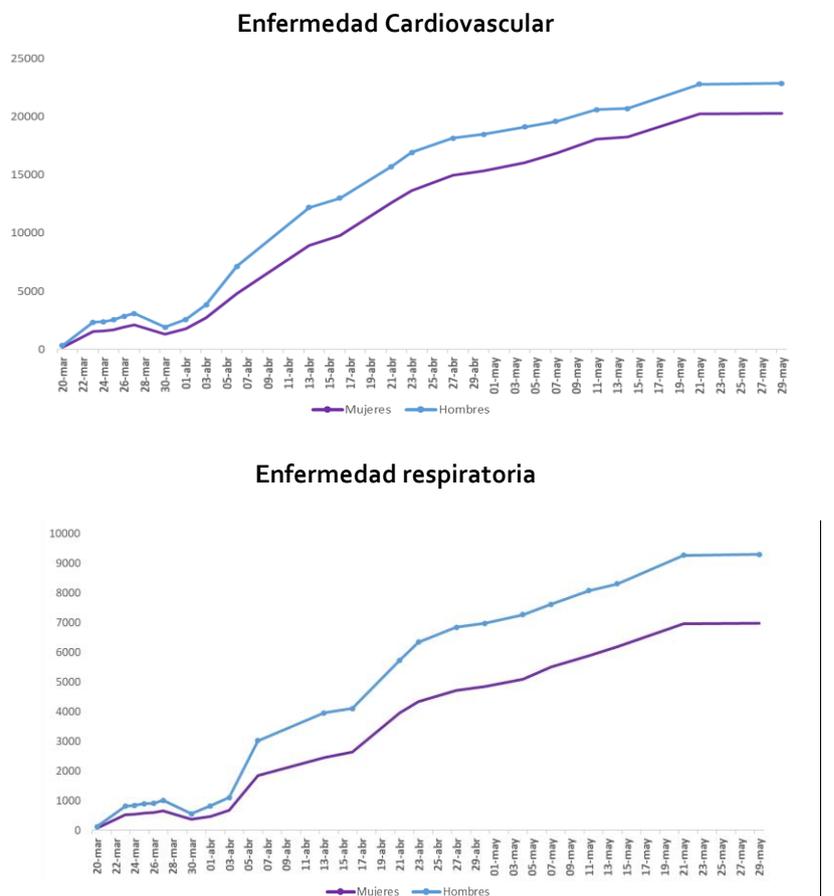
Fuente de información: Elaboración propia a partir de los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SiViE). Plataforma informática del SiViE gestionada por el Centro Nacional de Epidemiología (<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>) [consultada 03/02/2022].

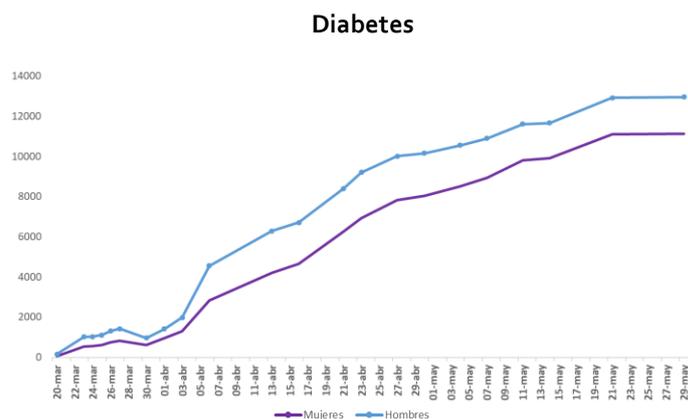
Desafortunadamente, que la información de los signos y síntomas específicos por sexo dejara de ser recogida y por tanto publicada a comienzos de junio del 2020, cuando estas diferencias apuntaban en una dirección por la que seguir investigando, ha supuesto la imposibilidad de seguir aportando más conocimiento sobre la COVID-19 y carencias en la atención sanitaria. No considerar las diferencias en las manifestaciones clínicas de la COVID-19 según sexo tiene consecuencias importantes, al ser las mujeres el grupo de mayor riesgo tal como se explica en varios capítulos del presente Informe. Esta situación tiene implicaciones, dado que la mayor parte del contagio se produce a

partir del momento de la aparición de los síntomas<sup>11-16-18</sup>, y que la identificación y aislamiento de los casos es la manera de interrumpir la transmisión<sup>19,20</sup>.

A la mayor gravedad de la COVID-19 en los hombres respecto a sus manifestaciones clínicas, se añade la mayor frecuencia de comorbilidad en estos respecto a las mujeres. En concreto, como se puede observar en la **Figura 2**, se produce en la enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria y diabetes entre otras patologías.

**Figura 2. Tendencias de la comorbilidad según sexo en pacientes con COVID-19 a comienzos de la pandemia. Año 2020.**





Fuente de información: Elaboración propia a partir de los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SiViE). Plataforma informática del SiViE gestionada por el Centro Nacional de Epidemiología (<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>) [consultada 03/02/2022].

El esfuerzo diagnóstico y terapéutico a pacientes de ambos sexos se realiza a partir de la expresión clínica de la enfermedad, la comorbilidad y la gravedad, además de la edad; por lo tanto, son dimensiones que per se justifican un mayor esfuerzo terapéutico en general. Por tanto, si las dimensiones mencionadas son iguales en ambos sexos, un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en un sexo respecto al otro puede estar indicando un sesgo de género en la atención sanitaria. En el caso de la COVID-19 específicamente se analiza a continuación.

## España 2020-2021. Fallecimientos por edad y sexo

Como se comentó, según el Centro Nacional de Epidemiología, entre el 13 de febrero del año 2020 y el 27 de julio del 2021, en España han fallecido por COVID-19, 44.299 hombres (55,35%) y 35.732 mujeres (44,65%). Su distribución por edad se muestra en la **Tabla 1**. Claramente, se detectan diferencias por sexo estadísticamente significativas en la frecuencia de fallecimientos en todos los estratos de edad ( $p < 0,001$ ), destacando el mayor volumen de fallecimientos por COVID-19 en niñas que en niños en la edad pediátrica (hasta los 14 años: 254 -32,2%- niños y 534 -67,8%- niñas, es decir, más del doble). También fallecen más mujeres que hombres en el grupo de edad de las personas de 90 años: 10.698 (61,2%) mujeres vs. 6.781 (38,8%), ambos estratos pertenecen a

grupos muy vulnerables; mientras que en los estratos intermedios son los hombres quienes fallecen más que las mujeres.

**Tabla 1. Fallecimientos por COVID-19 según edad y sexo en España. 13/Feb/2020-27/Jul/2021**

Edad	No Fallecimientos				Fallecimientos				p
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>0-14</b>	235.935	50,9	227.137	49,1	254	32,2	534	67,8	<0,001
<b>15-39</b>	586.795	47,9	637.975	52,1	177	57,8	129	42,2	<0,001
<b>40-59</b>	562.337	47,7	616.710	52,3	2.558	68,5	1.175	31,5	<0,001
<b>60-69</b>	171.504	49,7	173.511	50,3	5.594	72,0	2.179	28,0	<0,001
<b>70-79</b>	102.288	47,5	113.243	52,5	11.704	66,5	5.886	33,5	<0,001
<b>80-89</b>	55.445	37,2	93.693	62,8	17.231	53,2	15.131	46,8	<0,001
<b>90y+</b>	12.940	25,3	38.289	74,7	6.781	38,8	10.698	61,2	<0,001

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología.

Con el fin de actualizar la información, a comienzo del año 2022 se utilizó la base de datos a libre disposición del Centro Nacional de Epidemiología <sup>(x)</sup>, que en sus informes presenta la información de la COVID-19 desagregada por sexo en los primeros años de la vida en 3 estratos. Según esta base de datos, fallecieron 106 (56,7%) niños y 81 (43,3%) niñas menores de 5 años. Entre los 5 y los 9 años se registraron 6 fallecimientos: 5 en los niños y 1 en las niñas. Pero en el estrato entre 10 y 19 años es donde aumentan los fallecimientos, distribuidos en 150 (24,6%) en niños/hombres y 460 (75,4%) en niñas/mujeres. Los cálculos en definitiva muestran, que **desde el comienzo de la pandemia el registro de fallecimientos por la COVID-19 en las personas más jóvenes de la sociedad española es superior en mujeres que en hombres, siendo la pubertad y adolescencia la más afectada por este patrón de fallecimientos.**

<sup>x</sup> Distribución geográfica casos COVID-19 en España:  
<https://cnecovid.isciii.es/covid19/#documentaci%C3%B3n-y-datos> [consultada 14/05/2022]

# Ingreso de hombres y mujeres en hospitales y en unidades de cuidados intensivos. ¿Es sólo una cuestión de gravedad?

La hospitalización y el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son indicadores de gravedad, pero también de esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Según el Centro Nacional de Epidemiología, desde el 20 febrero del año 2020 al 27 de Julio del 2021, en España se ingresaron en los hospitales a 200.786 hombres (55%) y a 164.134 mujeres (45%) con COVID-19.

Conocer las razones por las que para un número determinado de infecciones por SARS-CoV-2 menos mujeres son hospitalizadas es vital, pues en Italia se ha evidenciado que una vez ingresados en el hospital el riesgo de muerte por COVID-19 fue similar en ambos sexos<sup>22</sup>. Aunque paradójicamente, un estudio de cohortes holandés Lifelines COVID-19 ha detectado que las mujeres trabajadoras sanitarias fueron diagnosticadas (OR:0,54; IC<sub>95%</sub>:0,32-0,92), y sometidas a pruebas (OR:0,53; IC<sub>95%</sub>:0,29-0,97), con menos frecuencia que los sanitarios hombres<sup>22</sup>.

La mayor hospitalización de los hombres respecto a las mujeres puede relacionarse con su mayor gravedad al sufrir más neumonías, cuyos síntomas son los principales criterios de admisión<sup>23</sup>. Pero también pudo fallar la detección precoz de la COVID-19 en las mujeres por el desconocimiento de las otras formas de manifestarse clínicamente con más frecuencia en ellas.

Según nuestros cálculos, en España (**tabla 2**), una vez hospitalizados/as el riesgo de fallecer es 19% superior en hombres que en mujeres (OR:1,19; IC<sub>95%</sub>: 1,17-1,21)  $p < 0,001$ , lo que puede entenderse como una mayor gravedad en hombres que en mujeres, o incluso, a igual gravedad, respuestas inflamatorias exacerbadas más frecuentes en hombres que en mujeres. La respuesta inmunitaria innata es más robusta en hombres, mientras que las mujeres muestran una respuesta inmunitaria adaptativa más fuerte a la infección del tracto respiratorio por COVID-19<sup>24</sup>.

**Tabla 2. Riesgo de Fallecer según el sexo de las personas hospitalizadas por COVID-19. (20/02/2020-27/07/2021)**

Personas hospitalizadas	Fallecidos/as	No Fallecidos/as
Hombres	37.501	163.285
Mujeres	26.630	137.504

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología.  $p < 0,001$  OR: 1,19; IC<sub>95%</sub>: 1,17-1,21.

Sin embargo, al analizar la probabilidad de hospitalización de las personas de ambos sexos que con posterioridad fallecieron (**Tabla 3**), en quienes la gravedad no cabe duda, la probabilidad de ser hospitalizados/as fue un 89% superior en hombres que en mujeres fallecidos/as.

**Tabla 3. Probabilidad de hospitalización según el sexo de los/las pacientes de COVID-19 que fallecieron (20/02/2020-27/07/2021)**

Personas fallecidas	Ingresados/as Hospital	No Ingresados/as Hospital
Hombres	37.501	6.418
Mujeres	26.630	8.630

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología.  $p < 0,001$  OR: 1,89; IC<sub>95%</sub>: 1,83-1,96.

Esta desigualdad de género en el esfuerzo en la atención sanitaria a la COVID-19 por la vía del acceso a los hospitales, es consistente con el patrón de género en el ingreso en la UCI (**Tabla 4**). En concreto, se detecta que la probabilidad de ingreso en la UCI es un 173% superior en hombres fallecidos respecto a mujeres fallecidas<sup>25</sup>.

**Tabla 4. Ingresos en la UCI en función del sexo de las personas fallecidas (2/1/2020-25/5/2021)**

	Ingreso en UCI	No ingreso en UCI
Fallecidos	10.009	34.003
Fallecidas	3.463	32.137

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología.  $p < 0,001$  OR: 2,73; IC<sub>95%</sub>: 2,62-2,85

Aunque la bibliografía es escasa, el estudio con las historias clínicas electrónicas dentro de la Red Asistencial del SESCAM, muestra que las mujeres fueron hospitalizadas

menos que los hombres (44,3% frente a 62,0%), e ingresaron menos en la UCI (2,8% frente a 6,3%) que ellos ( $p < 0,001$ ). Además, este estudio aporta información sobre la menor realización de radiografías de tórax y análisis de sangre en mujeres que en hombres (65,5% frente a 78,3% y 49,5% frente a 63,7%, respectivamente), diferencias todas ellas significativas ( $p < 0.001$ )<sup>15</sup>. A falta de otros indicadores desagregados por sexo, la hospitalización y el ingreso en UCI entre las personas fallecidas de ambos sexos estaría indicando un mayor esfuerzo terapéutico en hombres que en mujeres, lo cual implica un sesgo de género en la atención sanitaria a la COVID-19 en perjuicio de las mujeres<sup>2</sup>.

Se define sesgo de género como la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos<sup>26</sup>. Los sesgos de género se producen cuando ante la misma enfermedad se espera las mismas manifestaciones clínicas en ambos sexos, cuando la misma en mujeres se expresa con signos y síntomas distintos a los hombres, o viceversa<sup>27,28</sup>, como es el caso de la COVID19. La realización de un mayor esfuerzo terapéutico depende de una variedad de factores propios del estado de salud de los y las pacientes, de los síntomas y signos, de la comorbilidad, de la edad, de los recursos existentes y del conocimiento que fundamenta la decisión profesional, entre otros factores.

A las numerosas publicaciones de que los hombres se benefician más del uso de los servicios sanitarios que las mujeres<sup>29-31</sup>, se suman evidencias en la COVID-19. En Japón se detectó un mayor retraso diagnóstico (>6 días) en las mujeres que en los hombres con COVID-19 sintomática (OR: 1,58; [IC95%]: 0,942-2,66)<sup>32</sup>, y en países de Asia y del Pacífico, según UN Women, las mujeres experimentaron tiempos de espera más largos que los hombres para acceder a la atención médica<sup>(xi)</sup>. Se deberá probar si este retraso en la atención sanitaria también está detrás de la COVID-19 persistente.

---

<sup>(xi)</sup> Surveys show that COVID-19 has gendered effects in Asia and the Pacific  
<https://data.unwomen.org/resources/surveys-show-covid-19-has-gendered-effects-asia-and-pacific>  
[consultada 14/05/2022]

Para explicar si hay razones relacionadas con la edad, gravedad y comorbilidad que justifiquen diferencias en esfuerzo terapéutico (superior ingreso en las UCI en hombres que en mujeres, fallecidos/as por COVID-19 finalmente); la **Tabla 5** muestra la probabilidad de ingresar en UCI según la edad y sexo de las personas fallecidas por la COVID-19, la **Tabla 6**, según la edad y padecer neumonía durante la COVID-19 como indicador de gravedad y la **Tabla 7**, según la edad y comorbilidad.

Dado que la dimensión edad es clave para las decisiones clínicas relacionadas con el esfuerzo terapéutico, en la **Tabla 5** se puede observar que los ingresos en la UCI son mucho más frecuentes en niños que en niñas menores de 15 años fallecidos por la COVID-19 ( $p < 0,001$ ), de hecho, la probabilidad es 4 veces superior, o dicho de otra forma, existe un 413% más probabilidad de ser ingresados en la UCI los niños menores de 15 años fallecidos por la COVID-19 respecto a las niñas de la misma edad que también fallecieron. A partir de los 40 años y en adelante a todas las edades, también aumentan significativamente los ingresos en UCI en los hombres respecto a las mujeres.

**Tabla 5. Ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos en personas fallecidas por COVID-19, según estrato de edad y sexo. Fechas de defunción: 13/02/2020 y 27/07/2021.**

Edad años	Hombres Fallecidos: 35.653	Mujeres Fallecidas: 27.525	OR (IC <sub>95%</sub> )	p
< 15				
UCI	22	9	5,13 (2,32-11,36)	< 0,001
NO UCI	191	401		
15-39				
UCI	72	53	0,86 (0,51-1,44)	0,59
NO UCI	71	45		
40-59				
UCI	1.287	457	1,6 (1,39-1,87)	< 0,001
NO UCI	942	539		
60-69				
UCI	2.621	868	1,32 (1,19-1,47)	< 0,001
NO UCI	2.228	976		
70-79				
UCI	3.187	1.217	1,38 (1,28-1,50)	< 0,001
NO UCI	6.557	3.474		

Edad años	Hombres Fallecidos: 35.653	Mujeres Fallecidas: 27.525	OR (IC <sub>95%</sub> )	p
80-89				
UCI	514	309	1,45 (1,26-1,68)	< 0,001
NO UCI	12.768	11.158		
90 +				
UCI	44	45	1,51 (1,00-2,31)	<0,05
NO UCI	5.131	7.974		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología.

La **Tabla 6** muestra que los ingresos en la UCI de pacientes con neumonía son significativamente más frecuentes en hombres fallecidos que en mujeres fallecidas por la COVID-19. Entre los 40 y 59, y 60 y 69 años, respectivamente, existe una probabilidad del 66% y del 39% mayor de ingresos en UCI en hombres que en mujeres fallecidos/as ( $p < 0,05$ ); y entre los 70 y 79 años, la probabilidad es un 38% superior en los hombres en el mismo sentido ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 6. Ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos en personas que padecían NEUMONIA fallecidas por COVID-19, según estrato de edad y sexo. Fechas de defunción: 13/02/2020 y 27/07/2021.**

Edad años	Hombres Fallecidos N=9.459	Mujeres Fallecidas N=6.661	OR (IC)	p
<15				
UCI	2	1	4,14 (0,35-49,7)	0,24
NO UCI	14	29		
15-39				
UCI	20	13	1 (0,39-2,61)	0,99
NO UCI	23	15		
40-59				
UCI	283	96	1,66 (1,21-2,29)	<0,05
NO UCI	220	124		
60-69				
UCI	592	195	1,39 (1,11-1,74)	<0,05
NO UCI	502	230		
70-79				
UCI	679	231	1,38 (1,17-1,64)	<0,001
NO UCI	1.777	838		

Edad años	Hombres Fallecidos N=9.459	Mujeres Fallecidas N=6.661	OR (IC)	p
80-89 UCI NO UCI	73 2.939	59 2.056	0,86 (0,61-1,23)	0,42
90 + UCI NO UCI	11 901	8 1.146	1,74 (0,7-4,37)	0,23

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología.

En la **Tabla 7** se puede observar que entre los 40 y los 79 años también existe mayor probabilidad de ingreso en la UCI en hombres que en mujeres pacientes de COVID-19 que sufrían de otras patologías y que fallecieron por la COVID-19. Esta probabilidad es casi del doble (97%) entre los 40 y 59 años ( $p < 0,001$ ), situándose la diferencia en un 42% en el grupo de 60 a 69 años ( $p < 0,001$ ) y en un 28% en el grupo de 70 a 79 años ( $p < 0,05$ ). No se detectan diferencias significativas en los ingresos en la UCI en menores de 15 años con comorbilidad y COVID-19 que fallecieron, básicamente por la escasez de casos ingresados en la UCI en ambos sexos. Aun así, es importante destacar dos cuestiones. Por una parte, que fallecieron el triple de niñas que de niños con COVID-19 y comorbilidad sin ser ingresadas en la UCI. Por otra parte, a partir de la observación de la comorbilidad que acompaña a los niños/as fallecidos/as por la COVID-19 (ver en pie de la Tabla 7), sorprende la escasez de ingresos de ambos sexos en la UCI, sobre todo en niñas, dado que el tipo de patología.

**Tabla 7. Ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes de COVID-19 con COMORBILIDAD fallecidos/as, según estrato de edad y sexo. Fechas de defunción: 13/02/2020 y 27/07/2021.**

Edad años	Hombres Fallecidos N=11.100	Mujeres Fallecidas N=8.207	OR (IC)	p
<15 (*) UCI NO UCI	3 24	3 75	3,12 (0,59-16,5)	0,16
15-39 UCI NO UCI	23 27	15 16	0,90 (0,37-2,23)	0,84

Edad años	Hombres Fallecidos N=11.100	Mujeres Fallecidas N=8.207	OR (IC)	p
40-59 UCI NO UCI	285 274	87 165	1,97 (1,45-2,68)	<0,001
60-69 UCI NO UCI	621 674	202 313	1,42 (1,16-1,76)	<0,001
70-79 UCI NO UCI	749 2.308	288 1.137	1,28 (1,10-1,49)	<0,05
80-89 UCI NO UCI	98 3.971	73 3.217	1,08 (0,80-1,48)	0,59
90 + UCI NO UCI	11 1.405	11 2.206	1,57 (0,68-3,63)	0,29

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cedidos por el Centro Nacional de Epidemiología. \* Los < 15 años fallecidos que no ingresan en UCI tienen: Enfermedad Cardiovascular (13 chicos y 37 chicas), Enfermedad Pulmonar crónica (3 chicos y 10 chicas), HTA (10 chicos y 38 chicas), Diabetes (4 chicos y 5 chicas), Enfermedad Neurológica/Neuromuscular (8 chicas), y Otras enfermedades no especificadas (16 chicos y 28 chicas).

## Reflexiones sobre la mortalidad por sexo

Los estudios que fueron publicados con mayor facilidad y rapidez al comienzo de la pandemia fueron los realizados en laboratorios, y en el ámbito clínico en los que sobre todo se utilizaron muestras de pacientes caracterizadas por un sesgo de selección dado que las mujeres fueron hospitalizadas con menor frecuencia que los hombres. Sus resultados han podido contribuir a los sesgos de género en perjuicio de las mujeres. Puesto que en aquella primera fase de la pandemia la prueba diagnóstica confirmatoria de COVID-19 se realizaba en su mayoría en los hospitales, las mujeres, incluso las fallecidas, tuvieron menos probabilidad de ser diagnosticadas de esta enfermedad. Este hecho debe ser considerado a la hora de interpretar el consenso existente en la literatura científica de que las tasas de mortalidad por COVID-19 son más bajas en las mujeres que en los hombres<sup>33</sup>. No está claro si esta diferencia en la mortalidad se debe

a factores basados en el sexo (biológicos)<sup>34</sup>; a las diferencias en la comorbilidad entre hombres y mujeres; o a desigualdades de género en el acceso y calidad a la atención sanitaria. De ahí la importancia de la recogida y análisis de datos desagregados por sexo en la vigilancia epidemiológica de la COVID-19<sup>35</sup>.

El aporte de información sobre casos y fallecimientos en una epidemia, como la de la COVID-19, debe ser longitudinal y no transversal. Esta estrategia hace visible las fluctuaciones que se producen en las tendencias de la mortalidad en hombres y mujeres a lo largo del tiempo, como se muestra en las siguientes **Figuras 3 y 4**.

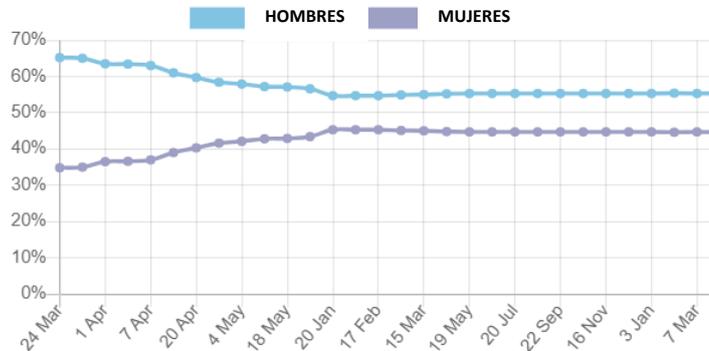
Al observar las tendencias en el explorador de datos por países de Global Health 50/50, hubo más muertes por COVID-19 en los hombres al comienzo de la pandemia, pero posteriormente, la magnitud de los fallecimientos por la COVID-19 según sexo se ha ido aproximando, al descender en hombres y aumentar en mujeres -claramente así ha sido en Inglaterra, Suecia, US, Holanda, Dinamarca, Alemania, entre otros países, incluida España. Sin embargo, en Vietnam, Canadá y Eslovenia la tendencia de las muertes ha sido superior de forma constante en mujeres que en hombres en la mayor parte del período pandémico comprendido desde su comienzo hasta enero del año 2022. Por su parte, en Sudáfrica y Australia, hasta la mitad de este período era superior en hombres y desde entonces lo es en mujeres. En Finlandia se ha observado un patrón inverso. Además, hay países como Escocia, Portugal, República de Irlanda y Corea del Sur cuya mortalidad por COVID-19 tiene un patrón de fluctuación entre ambos sexos diverso en distintas ocasiones<sup>(xii)</sup>. Estas diferencias entre países en la asociación entre el sexo y la mortalidad por COVID-19 podrían reflejar que los datos de COVID-19 son incompletos según zonas geográficas; la existencia de sesgos en la identificación de casos y fallecimientos por sexo; o las desigualdades de género en la atención sanitaria de acuerdo con los perfiles de atención sanitaria de los países.

---

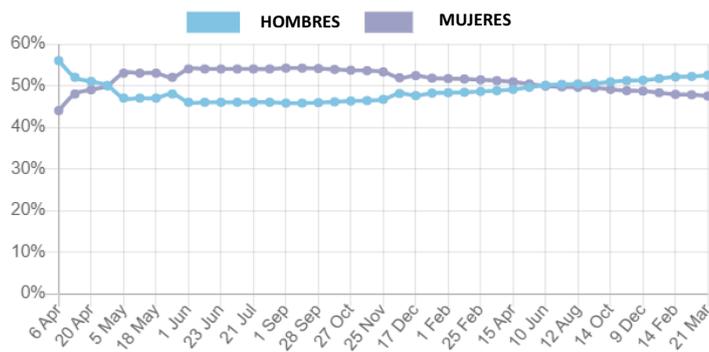
<sup>(xii)</sup> <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=country>

**Figura 3: Tendencia de Fallecimientos por COVID-19 según su frecuencia sea superior en un sexo respecto a otro.**

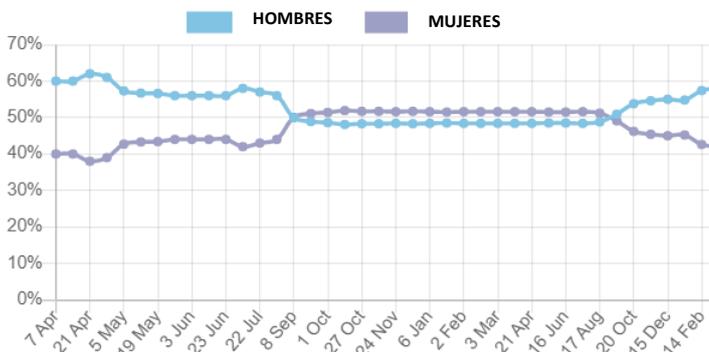
a) España: modelo de tendencia de Fallecimientos superiores en Hombres que en Mujeres (%). (marzo, 2020 - marzo, 2022).



b) Canadá: modelo de tendencia de Fallecimientos superiores en Mujeres que en Hombres (%). (marzo, 2020 - marzo, 2022).



c) Australia: modelo de tendencia de Fallecimientos con importante fluctuación entre sexos (%). (abril, 2020-febrero, 2022).



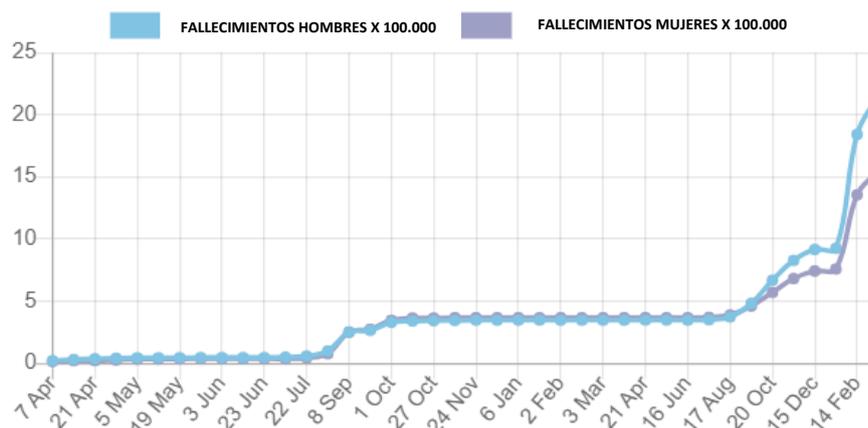
Fuente de Información: Global Health 50/50

Son cifras porcentuales que requieren un análisis de acuerdo con la estructura poblacional; pero que indican la conveniencia de al menos seguir una vigilancia por sexo

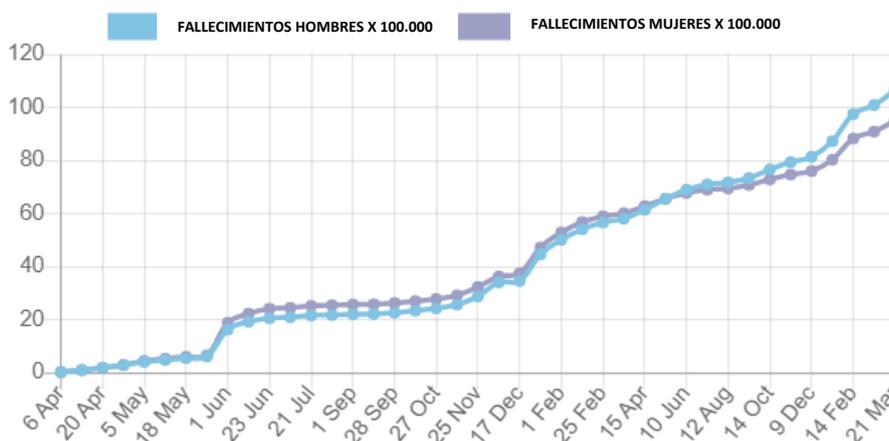
de la COVID-19 en todos los índices clásicos de mortalidad y morbilidad junto con la edad. En todo caso, en la Figura 4 se incluyen las tendencias de las Tasas de fallecimientos por COVID-19 por 100.000 habitantes de los 3 países de la Figura 3.

**Figura 4. Tasa de fallecimientos por COVID-19 en mujeres y hombres según modelo de tendencia a lo largo del período pandémico.**

- a) Tasas de fallecimientos por COVID-19 superiores en hombres que en mujeres: España. (abril, 2020-febrero, 2022).



- b) Tasas de fallecimientos por COVID-19 superiores en mujeres que en hombres: Canadá. (abril, 2020-marzo, 2022)



Fuente de Información: elaboración propia a partir de las cifras de Global Health 50/50 y los datos por sexo de la pirámide de población de los respectivos países.

Las revisiones sistemáticas concluyen que hasta que se proporcionen datos más detallados en otros estudios que permitan un análisis ajustado, el que haya mayor mortalidad en hombres que en mujeres sigue siendo una suposición no probada<sup>36</sup>.

# El lugar de ocurrencia de los fallecimientos por la COVID-19. Un nicho informativo valioso para identificar diferencias según sexo y desigualdades de género

Durante el confinamiento por la COVID-19, y está por probar si también a lo largo de la pandemia, en España se produjo una crisis de derechos humanos directamente relacionada con la marginación de las personas mayores. La crisis afectó mayormente a las mujeres<sup>37</sup>.

A finales de diciembre del 2020, el Instituto Nacional de Estadística publicó un avance sobre el lugar de ocurrencia de las defunciones por COVID-19 de enero a mayo<sup>(xiii)</sup>.

Figura 5. Lugar de ocurrencia de las defunciones por COVID-19 en España. Datos desagregados por sexo. Avance enero - mayo, 2020



Fuente de Información: Instituto Nacional de Estadística  
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/covid/lo/&file=01002.px&L=0>  
[consultada 03/02/2022].

---

xiii Defunciones por covid-19 virus identificado y virus no identificado (sospechoso), mes de defunción, sexo y lugar de ocurrencia

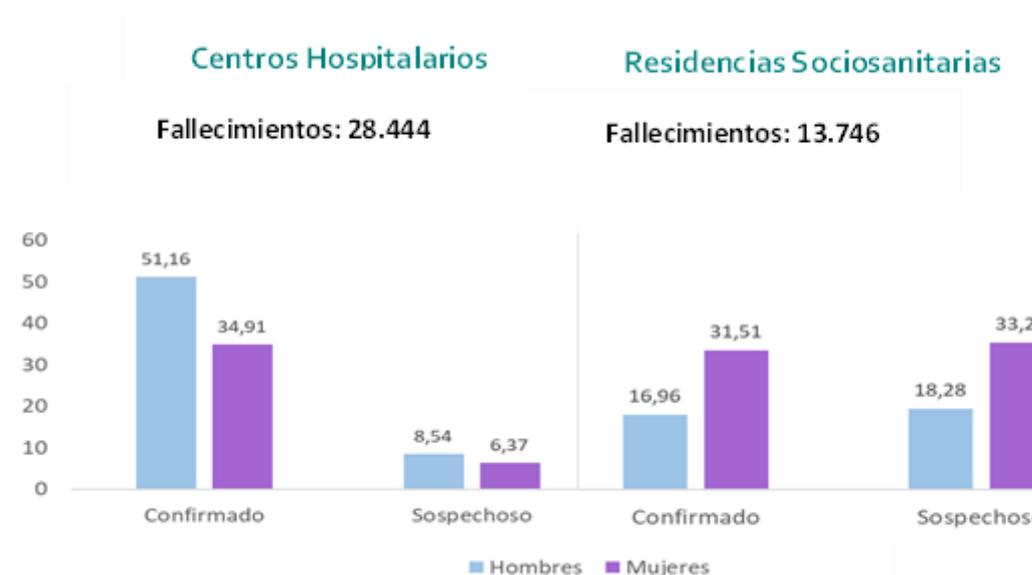
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/covid/lo/&file=01002.px&L=0>

[consultada 14/05/2022]

Las cifras de la Figura 5 indican que entre enero y mayo de 2020, las mujeres fallecieron por COVID-19 en los hospitales con menor frecuencia (11.744) que los hombres (16.700), y con mayor frecuencia por esta causa en las residencias sociosanitarias (8.901 mujeres y 4.845 hombres).

Los dos principales argumentos utilizados para explicar que los fallecimientos de mujeres fueran más frecuentes en las residencias sociosanitarias son, por una parte, que en estos centros habitan más mujeres por su mayor esperanza de vida; y por otra, que los hombres fallecen más en los hospitales que las mujeres por la mayor gravedad de los cuadros clínicos. Sin embargo, un tercer argumento posible, es que como durante la etapa del confinamiento escaseaban las pruebas diagnósticas confirmatorias de infección por SARS-CoV-2, solo quienes ingresaron en los hospitales tuvieron la oportunidad de confirmar la COVID-19 como causa de muerte. Es decir, **si tal como los datos indican, fueron hospitalizadas menos mujeres que hombres durante el período del confinamiento del año 2020, pudo existir un potencial subregistro de fallecimientos por COVID-19 en mujeres dado que fuera de los centros sanitarios el acceso a pruebas diagnósticas era prácticamente inexistente.** A esta sospecha contribuye la información aportada en la Figura 6, en la que se observa que entre enero y mayo del 2020 más mujeres (7.350) que hombres (5.682) fallecieron por COVID-19 sospechoso, mientras que se confirmó la COVID-19 antes de fallecer a menos mujeres (14.964) que a hombres (17.688).

Figura 6. Lugar de ocurrencia de las defunciones por COVID-19 (%) y tipo (confirmado vs. sospechoso) en España. Avance enero - mayo, 2020



Fuente de Información: Instituto Nacional de Estadística <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/covid/lo/&file=01002.px&L=0> [consultada 03/02/2022].

Estos datos refuerzan el potencial sesgo de género y de edadismo durante el confinamiento, único período del que hay información por sexo de esta dimensión. Como se puede ver en la Figura 6, se contabilizó casi el doble de defunciones por COVID-19 confirmado en los hospitales en hombres que en mujeres; por el contrario, casi el doble de fallecimientos en las residencias sociosanitarias en mujeres que en hombres. Desde el punto de vista de la equidad en salud pública, lo que es más grave es que casi el doble de mujeres que de hombres fallecieron por sospecha de COVID-19 en las residencias sociosanitarias. Es decir, una gran cantidad de personas murieron sin confirmación diagnóstica de COVID-19 en los centros sociosanitarios, siendo las mujeres casi el doble de ellas.

# España 2020: Exceso de mortalidad y pérdidas en la esperanza de vida superiores en mujeres que en hombres

El Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo) del Instituto de Salud Carlos III, muestra la evolución de las defunciones diarias observadas frente a las esperadas. A partir de él, sabemos que durante los meses de confinamiento por la COVID-19 y contiguos en el año 2020, los fallecimientos fueron más frecuentes que en años precedentes. Contrariamente a lo evidenciado en Europa donde hubo un mayor exceso de mortalidad en hombres que en mujeres durante el confinamiento<sup>38</sup>, el exceso de mortalidad en España fue superior en mujeres que en los hombres (10/marzo a 29/agosto). Posteriormente, las cifras agrupadas por períodos de la pandemia muestran fluctuaciones en las que los excesos de mortalidad por sexo se alternan, aunque en muchos períodos la mayor frecuencia de mortalidad corresponde a las mujeres <sup>(xiv)</sup>.

Los principales argumentos se relacionan con el aumento de la mortalidad por COVID-19. Pero, también se ha relacionado con la situación de gran presión soportada por los tres niveles del sistema de atención sanitaria, ya que a la atención a pacientes habituales se sumó la experimentada por la demanda de atención sanitaria a la COVID 19. En este sentido, se disminuyó la atención a otras patologías, incluidas aquellas de alta letalidad, las cuales son frecuentes en las personas mayores de edad, grupo constituido mayormente por mujeres, por su mayor esperanza de vida.

Con relación a la esperanza de vida, un estudio recientemente publicado en 29 países constata que el origen de la pérdida de esperanza de vida en España es distinto según

---

<sup>(xiv)</sup>[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo\\_Situacion%20a%2028%20de%20diciembre\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo_Situacion%20a%2028%20de%20diciembre_CNE.pdf)

el sexo y la edad. Las mayores pérdidas suceden en los mayores de 75 años, con la diferencia que en los hombres es debido a la COVID-19 y en las mujeres es por "otras patologías".

Este estudio también muestra que las mayores pérdidas de esperanza de vida al nacer se han documentado en los hombres de Estados Unidos, Lituania, Bulgaria y Polonia, y en las mujeres de EE. UU. y España. Por último, se evidencia que solo en 4 países se ha observado una pérdida en la esperanza de vida total mayor en mujeres que en hombres en el 2020, siendo España uno de ellos<sup>39</sup>.

Un segundo artículo también de reciente publicación aporta datos algo diferentes, al estimar que en el año 2020 España fue el sexto país del mundo en pérdida de esperanza de vida, perdiendo los hombres 1,35 (-1,35 -1,53) y las mujeres 1,13 (-1,13-0,90) años de vida. En todo caso, este estudio coincide con el anterior en señalar que España se encuentra en el "top ten" de la mortalidad por la COVID-19 y otras causas de muerte. Además, identifica a tres países como los de mayores tasas de mortalidad bruta en 2020: Lituania, Polonia y España. Estima que la mayor reducción de la esperanza de vida en los hombres se observó en Rusia, EE. UU., Bulgaria, Lituania y Chile; y la mayor reducción en las mujeres se observó en Rusia, EE. UU., Bulgaria, Lituania y España<sup>40</sup>.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Incluir la perspectiva sexo/género en la política informativa ante las emergencias de salud pública que se produzcan<sup>1</sup>, con el fin de mejorar su calidad y transparencia.
2. Mejorar la formación integral de profesionales y gestores de los servicios sanitarios y centros o instituciones de vigilancia epidemiológica, incluyendo el conocimiento sobre las innovaciones de género aplicadas a las buenas prácticas profesionales <sup>(xv)</sup> relacionadas con:
  - A. La atención sanitaria, mediante el reconocimiento del impacto de los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico.
  - B. La vigilancia epidemiológica y el impacto en la calidad de la información, al recoger y publicar la información desagregada por sexo, dando prioridad a la recogida de información sobre determinantes de las desigualdades de género en salud en cualquier epidemia.
3. Realizar un seguimiento periódico y difundir el conocimiento existente sobre la asociación entre género y comportamientos de protección en respuesta a epidemias respiratorias y pandemias<sup>41</sup>.

---

<sup>(xv)</sup> Gender innovations in science, health & medicine, engineering and environment. <https://genderinnovations.stanford.edu/> [consultada 23/05/2022]

# Bibliografía

1. O'Malley Padraic, Rainford Jon, Thompson A. Transparency during public health emergencies: from rhetoric to reality. *Bull World Health Organ* 2009 ;87: 614–8.
2. Ruiz Cantero María Teresa. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gac Sanit* 2011; 35: 95-98.
3. Smith Julia. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender & Development*. 2019; 27: 355-69.
4. Kocher Kristen, Delot-Vilain Arthur, Spencer D'Andre, et al. Paucity and disparity of publicly available sex-disaggregated data for the COVID-19 epidemic hamper evidence-based decision-making. *Arch Sex Behav*. 2021;50: 407-426.
5. Dehingia Nabamallika, Raj Anita. Sex differences in COVID-19 case fatality: do we know enough? *Lancet Glob Health*. 2021; 9: e14-e15.
6. WHO. WHO covid-19: case definitions. Dec 2020. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2020.2](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2) [consultada 22/05/2022].
7. Meyerowitz Eric A, Richterman Aaron, Bogoch Isaac I, et al. Towards an accurate and systematic characterisation of persistently asymptomatic infection with SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis*. 2021;21: e163-e169.
8. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020 Interim Case Definition, Approved April 5, 2020. <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/coronavirus-disease-2019-2020/> [consultada 22/05/2022].
9. Elliott Joshua, Whitaker Matthew, Bodinier Barbara, et al. Symptom reporting in over 1 million people: community detection of COVID-19. 2021. [https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/85969/5/COVID\\_19\\_symptoms\\_REACT\\_1\\_v2.pdf](https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/85969/5/COVID_19_symptoms_REACT_1_v2.pdf) [consultada 22/05/2022].
10. Sudre Carole H, Lee Karla A, Lochlainn Mary Ni, et al. Symptom clusters in COVID-19: A potential clinical prediction tool from the COVID Symptom Study app. *Sci Adv*. 2021; 7: eabd4177.

11. Koh Wee Chian, Naing Lin, Chaw Liling, et al. What do we know about SARS-CoV-2 transmission? A systematic review and meta-analysis of the secondary attack rate and associated risk factors. *PLoS One* 2020; 15: e0240205.
12. Endo Akira, Leclerc Quentin J, Knight Gwenan M, et al. Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group. Implication of backward contact tracing in the presence of over dispersed transmission in COVID-19 outbreaks. *Wellcome Open Res* 2021; 5:239.
13. <http://orcid.org/0000-0002-0100-7648>Taube Juliana C, Miller Paige B, Drake John M. An open-access database of infectious disease transmission trees to explore super spreader epidemiology. *medRxiv* 2021: 2021.01.11.21249622. [Preprint.] <https://doi.org/10.1101/2021.01.11.21249622> [consultada 22/05/2022].
14. Menni Cristina, Valdes Ana M, Freidin Maxim B, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nat Med.* 2020; 26: 1037-1040.
15. Ancochea Julio, Izquierdo José L, Soriano Joan B. Evidence of Gender Differences in the Diagnosis and Management of Coronavirus Disease 2019 Patients: An Analysis of Electronic Health Records Using Natural Language Processing and Machine Learning. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30: 393-404.
16. Qiu Xueting, Nergiz Ali Ihsan, Maraolo Alberto Enrico, et al. The role of asymptomatic and pre-symptomatic SARS-CoV-2 transmission—a living systematic review. *Clin Microbiol Infect* 2021; 27: 511-9.
17. Madewell Zachary J, Yang Yang, Longini Ira M Jr, et al. Household transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e2031756.
18. Buitrago-Garcia Diana, Egli-Gany Dianne, Counotte Michel J, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: a living systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020; 17: e1003346.
19. Kucharski Adam J, Klepac Petra, Conlan Andrew JK, et al. Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20: 1151-60.

20. Crozier Alex, Rajan Selina, Buchan Iain, et al. Put to the test: use of rapid testing technologies for covid-19. *BMJ* 2021; 372: n208.
21. Quaresima Virginia, Scarpazza Cristina, Sottini Alessandra, et al. Sex differences in a cohort of COVID-19 Italian patients hospitalized during the first and second pandemic waves. *Biol Sex Differ.* 2021; 12: 45.
22. Ballering Aranka Vivienne, Oertelt-Prigione Sabine, Olde Hartman Tim C, et al. Sex and Gender-Related Differences in COVID-19 Diagnoses and SARS-CoV-2 Testing Practices During the First Wave of the Pandemic: The Dutch Lifelines COVID-19 Cohort Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2021; 30: 1686-1692.
23. Mostaza Jose M, García-Iglesias Francisca, González-Alegre Teresa, et al. Clinical course and prognostic factors of COVID-19 infection in an elderly hospitalized population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020; 91: 104204.
24. Qi Shaohua, Ngwa Conelius, Morales Scheihing Diego A, et al. Sex differences in the immune response to acute COVID-19 respiratory tract infection. *Biol Sex Differ.* 2021; 12: 66.
25. Ruiz-Cantero María Teresa. Ceguera de género en la información sobre la COVID-19. Los datos hablan. *Gac Sanit.* 2022; 36: 90-91.
26. Lenhart Sharyn. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc* 1993; 48: 155-9.
27. Ruiz María Teresa, Verbrugge Lois M. A two-way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 106-9.
28. Westergaard David, Moseley Pope, Sørup Freja Karuna Hemmingsen, et al. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nat Commun* 2019; 10: 666.
29. Vogel Birgit, Acevedo Monica, Appelman Yolande, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet.* 2021; 397: 2385-2438.
30. Ruiz Cantero María Teresa. coordinadora. *Perspectiva de género en Medicina. Cuadernos de la Fundación Dr. Antoni Esteve n.º 39.* Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019.

31. Groeneveld Johanna M, Ballering Aranka V, van Boven Kees, et al. Sex differences in incidence of respiratory symptoms and management by general practitioners. *Fam Pract.* 2020; 37: 631-636.
32. Ogata Tsuyoshi, Tanaka Hideo. High probability of long diagnostic delay in Coronavirus disease 2019 cases with unknown transmission route in Japan. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17: 8655.
33. Ortolan Augusta, Lorenzin Mariagrazia, Felicetti Mara, et al. Does gender influence clinical expression and disease outcomes in COVID-19? A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020; 99: 496-504.
34. Takahashi Takehiro, Wong Patrick, Ellingson Mallory K, et al. Sex differences in immune responses to SARS-CoV-2 that underlie disease outcomes. *Nature* 2020; 588: 315-320.
35. Newman Connie B. Mortality in COVID-19: Further Evidence for a Sex-Based Difference in the OpenSAFELY Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2021; 30: 61-63.
36. Lakbar Ines, Luque-Paz David, Mege Jean-Louis, et al. COVID-19 gender susceptibility and outcomes: A systematic review. *PLoS One.* 2020; 15: e0241827.
37. D'cruz Migita, Banerjee Debanjan. 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic - An advocacy review. *Psychiatry Res.* 2020; 292: 113369.
38. Nielsen Jens, Nørgaard Sarah K, Lanzieri Giampaolo, et al. Sex-differences in COVID-19 associated excess mortality is not exceptional for the COVID-19 pandemic. *Sci Rep.* 2021; 11:20815.
39. Aburto Jose Manuel, Schöley Jonas, Kashnitsky Ilya, et al. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. *Int J Epidemiol.* 2022; 51: 63-74.
40. Islam Nazrul, Jdanov Dimitri A, Shkolnikov Vladimir M, et al. Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ.* 2021; 375: e066768.
41. Moran Kelly R, Del Valle Sara Y. A Meta-Analysis of the Association between Gender and Protective Behaviors in Response to Respiratory Epidemics and Pandemics. *PLoS One.* 2016; 11: e0164541.

# Los cuidados no remunerados en tiempos de pandemia y su impacto en la salud de las mujeres

<b>Coordinación</b>	<p><b>María del Mar García Calvente</b></p> <p>Escuela Andaluza de Salud Pública; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.GRANADA).</p>
<b>Equipo redactor</b>	<p><b>María del Río Lozano</b></p> <p>Escuela Andaluza de Salud Pública; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.GRANADA).</p> <p><b>Gracia Maroto Navarro</b></p> <p>Escuela Andaluza de Salud Pública; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.GRANADA).</p> <p><b>María Montserrat Soronellas Masdeu</b></p> <p>Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili.</p>

# Palabras clave

- COVID-19
- Cuidados informales
- Cuidados no remunerados
- Desigualdades de género
- Impacto en salud

## Resumen

Abordamos los cuidados no remunerados en tiempos de pandemia y su impacto sobre la salud de las mujeres. Partimos de las desigualdades de género que los atraviesan para analizar lo ocurrido durante la pandemia. Las mujeres han asumido mayoritariamente estos cuidados, que constituyen un factor de riesgo para la infección por COVID-19, pero también un recurso esencial para la atención a la salud de las personas más vulnerables. Las medidas adoptadas en el confinamiento, las restricciones en servicios de atención y las consecuencias laborales y económicas de la pandemia, han provocado una re-familiarización y re-hogarización de los cuidados. Los roles de género tradicionales se han perpetuado y han sobrecargado aún más a las mujeres. Esto se produce también en el ámbito del cuidado infantil, al que dedicamos una mirada especial. Revisamos algunas evidencias publicadas en relación con los cuidados durante la pandemia y aportamos datos procedentes de dos estudios realizados en nuestro medio (CUIDAR-SE y CUMADE). Se constata que las mujeres han aumentado más el tiempo dedicado a los cuidados, han recibido menos apoyos y han sufrido un mayor impacto sobre su salud física y emocional que los hombres. Respecto a la situación pre-pandemia, se han agudizado las brechas de género en los cuidados y en sus impactos en la salud y calidad de vida. Se pone de relieve la necesidad de trabajar en una mayor corresponsabilidad social de los cuidados y en el aumento de recursos de apoyo para quienes cuidan, más allá del contexto de la pandemia.

# 1. ¿Qué entendemos por cuidados informales o no remunerados?

Se ha afirmado que "la crisis generada por el coronavirus ha situado a los cuidados en el centro y a las mujeres en primera línea de la respuesta a la enfermedad"<sup>1,2</sup>. No obstante, las respuestas a la crisis por COVID-19 no siempre han tenido en cuenta esta realidad. Cuando se habla de cuidados y pandemia se suele aludir a cuidados profesionales, pero se ha prestado mucha menos atención a los cuidados que asumen las personas de la red social cercana que atienden a las personas que los necesitan. Estos cuidados han permanecido invisibles al debate social también en tiempos de pandemia.

Existe controversia acerca del concepto y la denominación de este tipo de cuidados. Se habla de "cuidado informal" (traducción del término más utilizado en la literatura anglosajona *informal care*), o "cuidados no remunerados" (término equívoco en contextos donde existen ayudas o compensaciones económicas para personas que cuidan). La denominación "cuidados familiares" invisibiliza las desigualdades de género existentes al interior de las familias y oculta la desproporcionada carga que asumen las mujeres dentro de la unidad familiar. En este texto utilizaremos los términos de cuidados no remunerados o informales de manera indistinta.

El cuidado informal es un concepto complejo, multidimensional, que implica tareas, relaciones y una determinada ética<sup>3</sup>. Sus límites son difíciles de establecer ya que se trata de un trabajo de alta dedicación 24/7/365 (24 horas día, 7 días semana, 365 días año) y de carácter circular. Por eso no existe una única definición universalmente aceptada. Desde un enfoque amplio, utilizado por la economía feminista, son cuidados "todas las actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de las personas", esto es, las actividades que sostienen la vida<sup>4</sup>. Este concepto engloba diversos contenidos: 1) Cuidados directos: tareas que implican la interacción de las personas para lograr salud física y emocional; 2) Precondiciones del cuidado: tareas que establecen las condiciones materiales que hacen posibles los cuidados directos (denominadas a veces tareas domésticas); 3) Gestión mental: tareas de coordinación,

planificación y supervisión, que, aunque es incierto el tiempo que consumen, pueden suponer una fuerte carga mental y emocional<sup>4</sup>.

Desde un enfoque más restrictivo, entendemos cuidado informal como “aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amistades, vecindario u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”<sup>5</sup>. Este concepto es ampliamente utilizado tanto en el contexto internacional como en el español para referirnos a los cuidados no remunerados<sup>6-8</sup>. Los cuidados no profesionales, pero sí remunerados, no se incluyen aquí porque no forman parte del concepto de cuidados informales o no remunerados. Este tipo de cuidados se abordarán en el siguiente capítulo de este informe. Tampoco se incluyen los prestados por organizaciones de autoayuda, ayuda mutua o voluntariado (cuidados cuasi-formales), que, aunque no son retribuidos, implican cierto nivel de formalización y no están basados en lazos de parentesco o afecto que conforman típicamente las redes informales.

Los matices diferentes de esta definición radican en gran parte en qué consideremos como personas “dependientes”, de ahí que exista una amplia variabilidad en la estimación de la magnitud de los cuidados informales. Datos recientes cuantifican en más de 76 millones de personas cuidadoras no profesionales en Europa que cuidan de familiares o amistades, lo que supone un 12,7% de la población europea. La gran mayoría mujeres (62%) con una media de edad de 52 años<sup>9</sup>.

## 2. ¿Qué sabemos de las desigualdades de género en los cuidados antes de la pandemia?

Antes del COVID-19, a nivel mundial las mujeres realizaban el triple de trabajo doméstico y de cuidados en el hogar que los hombres<sup>10</sup>. Las mujeres de la Unión Europea dedicaban 13 horas semanales más que los hombres a este tipo de tareas, y el 92% de ellas llevaban a cabo con regularidad labores asistenciales, frente al 68% de hombres<sup>11</sup>. En España, el tiempo que dedican las mujeres al trabajo no remunerado

duplica al que dedican los hombres<sup>12</sup>. Además, las horas que dedican las mujeres se distribuyen más en tareas de cuidado personal, como ayudar a comer, a vestirse o a realizar el aseo. Los hombres realizan con mayor frecuencia las tareas de cuidado que son más gratificantes, como las que tienen lugar fuera del hogar<sup>13</sup>.

Cuatro tipos de desigualdades de género atraviesan los cuidados.

- En primer lugar, es desigual la distribución de cargas y responsabilidades: las mujeres constituyen la gran mayoría de las personas cuidadoras. En España un 9,6% de hombres y un 13,2% de mujeres cuidan a personas dependientes. El 75% de las personas cuidadoras son mujeres<sup>12,14</sup>.
- En segundo lugar, las desigualdades en el trabajo de cuidados: las mujeres dedican más tiempo a cuidar y cuidan durante más años, a lo que se añaden diferencias de género en las tareas que se realizan y su intensidad<sup>13</sup>.
- También existen importantes diferencias en la manera de asumir y afrontar el cuidado: mientras que las mujeres asumen el rol de cuidadoras como naturalizado, un rol propio, para los hombres es un rol prestado y altruista, de forma que unas y otros lo afrontan de diferente manera<sup>15</sup>.
- Estas diferencias resultan en una cuarta desigualdad en los impactos de cuidar: las consecuencias son diferentes en hombres y en mujeres, y ellas se llevan la peor parte. Los cuidados actúan como un estresor crónico, y es abundante la literatura que muestra que constituyen un factor de riesgo para la salud<sup>16,17</sup>. En nuestro medio, diversas investigaciones han evidenciado peores resultados para las mujeres cuidadoras en salud percibida y salud mental<sup>18,19</sup>, y más problemas de ansiedad y depresión y dolor-malestar que los hombres<sup>20</sup>. Además, ellas experimentan más problemas sociales, laborales, económicos y familiares asociados al cuidado<sup>21</sup>. Por ejemplo, el estudio CUIDAR-SE ha constatado una clara brecha de género en calidad de vida relacionada con la salud y sobrecarga en personas cuidadoras y que los apoyos formales e informales recibidos tienen una crucial importancia como factores modificadores de la salud<sup>22-24</sup>.

Esta situación de múltiples desigualdades de género en los cuidados antes de la pandemia, dibuja un escenario especialmente abonado para la exacerbación de las brechas de género y el desigual impacto de los cuidados sobre las mujeres.

### 3. El papel de los cuidados en la pandemia y la profundización de las desigualdades de género

Conocemos que las epidemias sí saben de género y las crisis exacerbaban las desigualdades<sup>25,26</sup>. Los roles de género tradicionales respecto al cuidado están siendo perpetuados durante la pandemia de COVID-19, y están afectando a las mujeres de manera significativa<sup>25,27</sup>.

Podemos considerar a los cuidados como un factor de riesgo para el contagio por coronavirus. Las mujeres asumen mayoritariamente los cuidados de las personas, tanto las afectadas como no afectadas por la COVID-19, y lo hacen en el interior de los hogares y en los servicios sanitarios y socio-sanitarios<sup>28-30</sup>. Ellas cuidan durante más tiempo y en tareas más relacionadas con la atención personal que los hombres, lo que implica más cercanía. Además, realizan la mayoría de tareas domésticas, como la limpieza de ropa, superficies y fómites. Con todo ello, la exposición a la infección vuelve a recaer especialmente en las mujeres, como ya se vio en otras epidemias anteriores<sup>25</sup>.

También podemos considerar los cuidados como recurso esencial para la atención de salud durante la pandemia. Una de las medidas de protección de la salud para frenar la pandemia es el aislamiento domiciliario de las personas afectadas, supone que las cuidadoras del hogar las atienden y prestan los cuidados necesarios. Con esto ponen en riesgo su propia salud. Especialmente durante el confinamiento, pero también a lo largo de la pandemia, se han limitado los servicios de atención sanitaria para procesos no relacionados con COVID-19. Los problemas de salud crónicos, incluidos los de salud mental, los no urgentes (y a veces los urgentes) que no han acudido a los servicios sanitarios por miedo al contagio o por dificultades de acceso, han tenido que ser

atendidos en los hogares, siendo las mujeres quienes mayoritariamente los han asumido<sup>28</sup>.

El aumento de la necesidad de cuidados en los hogares, junto con la reducción de servicios para personas dependientes y cuidadoras, han conllevado una re-familiarización de los cuidados, que ha recaído desproporcionadamente sobre las mujeres y amenaza con profundizar el desigual reparto de los roles de género y las inequidades en salud que ya existían antes de la pandemia<sup>28-31</sup>.

La escasez de servicios para dar respuesta a la nueva situación es muy preocupante. El servicio de ayuda a domicilio se ha visto drásticamente reducido, y en muchos hogares rechazado por temor al contagio. La situación alarmante en las residencias durante las primeras fases de la pandemia supuso una limitación radical de nuevos ingresos, e incluso algunas familias, y especialmente las mujeres, asumieron el cuidado de parientes anteriormente institucionalizados. A ello se añade la irrupción abrupta del teletrabajo que, aunque puede tener ventajas para la conciliación, su implantación durante la pandemia ha supuesto una mayor sobrecarga de cuidados para las mujeres, que ven una tarea casi imposible compaginar vida familiar y laboral sin los servicios de apoyo antes existentes<sup>32</sup>. En definitiva, la economía feminizada y no remunerada del cuidado vuelve a actuar como amortiguador en periodos de crisis, de tal manera que las mujeres asumen la carga del cuidado<sup>33</sup>.

Numerosos organismos internacionales han constatado el aumento de las brechas de género en las responsabilidades de cuidados durante la pandemia, y han alertado de la necesidad de abordar acciones sensibles al género para evitar el retroceso y el desastre<sup>2,10,34</sup>. Según datos del EIGE (European Institute for Gender Equality), el tiempo dedicado a las tareas domésticas aumentó tanto para las mujeres como para los hombres durante el periodo de confinamiento: las mujeres europeas dedicaron 18,4 horas semanales a tareas del hogar, frente a las 12,1 horas de los hombres. Antes de la pandemia, las mujeres dedicaban 15,8 horas y los hombres 6,8 horas a estas tareas<sup>11</sup>.

Tras los primeros esfuerzos por visibilizar el desigual reparto de roles en la situación emergente, se han producido investigaciones centradas en el impacto diferencial de la pandemia en la salud de mujeres y hombres<sup>35</sup>. Existen ya numerosas evidencias de la

asociación entre la acumulación de roles de cuidados y trabajo en el interior de los hogares y el empeoramiento de la salud mental de las mujeres<sup>36-38</sup>. No obstante, aún es escasa la literatura científica que estudie qué ha pasado con los cuidados informales durante la pandemia y aún menos la que lo hace con perspectiva de género.

## 4. Los cuidados informales durante la pandemia y su impacto en la salud: escasas evidencias y ausencia de enfoque de género

Algunas autoras pronosticaron desde sus inicios que la ceguera de género en la pandemia llevaría a la incapacidad sistémica para reconocer las diferencias de género en la salud, impregnando y obstaculizando los esfuerzos de respuesta, en lo que se ha calificado como “tiranía de lo urgente”<sup>39</sup>.

Aunque los cuidados se han resituado en un lugar más central durante la pandemia, los estudios sobre el impacto en la salud se han concentrado mayoritariamente en los cuidados relacionados con la enfermedad de COVID-19 y en las personas cuidadoras formales y profesionales que han afrontado la emergencia mundial que suponía<sup>40</sup>. No se ha prestado tanta atención a aquellas personas que ya cuidaban en su entorno familiar antes de la crisis, cuidadores y cuidadoras informales. Durante la crisis, este grupo vulnerable se ha visto especialmente invisibilizado y ha sido poco estudiado, a pesar del aumento de la sobrecarga que ha experimentado<sup>41</sup> y del importante impacto de ésta en su salud.

Una revisión de la literatura ha puesto en evidencia la mayor vulnerabilidad de las mujeres cuidadoras durante la pandemia<sup>42</sup>. Las autoras manifiestan que la menor disponibilidad de los servicios comunitarios en los primeros meses de la crisis hizo que muchas personas cuidadoras informales aumentaran su dedicación a los cuidados, que el apoyo de las redes informales fuese desigual, y que las mujeres cuidadoras experimentarían una menor disponibilidad y retraso en el acceso a la atención médica para ellas mismas y para la persona a la que cuidan. Estos factores han supuesto para

las mujeres un aumento de la carga y el estrés, mayor aislamiento social, soledad, estrés financiero y empeoramiento de la salud mental. La escasa literatura existente coincide en identificar a las personas cuidadoras informales como un colectivo especialmente vulnerable durante la pandemia para el empeoramiento de la salud mental, y especialmente, aquellas que son mujeres y más jóvenes<sup>43</sup>.

Los estudios que indagan en el impacto de los cuidados informales en la salud durante la pandemia se han centrado especialmente en comparar la población cuidadora de ambos sexos con la no cuidadora, y sus resultados enfatizan aislamiento social, ansiedad y depresión, fatiga, trastornos del sueño y dificultades económicas<sup>44,45</sup>. Aquellas personas que llevaban más tiempo cuidando informaron más síntomas físicos que las que cuidaban a corto plazo o las no cuidadoras<sup>45</sup>. Los estudios más numerosos se han centrado en población cuidadora de personas con demencia y otros problemas degenerativos, orientados en general a demostrar el deterioro de la salud emocional de este colectivo<sup>46-49</sup>. Sin embargo, son muy escasos los estudios centrados en personas cuidadoras que tengan en cuenta una mayor diversidad de personas dependientes y situaciones del cuidado, y mucho menos los que lo abordan desde un enfoque de género.

Una limitación generalizada en los estudios realizados en este campo, un año después del inicio de la pandemia, es la escasa desagregación por sexo de los datos, lo que obstaculiza las interpretaciones de género y el conocimiento de los cuidados informales realizados por las mujeres y los hombres, así como el impacto diferencial que ambos sexos están experimentando en su salud con motivo de la pandemia.

# 5. Algunos datos en el contexto español

## 5.1. El estudio CUIDAR-SE

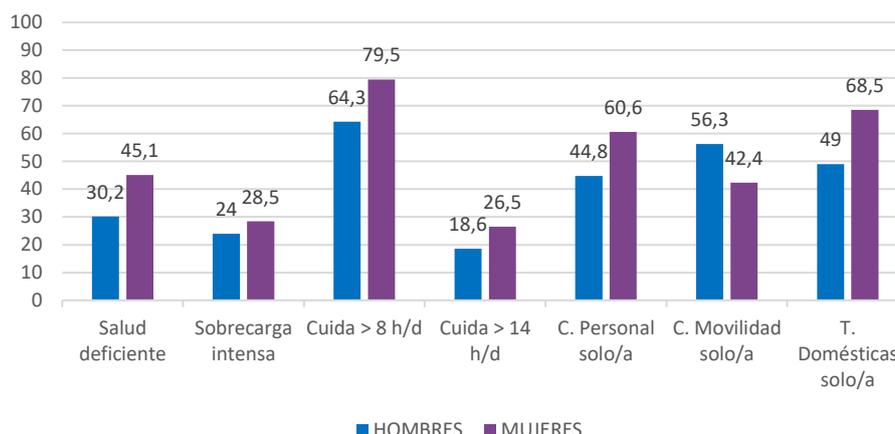
El Estudio CUIDAR-SE<sup>xvi</sup> es un proyecto multicéntrico epidemiológico longitudinal que investiga las desigualdades de género en salud y calidad de vida de personas cuidadoras informales adultas en Andalucía y País Vasco<sup>22,50</sup>. Se alza como un instrumento capaz de analizar el impacto que está teniendo la pandemia en la salud y otras dimensiones de la vida de mujeres y hombres cuidadores, desde el imprescindible enfoque de género, centrándose en un perfil de personas con elevada intensidad de cuidados, grupo especialmente vulnerable frente a la pandemia y con mayor necesidad de recursos de apoyo.

Los datos de la primera oleada del estudio CUIDAR-SE III (2021), muestran una brecha de género significativa en varios indicadores de los cuidados que se prestan (Gráfico 1). Las mujeres cuidaban con más intensidad (casi el 80% durante más de 8 horas diarias), y realizaban más cuidados personales y tareas domésticas sin ayuda. También existía una brecha en salud percibida: hasta el 45% de mujeres indicaba que su salud es regular, mala o muy mala, frente al 30% de hombres<sup>51</sup>.

---

<sup>xvi</sup> Estudio CUIDAR-SE: Estudio de seguimiento de la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres cuidadores en Andalucía y País Vasco. Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III y Fondos FEDER (PI12/00498; PI16/00207; PI19/00446). I.P. María del Mar García Calvente (EASP).

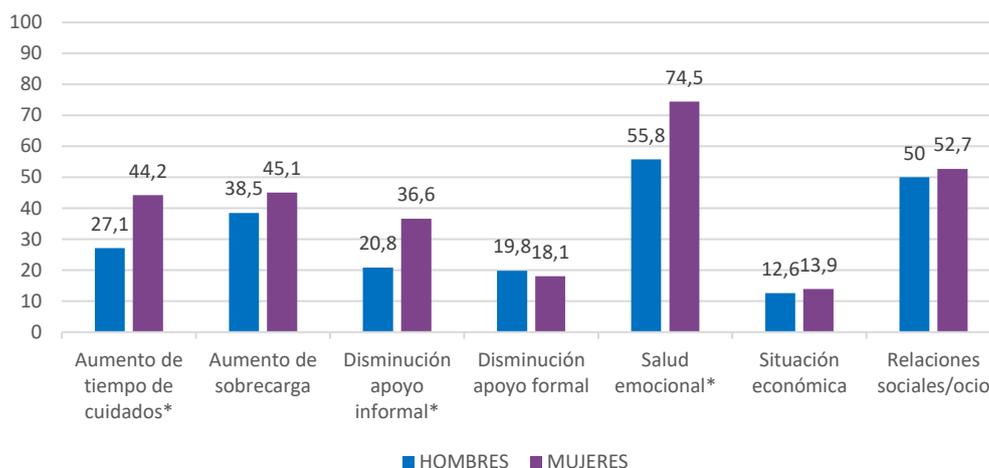
**Gráfico 1. Salud percibida, sobrecarga y características de los cuidados prestados, según sexo de la persona cuidadora (%) (2021)**



Fuente: Elaboración propia. Datos del Estudio CUIDAR-SE III. Sobrecarga: medida con la escala de Zarit de 22 ítems con 5 posibles respuestas y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, se categorizó en 3 niveles: sin sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ). (Diferencias por sexo estadísticamente significativas, excepto para sobrecarga)

En cuanto a las consecuencias percibidas directamente atribuidas a la pandemia, existe también una brecha de género significativa en el aumento del tiempo dedicado a los cuidados, la disminución del apoyo informal y el impacto en la salud emocional (Gráfico 2). Las diferencias no fueron significativas en el aumento de la sobrecarga (que fue muy importante en ambos sexos), la disminución de los apoyos y servicios formales, y el impacto en la situación económica. Como era de esperar, es elevado el porcentaje de mujeres y de hombres que indican el impacto de la pandemia sobre sus relaciones sociales y el ocio<sup>51</sup>.

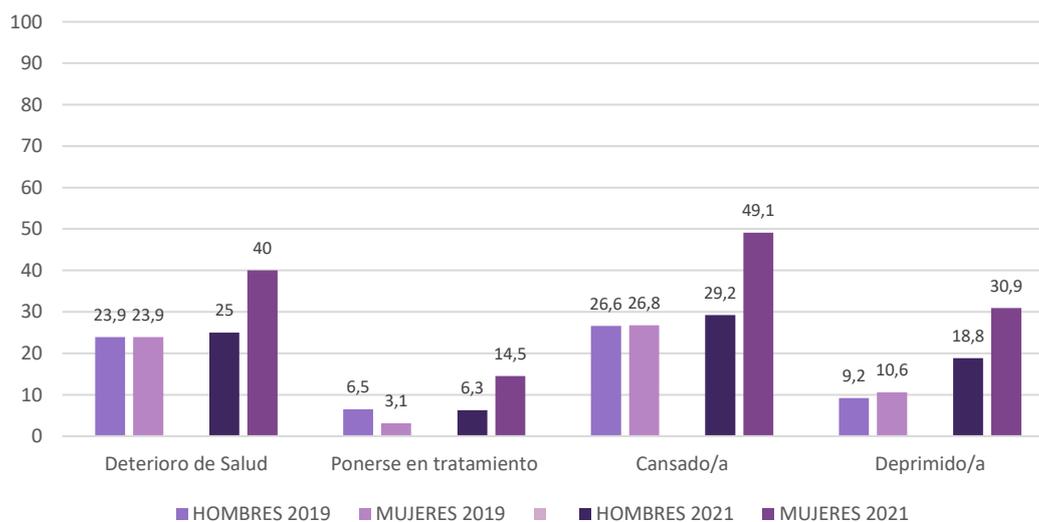
**Gráfico 2. Consecuencias de la pandemia sobre los cuidados prestados y distintas dimensiones de la vida, según sexo de la persona cuidadora (%) (2021)**



Fuente: Elaboración propia. Datos del Estudio CUIDAR-SE III. (Diferencias por sexo estadísticamente significativas)

Si comparamos los datos del estudio CUIDAR-SE antes de la pandemia (2019) con los recogidos un año después del inicio de la pandemia (2021), observamos que las brechas de género se han agudizado en los indicadores de consecuencias percibidas de cuidar sobre la salud, tanto en el deterioro de la salud, como en la necesidad de recibir tratamiento, cansancio y depresión (Gráfico 3). Estos resultados alertan sobre el impacto de la pandemia en las desigualdades de género en los cuidados.

**Gráfico 3. Consecuencias percibidas en salud por el hecho de cuidar, según sexo de la persona cuidadora (%) (2019 y 2021)**



Fuente: Elaboración propia. Datos de los Proyectos CUIDAR-SE II y CUIDAR-SE III

## 5.2. El informe CUMADE

El proyecto CUMADE<sup>xvii</sup> ha puesto de manifiesto los efectos de la pandemia sobre los hogares con personas en situación de recibir cuidados de larga duración. Las relaciones de género y el parentesco distribuyen de manera desigual el trabajo y la responsabilidad del cuidado que, como reflejan también los datos aportados del estudio CUIDAR-SE, recaen desproporcionadamente en las mujeres de la familia. En los hogares se produce cuidado directo, pero también concentran la gestión de los recursos de cuidado de que disponen las familias y que son ofrecidos por los diferentes agentes de cuidado: familia, Estado, mercado y comunidad. El acceso a estos recursos de atención depende del nivel socioeconómico de las familias, de las características de la situación de cuidado y de la disponibilidad de recursos existentes en la zona de residencia. Con todo ello, las familias componen complejos mosaicos de cuidado que intentan resolver las necesidades de atención y que la pandemia hizo estallar porque se perdieron piezas esenciales que fueron sustituidas por el trabajo de las mujeres.

### Cuadro 1: El caso de Aitana

*Aitana, es maestra y vive en un pueblo de la Comunidad Valenciana. Un año antes de la pandemia se llevó a su padre, anciano y enfermo crónico, a su casa para poder ocuparse de él. En este tiempo había configurado su mosaico de recursos de cuidado para cubrir toda la atención que el padre necesitaba: ella le daba el desayuno con la ayuda de una cuidadora remunerada, quien lo duchaba y lo llevaba al centro de día; por la tarde, el hermano lo recogía y lo llevaba a casa de Aitana donde ella le daba la cena y lo acostaba. Cuando llegó la COVID, nos dice Aitana, "ya vi que no podía ir [al centro de día] y estuvo aquí en casa, todo el tiempo del COVID hasta que pudieron volver a abrir, en Julio. (...) la carga de tenerlo en casa es mía, la de ir a comprar, ducharlo, cambiarle las medicinas, el médico del hospital para ir al hospital a las inyecciones para el riñón... todo esto lo he hecho yo".*

---

<sup>xvii</sup> Proyecto CUMADE: El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19 (CUMADE). Fondo Supera COVID-19 Santander-CRUE-Universidades Españolas. 1/07/2020 a 30/06/2021. IP: Dolors Comas d'Argemir (URV)

*Mientras cuidaba de su padre, Aitana virtualizó su labor docente, se ocupó de la casa, de la familia y tuvo que afrontar también un problema de salud propio que la preocupó y le hizo sentir más estresante la situación de cuidados del padre. Con la expresión "todo el día pendiente" Aitana resume el estrés provocado por la gestión del control de esfínteres, de las medicaciones, de las higienes, de los médicos y de la necesidad de atención constante hacia el padre. A pesar de la carga que supuso, Aitana valora positivamente la experiencia y apela al amor y al sentido moral de los cuidados proporcionados.*

El Informe CUMADE proporciona discursos interesantes. La experiencia de Aitana (Cuadro 1) nos sitúa en el incremento de las necesidades de cuidados durante la pandemia y en la escasez de recursos por el cierre o la reducción de los mismos que supuso una re-familiarización del cuidado; también una re-hogarización, como es el caso de las familias que decidieron desinstitucionalizar familiares ingresados en residencias. Estos procesos implicaron un incremento enorme del tiempo dedicado al cuidado; de las explicaciones de Aitana y de otras mujeres participantes en la investigación (Cuadro 2), deducimos que "todo el tiempo" estaba dedicado a un cuidado valorado como totalizante, especialmente en situaciones de cuidado de personas con demencia o trastornos conductuales.

#### **Cuadro 2: El caso de Encarni**

*Encarni es una granadina de 72 años que cuidó a sus padres y que ahora cuida a su marido enfermo terminal afectado de encefalopatía hepática y demencia senil. De clase trabajadora, sin recursos económicos y sin acceso a las ayudas públicas, su vida ha estado atravesada por el trabajo de cuidado. "Es que no paraba ni un segundo, y llamándome, y muy agresivo, es que eso no era vida, digo, 'yo así creo que no voy a llegar muy lejos'. Desde hace un tiempo, cuenta con tres horas al día de un Servicio de Atención en Domicilio (SAD), una ayuda que considera esencial. La pandemia no ha supuesto grandes cambios en su vida porque "yo llevo 12 años confinada", nos dice, pero sí que ha trastocado su rutina de cuidado. El marido enfermó de COVID y, aunque ella inexplicablemente no se contagió, sintió miedo a enfermar y a morir: "Pues miedo a que [mi marido] me contagie, y digo yo (...) a lo mejor me contagio y voy derecha al hospital,*

*a la uci y de allí ya me voy al cementerio, eso sí lo pienso". Encarni cree que la situación ha afectado a su salud, se siente "agobiada y con taquicardia (...) me hace así el corazón y me asusto"; pero insiste en que su marido "es lo primero".*

Las cuidadoras informales no sólo han tenido que intensificar el tiempo de cuidado, también han ampliado el repertorio de tareas asumiendo cuidados sanitarios para los que no se sentían preparadas. En estas situaciones, las mujeres participantes en la investigación relatan situaciones estresantes que pudieron derivar en bajas médicas (Cuadro 3).

### **Cuadro 3: Los Casos de Assumpta y Patricia**

*Assumpta vive y trabaja como administrativa en una ciudad catalana. Cuando se declaró el estado de alarma tuvo que desplazarse al domicilio de sus padres nonagenarios, en su pueblo natal. A mediados de marzo diagnosticaron a la madre de una dolencia aguda que le causaba mucho malestar y dolor; las dificultades de gestionar el padecimiento de la madre sin la adecuada asistencia sanitaria provocaron en Assumpta tanta angustia y estrés que el médico la conminó a cogerse la baja médica.*

*También Patricia nos relata una situación parecida:*

*"En mí era lo último que pensaba... me encerré en mí misma. Emocionalmente el COVID me ha pasado factura. Antes era una persona activa, alegre y ahora activa pero cabizbaja, no tengo alegría, me cuesta más sonreír, de todo. Yo tuve que pedir una baja médica por depresión, cogí algo de depresión, el médico lo vio factible y me dio una baja".*  
*(Patricia)*

En pandemia, la protección de las personas cuidadas respecto al contagio se ha convertido en una preocupación esencial, por lo que las cuidadoras han reducido su actividad social al máximo. Ello ha conllevado aislamiento, encierro, inactividad y ha tenido efectos sobre las personas que cuidan. El alejamiento de la familia extensa y de las relaciones comunitarias, que a menudo eran apoyo esencial para las cuidadoras, se ha vivido con angustia y ha llegado a provocar estados depresivos que pueden haber situado a la cuidadora en posición de necesitar cuidados.

## 6. El cuidado infantil: Más tiempo en casa, una oportunidad perdida para la igualdad de género

Los periodos de confinamiento y supresión de actividad en los centros de enseñanza, concentraron en las familias, especialmente en las mujeres, las tareas educativas y de cuidado de hijos e hijas. En estas circunstancias aumentó el tiempo que madres, y sobre todo padres, pasaban con sus criaturas respecto a sus rutinas previas. Sin embargo, ellas han seguido asumiendo la mayor parte del cuidado infantil<sup>52,53</sup>, y dedicando más horas que ellos, aun cuando algunos perfiles de padres se hayan acercado a las labores de cuidar más que en tiempos pasados<sup>54</sup>. Aunque ellos se dedicaron algo más a los cuidados infantiles, sobre todo incrementaron su uso del tiempo personal y de trabajo remunerado<sup>55</sup>. Mientras, las mujeres se volcaron en las tareas reproductivas más de lo que ya lo hacían, especialmente quienes tenían mayor nivel educativo<sup>56</sup>. Se constata una *tradicionalización* de los cuidados y la vida doméstica, un fortalecimiento de roles de género que permiten reafirmar la identidad esperada socialmente en hombres y mujeres<sup>57</sup>.

En parejas de doble ingreso, las posibilidades de mantener un modelo igualitario de reparto de tareas se redujeron en hogares en los que no resultó posible el teletrabajo y/o la flexibilidad horaria. En éstos, la brecha de género en el trabajo reproductivo fue mayor que en hogares donde sí fue posible el trabajo no presencial<sup>58</sup>. Para quienes pudieron teletrabajar, intentar conciliar crianza y trabajo productivo también supuso un reto complicado. Sin que las empresas e instituciones laborales rebajaran el umbral de exigencias, y sin posibilidad de contar con apoyos extra-familiares, llegar a la producción habitual ha supuesto un sobreesfuerzo sobre todo a las mujeres. Las desigualdades en la crianza han continuado, e incluso se han exacerbado, bajo estas nuevas condiciones del trabajo remunerado. Las mujeres han tratado de optimizar el doble rol que ya asumían, mientras los padres han ampliado el tiempo de teletrabajo. Para las mujeres que ya trabajaban a distancia antes de la pandemia, el aumento de la presencia de los padres en los hogares les pudo suponer un mayor acercamiento a la

equidad de género en el cuidado infantil. Pero quienes vivían el teletrabajo como una situación nueva sufrieron desventajas, ya que acababan haciendo más trabajo reproductivo que sus parejas masculinas, en igualdad de condiciones<sup>32</sup>.

Las mujeres han seguido teniendo mayor carga en los cuidados infantiles independientemente de tener o no ingresos propios, e independientemente de trabajar ellas y sus parejas desde casa o fuera de casa<sup>59</sup>. Aun cuando el cuidado a menores se ha identificado como una dedicación menos sexista y más susceptible de cambio que las tareas domésticas<sup>32</sup>, la situación de pandemia no ha supuesto un avance significativo para la igualdad de género respecto al cuidado de menores.

El acercamiento a los hogares en esta crisis sanitaria y social parecía una oportunidad para la equidad de género en el cuidado infantil y en la distribución de la carga mental de éste. Pero lejos de cambiar la división sexual de la carga reproductiva, parecen haberse acrecentado las desventajas para las mujeres, lo que explica su mayor insatisfacción con el trabajo, la familia y la vida en general durante los confinamientos y hasta finalizar éstos<sup>60</sup>. Un porcentaje elevado de madres de bebés de hasta un año de edad se han sentido deprimidas (56%), irritables (62%) y preocupadas (71%), empeorando su salud emocional en situaciones de bajos ingresos, de inequidad en las tareas domésticas y de falta de apoyo para poder cuidar su propia salud<sup>61</sup>. Se ha constatado un aumento significativo de ansiedad y depresión materna y de mujeres embarazadas durante la pandemia en comparación con años previos<sup>62</sup>, conociendo que la prevalencia de depresión postparto antes de la pandemia ya era un importante problema de salud pública con cifras entre el 6% y 8%<sup>63</sup>. En general, el estrés de las familias ha aumentado durante la pandemia y han aparecido síntomas de depresión y ansiedad, sobre todo en familias con menores con necesidades especiales<sup>64</sup>. También se ha identificado un aumento de niños y niñas que presenciaron violencia doméstica y emocional, como una importante secuela negativa de la pandemia<sup>65</sup>.

Es necesario seguir indagando acerca de la situación de los roles de género en el cuidado infantil después de la pandemia, hace falta una investigación más exhaustiva sobre el papel de los hombres como padres en la crianza, con objeto de no perpetuar arquetipos de género en la literatura científica y desde ahí también intentar invertir el

hecho de que el sistema de bienestar se siga manteniendo básicamente gracias al trabajo reproductivo de las mujeres<sup>66</sup>.

## 7. Conclusiones y lecciones aprendidas

La pandemia por COVID-19 ha puesto los cuidados “en el centro”, aunque las respuestas a la crisis no están teniendo en cuenta esta realidad. Antes de la pandemia ya conocíamos las desigualdades de género en los cuidados no remunerados y en su impacto sobre la salud y calidad de vida. Durante la pandemia, los cuidados informales, realizados mayoritariamente por mujeres, han supuesto un factor de riesgo para la infección, pero también un recurso esencial para la atención a la salud de las personas más vulnerables. Las medidas de confinamiento y limitación de movilidad, las restricciones en los servicios de atención y las consecuencias laborales y económicas de la pandemia, han provocado una re-familiarización y una re-hogarización de los cuidados. Los roles de género tradicionales se han perpetuado, y están sobrecargando aún más a las mujeres.

Las investigaciones, a nivel internacional y en nuestro medio, indican que las mujeres han aumentado más el tiempo dedicado a los cuidados, han recibido menos apoyos y han sufrido un mayor impacto sobre su salud física y emocional que los hombres. Todo ello en ausencia de medidas de contención dirigidas a disminuir los efectos negativos del incremento de la carga de cuidados provocada por la pandemia. Podemos concluir que, en comparación con la situación pre-pandemia, se han agudizado las brechas de género en los cuidados y en sus impactos en la salud y calidad de vida.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. **POTENCIAR** el “triple objetivo de las tres R” propuesto por ONU-Mujeres:
  - R1: Redistribuir los trabajos de cuidados entre el conjunto de agentes sociales, así como los recursos de cuidados entre todas las personas.
  - R2: Reducir los trabajos de cuidados más penosos
  - R3: Reconocer los cuidados, a las personas necesitadas de esos cuidados, y a las personas que los ejercen.
2. **AVANZAR** en el diseño y desarrollo de un **sistema global de cuidados**, más allá de la situación de pandemia, que tenga en cuenta tanto los cuidados no remunerados como los profesionales, incorporando el enfoque de género de manera transversal en las políticas, servicios e intervenciones que se contemplen.
3. **PROMOVER** los servicios públicos de atención a personas que requieren cuidados (especialmente menores, mayores y personas dependientes) y a sus cuidadoras como **servicios esenciales** en situaciones de crisis sanitaria y social como la provocada por esta pandemia.
4. **CONSIDERAR** a las personas cuidadoras informales como un **colectivo prioritario** al cual dirigir medidas económicas, sociales y sanitarias específicas que permitan abordar las consecuencias negativas que su desempeño tiene sobre su salud física y mental, especialmente en periodos de crisis como la vivida durante esta pandemia.
5. **DESARROLLAR** actuaciones que permitan **frenar la sobrecarga de cuidados** que recae habitualmente y de manera desigual sobre los hombros de las mujeres en los hogares, como una práctica manifiesta del reconocimiento de su importante papel como activos en salud.
6. **DEMOCRATIZAR** los cuidados buscando la **corresponsabilidad por parte del conjunto de agentes**, y aumentando los recursos de apoyos formales para el cuidado (que lo urgente no anule lo importante).
7. **IMPLANTAR** políticas específicas que consigan **incrementar la implicación de los hombres** en los cuidados, especialmente en los de larga duración donde están menos presentes y visibles.

8. **MEJORAR** la **articulación entre servicios** sociales de atención a las situaciones de dependencia y los servicios de atención a la salud.
9. **SEGUIR INVESTIGANDO** los **roles de género en los cuidados** bajo circunstancias de emergencia social, así como anticipar el rediseño de éstos y la planificación de políticas que eviten el riesgo de resituarse fuertemente a las mujeres en el ámbito doméstico y de los cuidados.

# Bibliografía

1. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. Disponible en: [https://www.inmujeres.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO\\_DE\\_GENERO\\_DEL\\_COVID\\_19\\_uv.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_uv.pdf). [consultada 11/11/2021].
2. Bathia Anita. ONU Mujeres. Las mujeres y el COVID-19: Cinco acciones que los gobiernos pueden adoptar sin demoras. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/news-women-and-covid-19-governments-actions-by-ded-bhatia> [consultada 11/11/2021].
3. Camps Victoria. Tiempo de cuidados: Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa editores; 2021.
4. Pérez-Orozco Amaia. Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Madrid: Traficantes de sueños; 2014.
5. Wright Ken. The economics of informal care of the elderly. London: Centre for Health Economics; 1983.
6. Colombo Francesca, Llena-Nozal Ana, Mercier Jérôme, et al. Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2011.
7. European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU. VC/2019/0227. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
8. Organización Internacional del Trabajo. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2019.
9. Peña-Longobardo Luz María, Oliva-Moreno Juan. The economic value of non-professional care: A Europe-wide analysis. Int J Health Policy Manag 2021; x(x): x-x. doi:10.34172/ijhpm.2021.149
10. UN Women. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women; United Nations: New York, New York, 2020.

11. European Institute for Gender Equality (EIGE). Gender equality and the socio-economic impact of the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
12. Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es) [consultada 25/11/2021].
13. García-Calvente María del Mar, Del Río-Lozano María, Marcos-Marcos Jorge. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. *Gac Sanit* 2011; 25:100-7. Doi: [10.1016/j.gaceta.2011.09.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006).
14. Esparza Cecilia, Abellán Antonio. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Primeros resultados. Datos 2008. Madrid: IMSERSO Mayores-CSIC; 2008.
15. Del Río-Lozano María, García-Calvente María del Mar, Marcos-Marcos Jorge, et al. Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. *Qual Health Res* 2013; 23:1506-20. [Doi.org/10.1177/1049732313507144](https://doi.org/10.1177/1049732313507144)
16. Pinquart Martin, Sörensen Silvia. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18:250-67. Doi: [10.1037/0882-7974.18.2.250](https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250).
17. Adelman Ronald D, Tmanova Lyubov L, Delgado Diana, et al. Caregiver burden: A clinical review. *Journal of the American Medical Association* 2014; 311:1052-60. Doi:[10.1001/jama.2014.304](https://doi.org/10.1001/jama.2014.304)
18. Salvador-Piedrafita María, Malmusi Davide, Borrell Carme. Time trends in health inequalities due to care in the context of the Spanish Dependency Law. *Gac Sanit* 2017; 31:11-7. Doi: [10.1016/j.gaceta.2016.06.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.006).
19. Larrañaga Isabel, Martín Unai, Bacigalupe Amaia, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 2008; 22:443-50. Doi:[10.1157/13126925](https://doi.org/10.1157/13126925).
20. Mosquera-Metcalfé Isabel, Larrañaga-Padilla Isabel, Del Río-Lozano María, et al. Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Rev Esp Salud Pública* 2019;93:e201901002.

21. Peña-Longobardo Luz María, Del Río-Lozano María, Oliva-Moreno Juan, et al. Health, Work, and Social Problems in Spanish Informal Caregivers: Does Gender Matter? (The CUIDAR-SE Study). *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:7332. Doi: 10.3390/ijerph18147332.
22. Del Río-Lozano María, García-Calvente María del Mar, Calle-Romero Jesús, et al. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res* 2017; 26:3227-38. Doi: [10.1007/s11136-017-1678-2](https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2).
23. García-Calvente María del Mar, Del Río-Lozano María, Ocaña-Riola Ricardo, et al. Evolución en el tiempo de la sobrecarga en mujeres y hombres cuidadores: Estudio CUIDAR-SE. *Gac Sanit* 2018;32(Supl Congr):186.
24. Rodríguez-Madrid, María Nieves, Del Río-Lozano María, Fernández-Peña Rosario, et al. Changes in Caregiver Personal Support Networks: Gender Differences and Effects on Health (CUIDAR-SE Study). *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:11723. Doi:10.3390/ijerph182111723.
25. Wenham Clare, Smith Julia, Morgan Rosemary. Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet* 2020; 395:846-8. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30526-2.
26. Lewis Hellen. The Coronavirus Is a Disaster for Feminism. *The Atlantic*. Disponible en: [https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/?utm\\_source=facebook&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=share&fbclid=IwAR1iHyyEdnnlsugglCmqxek7YVy\\_GU3R8RkT7AE3O3M2isugzq6JXpicqDU](https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=share&fbclid=IwAR1iHyyEdnnlsugglCmqxek7YVy_GU3R8RkT7AE3O3M2isugzq6JXpicqDU) [consultada 11/11/2021].
27. Castellanos-Torres Esther, Tomás-Mateos, José, Chilet-Rosell Elisa. COVID-19 en clave de género. *Gac Sanit* 2020; 34:419-21. Doi: 10.1016/j.gaceta.2020.04.007.
28. Durán María Ángeles. El cuidado en tiempos de pandemia. En: ¿QUIEN CUIDA? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer; 2021.
29. Solanas María. La crisis del COVID-19 y sus impactos en la igualdad de género. Disponible en: [http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano\\_es/contenido?WCM\\_GLO](http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLO)

BAL\_CONTEXT=/elcano/elcano\_es/zonas\_es/ari33-2020-solanas-crisis-del-covid-19-y-sus-impactos-en-igualdad-de-genero [consultada 11/11/2021].

30. Farré Lúdia, González Libertad. ¿Quién se encarga de las tareas domésticas durante el confinamiento? Covid-19, mercado de trabajo y uso del tiempo en el hogar. Fundacion BBVA. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/admin/quien-se-encarga-de-las-tareas-domesticas> [consultada 10/11/2021].
31. Del Río-Lozano María, García-Calvente María del Mar, Grupo de alumnado del Diploma de Especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública-Universidad de Granada. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gac Sanit* 2021; 35:594-7. Doi: 10.1016/j.gaceta.2020.05.006.
32. Cannito Maddalena, Scavarda Alice. Childcare and Remote Work during the COVID-19 Pandemic. *Ideal Worker Model, Parenthood and Gender Inequalities in Italy. Italian Sociological Review* 2020; 10:801-20. Doi:10.13136/isr.v10i35.
33. Harman, Sophie. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly* 2016; 37:524-41. Doi:10.1080/01436597.2015.1108827
34. Eurofound. Living, working and COVID-19. In COVID-19 series. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
35. Connor Jade, Madhavan Sarina, Mokashi Mugdha, et al. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Soc Sci Med* 2020; 266:113364. Doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113364.
36. Vindegaard Nina, Benros Michael E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020; 89:531-42. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
37. Collins Caitlyn, Landivar Liana Chistin, Ruppanner Leah, et al. COVID-19 and the Gender Gap in Work Hours. *Gend Work Organ* 2021; 28:101-12. Doi: 10.1111/gwao.12506.
38. Johnston Regan M, Mohammed Anwar, Van der Linden Clifton. Evidence of Exacerbated Gender Inequality in Child Care Obligations in Canada and Australia

- during the COVID-19 Pandemic. *Politics Gend* 2020; 16:1131-41. Doi:10.1017/S1743923X20000574
39. Smith Julia. Overcoming “the tyranny of the urgent”: Integrating gender into disease outbreak, preparedness and response. *Journal of Gender and Development* 2019; 27:355-69. Doi:10.1016/ S0140-6736(20)30526-2.
  40. National Collaborating Centre for Methods and Tools. Rapid Review: What risk factors are associated with COVID-19 outbreaks and mortality in long-term care facilities and what strategies mitigate risk? Canada: McMaster University; 2020.
  41. Cohen Steven A, Kunicki Zachary J, Drohan Megan M, et al. Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. *Gerontol Geriatr Med* 2021; 26:2333721421999279. Doi: 10.1177/2333721421999279.
  42. Lorenz-Dant Klara, Comas-Herrera Adelina. The Impacts of COVID-19 on Unpaid Carers of Adults with Long-Term Care Needs and Measures to Address these Impacts: A Rapid Review of Evidence up to November 2020. *Journal of Long-Term Care* 2021; 2021:124-53. Doi: <http://doi.org/10.31389/jltc.76>.
  43. Bennett Matthew R, Zhang Yanan, Yeandle Sue. Caring and COVID-19: Hunger and mental wellbeing. In *Sustainable Care: Care Matters* 2020/01. University of Sheffield: CIRCLE; 2020.
  44. Blue Cross Blue Shield. The impact of caregiving on mental and physical health. In *The Health of America Report. Harnessing Data, for the Health of America*, 2020. Disponible en: [https://www.bcbs.com/sites/default/files/file-attachments/health-of-america-report/HOA-Caregivers\\_3.pdf](https://www.bcbs.com/sites/default/files/file-attachments/health-of-america-report/HOA-Caregivers_3.pdf) [consultada 23/11/2021].
  45. Park Sung S. Caregivers' Mental Health and Somatic Symptoms During COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021; 76:235-40. Doi: 10.1093/geronb/gbaa121.
  46. Savla Jyoti, Roberto Karen A, Blieszner Rosemary, et al. Dementia Caregiving During the "Stay-at-Home" Phase of COVID-19 Pandemic. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021; 76:241-5. Doi: 10.1093/geronb/gbaa129.
  47. Zucca Milena, Isella Valeria, Di Lorenzo Raffaele, et al. Being the Family Caregiver of a Patient With Dementia During the Coronavirus Disease 2019 Lockdown. *Front Aging Neurosci* 2021; 13:653533. Doi: 10.3389/fnagi.2021.653533.

48. Suzuki Keisuke, Numao Ayaka, Komagamine Tomoko, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Quality of Life of Patients with Parkinson's Disease and Their Caregivers: A Single-Center Survey in Tochigi Prefecture. *J Parkinsons Dis* 2021; 11:1047-56. Doi: 10.3233/JPD-212560.
49. Frangiosa Theresa, Biggar Virginia, Comer Meryl, et al. Research Survey Series Shows Effects of COVID-19 Shutdowns on Alzheimer's Community, with Especially High Stress on Caregivers. *Adv Geriatr Med Res* 2020; 2(3):e200020.
50. Oliva-Moreno Juan, Peña-Longobardo Luz María, García-Mochón Leticia, et al. The economic value of time of informal care and its determinants (The CUIDARSE Study). *PLoS ONE* 2019; 14:e0217016. Doi: 10.1371/journal.pone.0217016.
51. Del Río-Lozano María, García-Calvente María del Mar, Elizalde-Sagardia Belén, et al. Caregiving and caregiver health 1 year into the COVID-19 pandemic (CUIDARSE Study): A gender analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(3):1653. Doi: 10.3390/ijerph19031653
52. Kreyenfeld Michaela, Zinn Sabine. Coronavirus and care: How the coronavirus crisis affected fathers' involvement in Germany. *Demographic Research* 2021; 44:99-124. Doi: 10.4054/DemRes.202.
53. Giurge Laura M, Whillans V Ashley, Yemiscigil Ayse. A multicountry perspective on gender differences in time use during COVID-19. *PNAS* 2021;118:e2018494118. Doi:10.1073/pnas.201849411810.
54. Frize Monique, Lhotska Lenka, Marcu Loredana G, et al. The impact of COVID-19 pandemic on gender-related work from home in STEM fields-Report of the WiMPBME Task Group. *Gender Work Organ* 2021;28(S2):378-96. Doi:10.1111/gwao.12690.
55. Waddell Nina, Overall Nickola C, Chang Valerie T, et al. Gendered division of labor during a nationwide COVID-19 lockdown: Implications for relationship problems and satisfaction. *J Soc Pers Relat* 2021; 38:1759-81. Doi: 10.1177/0265407521996476.
56. Fodor Eva, Gregor Aniko, Koltai Julia, et al. The impact of COVID-19 on the gender division of childcare work in Hungary. *Eur Soc* 2021;23(1):S95-S110. Doi:10.1080/14616696.2020.1817522.

57. Bittman Michael, England Paula, Sayer Liana, et al. When does gender trump money? Bargaining and time in household work. *Am J Sociol* 2003; 109:186-214. Doi: <https://doi.org/10.1086/378341>.
58. Seiz Marta. Desigualdades en la división del trabajo en familias con menores durante el confinamiento por COVID-19 en España. ¿Hacia una mayor polarización socioeconómica y de género? *IgualdadES* 2021; 3:403-35. Doi:10.18042/cepc/lgdES.3.05.
59. Meraviglia Cinzia, Dudka Aurore. The gendered division of unpaid labor during the Covid-19 crisis: did anything change? Evidence from Italy. *Int J Sociol* 2021; 51:64-75. Doi:10.1080/00207659.2020.1832346.
60. Hipp Lena, Büenning Mareike. Parenthood as a driver of increased gender inequality during COVID-19? Exploratory evidence from Germany. *Eur Soc* 2021;23:S658-73. Doi:10.1080/14616696.2020.1833229.
61. Dib Sarah, Rougeaux Emeline, Vazquez-Vazquez Adriana, et al. Maternal mental health and coping during the COVID-19 lockdown in the UK: Data from the COVID-19 New Mum Study. *Int J Gynecol Obstet* 2020; 151:407-14. Doi:10.1002/ijgo.13397.
62. Hessami Kamram, Romanelli Chiara, Chiurazzi Martina, et al. COVID-19 Pandemic and maternal mental health: A systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020; 1:1-8. Doi: 10.1080/14767058.2020.1843155.
63. Marcos-Nájera Rosa, Rodríguez-Muñoz María de la Fe, Izquierdo-Méndez Nuria, et al. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención Preventiva. *Clin Salud* 2017; 28:49-52. Doi: 10.1016/j.clysa.2017.05.001.+
64. Dhiman Sapna, Sahu Pradeep Kumar, Reed William R, et al. Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Res Dev Disabil* 2020; 107:103790. Doi: 10.1016/j.ridd.2020.103790.
65. Calvano Claudia, Engelke Lara, Di Bella Jessica, et al. Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences-results of a representative survey in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021:1-13. Doi:10.1007/s00787-021-01739-0.

66. Maroto-Navarro Gracia, Ocaña-Riola Ricardo, Gil-García Eugenia, et al. Análisis multinivel de la producción científica mundial sobre paternidad, desarrollo humano e igualdad de género. *Gac Sanit* 2020; 34:582-8. Doi:10.1016/j.gaceta.2019.04.008.

# Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores<sup>xviii</sup>

<b>Coordinación</b>	<b>Dolors Comas-d'Argemir</b> Universitat Rovira i Virgili.
<b>Equipo redactor</b>	<b>Mireia Roca-Escoda</b> Universitat Rovira i Virgili.

---

<sup>xviii</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo.

# Palabras clave

- COVID-19
- Cuidados de larga duración
- Dependencia
- Género
- Salud

## Resumen

La crisis de la COVID-19 ha impactado al sector de cuidados de larga duración, tanto por el gran número de personas dependientes que enfermaron o fallecieron, como por la exposición de trabajadoras y trabajadores del sector a la infección por Covid-19. Sin embargo, las consecuencias de la pandemia se expresan sobre todo en el ámbito de la salud emocional y psicológica, debido a la falta de prevención y a las condiciones de trabajo precarias. Las trabajadoras que hemos entrevistado relatan que han estado sometidas a una gran presión anímica y psicológica. La sobrecarga de trabajo, el riesgo de contagio, la inseguridad, la impotencia, el miedo, han causado agotamiento y daños psicológicos importantes: ansiedad, estrés, trastornos y somatizaciones diversas. Concluimos que la pandemia ha puesto de relieve los problemas estructurales del sector y que evidencia la necesidad de revisar en profundidad el modelo de cuidados, que se ha mostrado insatisfactorio y con graves carencias.

# 1. Introducción

La crisis de la COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en el sector de los cuidados de larga duración, tanto por el gran número de personas dependientes que enfermaron o fallecieron, como por la exposición del personal de los servicios a la infección. La pandemia ha puesto de relieve los problemas estructurales del sector, entre los cuales cabe destacar las deficiencias en personal y la mala calidad del empleo que afectó a la calidad de vida y a la salud física y mental tanto de las personas mayores como de los equipos profesionales.

Según datos del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), un año después del inicio de la pandemia (a 14 de marzo de 2021), los fallecimientos en las residencias de personas con COVID-19 confirmado por PDIA y con COVID-19 compatible (no confirmado) fueron 30.103<sup>xix</sup>, lo que representa un 41,7% del total de fallecimientos por COVID-19 en este mismo período (72.424)<sup>xx</sup>. España no fue el único país que sufrió este fuerte impacto de la pandemia en los centros residenciales, aunque sí fue uno de los que lo padeció con mayor virulencia<sup>1</sup>. El desconocimiento del virus, la falta de pruebas diagnósticas y de equipos de protección, el desconcierto ante protocolos que variaban constantemente, la mezcla de personas que tenían la enfermedad con otras que tenían una sintomatología parecida, incidieron negativamente en la salud de las trabajadoras y de las personas residentes<sup>2, 3, 4, 5</sup>.

Las mujeres han estado en primera línea de la pandemia por su fuerte presencia en el sector profesional de los cuidados (ver capítulo sobre cuidados no remunerados). Han tenido que trabajar sin materiales de protección adecuados, han sufrido enormes sobrecargas de trabajo y han hecho esfuerzos titánicos para salvar vidas con medios insuficientes. Se han enfrentado a situaciones inéditas, de alta tensión y

---

<sup>xix</sup> IMSERSO, Actualización nº 3. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. 14/03/2021. Se mencionan salvedades referidas a la Comunidad Valenciana y a la Ciudad Autónoma de Melilla. Los datos no están desagregados por sexo.

[https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf\\_resid\\_20210314.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_resid_20210314.pdf)

<sup>xx</sup> Actualización nº 332. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 15.03.2021 (datos consolidados a las 14:00 horas del 15.03.2021) Los datos no están desagregados por sexo.

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_332\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_332_COVID-19.pdf)

emocionalmente difíciles de encajar, impotentes ante la enfermedad y ante la muerte de personas que han estado cuidando durante años. Y aunque el sector sanitario ha tenido reconocimiento social por su labor realizada, no ha sido así con las trabajadoras de residencias o de servicios de cuidado, a las que incluso se ha culpado. Es una muestra de la desvalorización que sufre el cuidado y que la crisis ha evidenciado con toda su crudeza<sup>6</sup>.

Este texto está basado en la investigación "[El cuidado importa. Impacto de género de las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19](#)", financiada por el Fondo Supera Covid-19 Santander CRUE, dirigida por Dolors Comas d'Argemir y en la que han participado diez universidades españolas<sup>2</sup>. Se trata de una investigación predominantemente cualitativa, aunque ha utilizado también métodos cuantitativos para analizar el sector ocupacional de los cuidados. El trabajo de campo se realizó entre mayo de 2020 y febrero de 2021, y ha implicado la realización de 8 grupos focales, 5 talleres de co-creación y 343 entrevistas. En la siguiente tabla consignamos las entrevistas utilizadas para este texto. Todos los nombres han sido cambiados para garantizar la confidencialidad y la privacidad.<sup>xxi</sup>

**Tabla 1. Entrevistas realizadas**

Categoría laboral	Residencias		Servicio de Ayuda a Domicilio		Asistencia Personal		Trabajo del hogar y cuidados	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Directores/as y gestores/as	6	16	4	8	-	1	-	-
Personal técnico y sanitario	2	14	-	-	-	-	-	-
Gerocultores/as / auxiliares enfermería	4	17	-	-	-	-	-	-
Auxiliares de limpieza	-	7	-	-	-	-	-	-
Auxiliares de Ayuda a Domicilio	-	-	1	13	-	-	-	-
Asistentes personales	-	-	-	-	2	5	-	-
Trabajadores/as de hogar y cuidados internas	-	-	-	-	-	-	-	19
Trabajadores/as de hogar y cuidados externas	-	-	-	-	-	-	-	34

<sup>xxi</sup> El conjunto de participantes se ha identificado con el nombre de pila y la categoría laboral.

## 2. El sector ocupacional de los cuidados en España

Los cuidados de larga duración (CLD) se definen como trabajos que dan apoyo a las personas en situación de dependencia que requieren de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Las políticas para atender los CLD llegan más tarde que otras políticas sociales, generan menos derechos y, además, en el caso de los países mediterráneos se acompañan de la precarización laboral, con situaciones de irregularidad en algunos sectores. A pesar de esto, el incremento de la longevidad ha hecho crecer en importancia este sector ocupacional, ya que los cuidados aumentan en duración, intensidad y complejidad.

En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia empezó a implementarse en el año 2007, justo cuando se inició la crisis económica y con ella una drástica reducción del gasto público, que condicionó su escaso desarrollo<sup>7</sup>. Ante la falta de servicios públicos de cuidado, la opción más seguida por las familias fue la contratación de empleadas de hogar como cuidadoras. Esto conforma una arquitectura del cuidado fuertemente estratificada, basada en el trabajo de mujeres migradas con condiciones laborales muy precarias.

Según datos de la Encuesta de Población Activa<sup>2</sup>, en 2019 el sector ocupacional de los cuidados ocupaba a 684.949 personas, y representaba un 3,7% de los empleos. El grupo más numeroso fue el de las trabajadoras de hogar (375.638, un 54,8%), seguido de las trabajadoras de los servicios de ayuda a domicilio (173.301, un 25,3%) y las trabajadoras en centros residenciales (136.010, un 19,9%). La mayor parte de las ocupaciones de cuidado se concentra en los hogares con un 80,1% de los casos. A las trabajadoras de hogar hay que añadir unas 200.000 más aproximadamente que trabajan sin contrato<sup>2</sup>.

Destaca la fuerte feminización del sector. En todas las ocupaciones el porcentaje de mujeres supera el 90% y en el servicio doméstico alcanza el 98,3%. La segmentación según origen étnico es también importante. Son migradas el 25,6% de las auxiliares de enfermería/gerocultoras, el 49,2% de las trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio

(SAD) y el 62,2% de las empleadas de hogar. Y también lo son casi en su totalidad las que trabajan en régimen interno.

Los trabajos remunerados de cuidados se caracterizan por tener salarios bajos, pocos requerimientos formativos, baja cualificación, escaso reconocimiento profesional y pocas posibilidades de movilidad ascendente. Tienen como característica, a su vez, que no se pueden deslocalizar ni tampoco incrementar la “productividad” si no es a costa de afectar a la calidad del cuidado. Son trabajos asociados al universo femenino, a la cultura de clase obrera y, cada vez más, a la inmigración. La mayoría de quienes trabajan en este sector ocupacional son “trabajadoras pobres”, que han de completar sus salarios con otros empleos<sup>2</sup>.

Las empleadas en los hogares son las que se hallan en situación de mayor vulnerabilidad debido a la falta de protección laboral y social. Están incluidas en el Sistema Especial para Empleados del Hogar del Régimen General de la Seguridad Social, que no da derecho al paro ni a convenios colectivos (siendo una paradoja que se utilice el género gramatical masculino en esta denominación de este Sistema Especial)<sup>xxii</sup>. Las trabajadoras de servicios de ayuda a domicilio (SAD), por su parte, difícilmente pueden tener trabajos a tiempo completo, debido a la fragmentación horaria de su actividad y a los desplazamientos entre domicilios, lo que, a su vez, limita poder tener otros empleos adicionales.

En los centros residenciales, un 80% de los empleos están encuadrados en las categorías más bajas. Es en este nivel donde se sitúan las cuidadoras directas, que tienen un salario base inferior a los 1.000 euros, (en concreto 997,16 euros brutos en el 2020 de acuerdo con el VII Convenio Colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la atención a la autonomía personal), con una brecha salarial pequeña entre hombres y mujeres (un 1,5%). Sí en cambio hay una brecha salarial significativa en las categorías media y alta, que se sitúa en un 7,5% y 7,1% respectivamente<sup>8</sup>.

---

<sup>xxii</sup> El Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), en su sentencia del 24 de febrero de 2022, ha concluido que el sistema español es discriminatorio por no reconocer el derecho al desempleo del colectivo de empleadas de hogar, integrado casi exclusivamente por mujeres. Véase <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:62020CJ0389&from=es>

Destacaremos finalmente como un hecho preocupante que las cuidadoras en centros residenciales son uno de los sectores de mayor siniestralidad en España, al situarse en cuarto lugar en la incidencia de accidentes laborales, lo que en muchas ocasiones se debe a la precariedad de las instalaciones y escasa disponibilidad de productos de apoyo en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. El 39% de esta siniestralidad se produce en personal con contratos temporales. Este sector está afectado, además, por una extensa gama de enfermedades profesionales<sup>9</sup>.

### 3. Impacto de la COVID-19 en las trabajadoras del cuidado

La COVID-19 ha significado la exposición de las trabajadoras del cuidado a agentes biológicos durante su trabajo y, por lo tanto, al riesgo de contagio por contacto estrecho con las personas que cuidan<sup>10</sup>. No son pocas las trabajadoras que han contraído la enfermedad, y muchas de ellas en el lugar de trabajo<sup>xxiii</sup>. Sin embargo, las consecuencias de la pandemia se expresan sobre todo en el ámbito de su salud emocional y psicológica. Según datos de la encuesta *"Condiciones de trabajo, inseguridad y salud de los y las trabajadoras residentes en España en el contexto del COVID-19"* (COTS), realizada en 2020 y en 2021<sup>11-12</sup>, los principales padecimientos de las trabajadoras de residencias y de SAD durante la pandemia han sido por problemas relacionados con la salud mental y emocional: alta tensión, riesgo de mala salud mental o problemas de sueño, tal como se puede comprobar en la tabla 1.

---

xxiii En el sector del cuidado social no existe una recogida de datos sobre el personal afectado por la COVID-19 equivalente al que se tiene del sector sanitario.

**Tabla 2. Inseguridad y salud de las trabajadoras/es de servicios de cuidado en el contexto de la Covid-19 (porcentaje respecto al total preguntado). Años 2020-2021<sup>xxiv</sup>**

Padecimientos	Auxiliar de enfermería		Gerocultor/a		Limpiador/a		Trabajador/a de SAD	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ir a trabajar con síntomas	25,7	6,7	23,1	4,0	16,4	7,5	-	8,4
Trabajar sin medidas de protección adecuadas	77,7	20	77,2	24,4	71,6	30,8	-	32,7
Alta tensión	56,5	56,3	62,9	68,8	58,7	58,5	-	49,1
Empeoramiento de la salud	51,8	65,5	46,6	65,4	40,3	56,4	-	62,9
Riesgo de mala salud mental	71,5	70,6	73,0	71,4	66,9	64,1	-	68,7
Problemas de sueño (siempre)	55,2	50,0	56,6	55,7	42,4	46,2	-	52,8
Consumo de fármacos (antes no tomaba)	20,0	21,8	18,0	23,4	17,8	17,2	-	21,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta COTS 11-12

Es significativo que en el año 2020 la máxima inquietud en todos los casos fuera el trabajar sin medidas de protección adecuadas y también que se trabajara teniendo síntomas de Covid-19. En el año 2021, es significativo a su vez que los padecimientos más importantes se sitúen en el riesgo de mala salud mental y en el empeoramiento de la salud, en tanto que se mantienen las situaciones de alta tensión, los problemas de sueño y el consumo de fármacos.

Tal como hemos constatado en nuestra investigación<sup>2</sup>, las bajas laborales por Incapacidad Temporal (IT) aumentaron en todos los servicios de cuidado sobre todo los primeros meses de la pandemia por situación de aislamiento por contagio real o aislamiento preventivo; por presentar enfermedades latentes que pudieran suponer un riesgo para la salud; o por la ansiedad y el estrés derivado del miedo y la sobrecarga de trabajo. En algunas residencias las bajas laborales llegaron a afectar a más de la mitad de la plantilla; y en algunos SAD el 15 o el 30%. Según datos del Ayuntamiento de

<sup>xxiv</sup> Los datos de la encuesta no se encuentran desagregados por sexo

Barcelona, en abril de 2020, el 39% de la plantilla del SAD estaba inactiva. Algunas directoras de residencias señalan que, al igual que en el sistema sanitario, hubiera sido conveniente hacer PCR a quienes tuvieron contacto con personas contagiadas para poder seguir trabajando en lugar de hacer cuarentenas, que se hacían interminables y sucesivas. Así lo confirma también el *Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y residencias*<sup>13</sup>, que indica que hubo un colapso funcional debido al gran número de bajas del personal, en ocasiones derivadas de cuarentenas sin contagio confirmado.

Aunque en un primer momento se consideró que las bajas laborales por aislamiento o contagio como consecuencia de la COVID-19 se trataban de una IT por contingencias comunes, gracias a la influencia de las organizaciones sindicales y de forma excepcional, se consideró que serían situaciones asimiladas a accidentes de trabajo<sup>14</sup>, lo que significa mejoras de cobertura. Sin embargo, los sindicatos denuncian que el registro de accidentes de trabajo no se corresponde con los contagios reales, debido a que las empresas y las mutuas no reconocieron la situación y derivaron al sistema público los daños producidos por el trabajo. El informe de CCOO<sup>15</sup> señala que las bajas por IT derivadas de accidente de trabajo en los servicios sociales y trabajo doméstico durante el 2020 disminuyeron respecto al 2019, y las bajas por COVID-19 consideradas como accidente de trabajo sólo representaban el 3,58% del total en el sector, lo que no es congruente con la situación sobrevenida de una pandemia<sup>xxv</sup>.

### 3.1. La falta de prevención

La primera ola de la pandemia se caracterizó por la falta de prevención y las cuidadoras no dispusieron del material básico para evitar contagios:

*"Al principio fue horroroso, horroroso, nos daban, como no había material a ningún puesto, nos daban una mascarilla de tela. Bueno, comenzaron con las mascarillas quirúrgicas, pero luego, no era para todos. [...] Íbamos con la bata que teníamos a todos los servicios. Igual sí es verdad que hemos tenido guantes. Ahora ya sabéis*

---

xxv Lo mismo ocurrió con el sector sanitario: hasta el 31 de diciembre de 2020, se comunicaron aproximadamente 14.000 contagios de Covid-19 en Cataluña y, paradójicamente, sólo se declararon 1.530 accidentes de trabajo con baja por Covid-19, según el Ministerio de Trabajo.

*que empiezan a faltar guantes. ... esto no sé cómo se resolverá” (Helena, auxiliar de ayuda a domicilio)*

Así lo confirma la encuesta COTS (ver tabla 2). Nuestros testimonios explican que los materiales llegaron tarde (en algunos casos a mediados de abril de 2020), o fueron insuficientes, obligando a buscar formas autogestionadas de protección. Entre los y las asistentes personales, según informes de la Red Europea de Vida Independiente<sup>16</sup>, no hubo orientaciones o medidas específicas ni ninguna regulación al respecto.

Cuando llegaron las medidas de protección, en muchas residencias ya era demasiado tarde para evitar una catástrofe<sup>5</sup>. Así lo relata Jose, gerocultor: *“ya cuando llegaron todos los suplementos, los trajes, los guantes, las bolsas estas plásticas que se ponían encima uno, las polainas para los pies, todo eso, era cuando la mitad de los abuelos se habían muerto ya”*. La llegada de Equipos de Protección Individual (EPI) marcó un punto de inflexión en los estados anímicos<sup>17</sup>, pues muchas trabajadoras habían sentido ansiedad por tener que confrontarse directamente con la enfermedad y la muerte sin la protección adecuada. Tenemos constancia de que en algunas residencias se llegó a negar la existencia misma de la enfermedad, aunque hubiera evidencias de su impacto:

*Yo me fui por ansiedad (...) Se ha vendido un miedo, pero no era un miedo, era una crisis de ansiedad. Y era un miedo justificado. Miedo, que cuando tu llevas días, días y días, donde tú estás pidiendo una mascarilla y te están diciendo que no, donde tú estás viendo síntomas en los residentes (...) pero que como no hacían PCRs, ni a ellos ni a nosotras, no sé... Era curioso que en los centros había bajas [de personal], fallecían los residentes, y no había COVID. ¿Por qué? Porque no había PCRs. En mi centro, hasta el mes de abril no se habló de COVID (Paulina, gerocultora).*

Además, el colapso del sistema sanitario comportó para las residencias un verdadero problema y una gran responsabilidad, al tener que asumir una asistencia hacia las personas que enfermaban sin tener preparación, sin contar con medios adecuados, sin medidas de protección y con menos personal del habitual.

### 3.2. La sobrecarga de trabajo

El aumento de bajas laborales de las trabajadoras implicó un enorme sobreesfuerzo y sobrecarga de trabajo ya que, además, se incrementó exponencialmente el trabajo a

realizar, especialmente en las residencias: sectorialización del centro, traslados de habitación, aislamiento de las personas contagiadas, fumigaciones que lo alteraban todo, muertes, familias angustiadas, etc. Además, el sector tuvo problemas para cubrir las necesidades de personal: no había trabajadoras disponibles en las bolsas de empleo para prácticamente ninguna de las categorías laborales<sup>xxvi</sup> y la remuneración salarial, que puede actuar como incentivo para compensar la dureza de algunos trabajos, tampoco motivaba en estos casos. La mayoría del personal fue absorbido por los servicios hospitalarios, donde la remuneración y las condiciones laborales son mejores que en las residencias.

El trabajo se cuadruplicó, nos dice Rafaela, trabajadora de limpieza en una residencia. Efectivamente, todo el proceso de limpieza se complicó y se hizo mucho más exigente: desinfectar, volver a limpiar lo que ya estaba limpio, más cambios de ropa y más lavadoras para poner, etc. Todo ello supuso un incremento sustancial de trabajo, que tenía que asumirse con menos personal:

*"La primera semana era difícil, estábamos sin nadie. ¿Cómo lo gestionas? Yo doblé, o me quedaba más horas... estuve un par de semanas echando más horas de trabajo, doblando y quedándonos"* (Pili, auxiliar de limpieza).

Lo mismo sucedió con las auxiliares/gerocultoras, quienes relatan jornadas extenuantes. Además, el cuidado de las personas residentes ocupaba más tiempo del habitual. Había que atenderlas una a una, confinadas en sus habitaciones cuando estaban contagiadas, con todo lo que ello implicaba. Había que ponerse dos mascarillas, las gafas, la pantalla. Y también el buzo, recién desinfectado y con fuerte olor a lejía, que las ahogaba: *"si no te mataba el calor"*, dice Jenny, auxiliar, *"te mataba el olor a lejía, que te peinaba todo el cuerpo"*. Y al salir de la habitación, vuelve a empezar para entrar en otra. El personal médico y de enfermería de residencias, a su vez, estaba desbordado:

---

xxvi El gobierno central y las Comunidades Autónomas acordaron la flexibilización de los criterios y procesos para la contratación de profesionales con la finalidad de garantizar el correcto funcionamiento del sistema de servicios sociales en su conjunto y la continuidad de los mismos: Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19.

*"El tiempo desapareció, los meses, los días. Porque trabajábamos todos los días y sabías cuando entrabas, pero no cuando salías" (Sonia, médica).*

En los SAD, cuando las y los usuarios se fueron reincorporando después del confinamiento (en muchos casos se dieron de baja inicialmente por miedo al contagio), las plantillas no se reforzaron, lo que comportó un exceso de trabajo considerable: *"o sea, colapsados, desbordados en los servicios, debido a las bajas de los cuidadores"* (Estela, auxiliar de ayuda a domicilio).

### 3.3. Lidiar con la muerte

La falta de medios para poder evitar las muertes de residentes generó altos niveles de estrés y agotamiento profesional<sup>18</sup>. Se salvaron vidas, pero se vio, con impotencia, cómo morían las personas ancianas, cuatro, cinco, seis, en un mismo día.

*"Me da pánico que vuelva a pasar. Que se te mueran en los brazos, que se muera uno ahora y a las dos o tres horas fallezca otro. No te ha dado tiempo de respirar de una cosa para salir y meterte en otra" (Lily, responsable del equipo de gerocultoras).*

Ha habido situaciones espantosas, como la que vivió María José, auxiliar de limpieza, todavía traumatizada por encontrar varios cadáveres en el garaje cuando fue a buscar los instrumentos de limpieza. Habían sido dejados allí porque ya no cabían en la sala de decesos prevista normalmente. La trabajadora perdió más de diez kilos, por la fuerte impresión que esto le causó y también porque reconoció las pertenencias de personas que había conocido y tratado cuando hacía su trabajo. El fallecimiento de residentes no solo ha sido duro por la impotencia que sentían las trabajadoras, sino también por el dolor de ver morir a personas que habían cuidado durante años y con las que habían creado lazos de afecto. Por ello, lidiar con la muerte ha sido uno de los aspectos más difíciles que han tenido que enfrentar las trabajadoras de las residencias. Estíbaliz, gobernanta de limpieza, lloraba cada vez que llegaba a casa, pero *"no lloraba con berrinche, se caían las lágrimas de tristeza"* al ver que cada día era peor. Ver los resultados de las PCR le *"hacía temblar"* *"¿cuántos más? Es que fueron muchos (...), cuarenta y pico personas"*. Carla, animadora sociocultural, admite que se obsesionó con

la muerte, que no dejaba de pensar en ella, y sentencia: *"Con esto ya son veinte años más encima"*.

Muchas de las trabajadoras afrontaron la situación con el uso de la medicación, como lo confirma la encuesta COTS (tabla 2). Por ejemplo, Pili y Alicia, auxiliares de limpieza, hablan del cansancio extremo que padecían y cuando llegaban a casa *"era acostarte, tomarte una pastilla, un paracetamol, y ya está. Y al otro día lo mismo"*. Carmen, gerocultora, que ya padecía trastornos de ansiedad, admite que la pandemia agravó su estado, se encuentra en tratamiento psiquiátrico y afirma haber estado trabajando todos los días tomando ansiolíticos.

A todo ello se añade que, debido a la situación de colapso del sistema sanitario, también se ha producido un retraso en la atención médica de los padecimientos. Como se refleja en el capítulo 2 de este mismo Informe sobre los sesgos de género en la atención sanitaria y el capítulo 5 sobre el síndrome Post-COVID-19, es necesario seguir investigando sobre las secuelas para la salud de la infección por COVID-19.

### 3.4. Miedo al contagio o miedo a perder el empleo

El miedo se manifestó por distintas causas, provocando estados de ansiedad y estrés. Quienes trabajaban en el ámbito de los cuidados se convirtieron en agentes de contagio y se autopercebieron como cuerpos contaminantes, sobre todo durante el confinamiento. Expresan el miedo a contagiarse y/o contagiar a las personas atendidas y a sus propias familias, de ahí la necesidad expresada de protegerse en su trabajo para proteger, a su vez, a las demás personas.

*"Estuve muy preocupado y muy cansado por muchas razones: por no contagiar a mi pareja y a su hija, ella estaba incluso obsesionada, por lo que teníamos una zona cero en la entrada de casa en la que yo dejaba la ropa y los zapatos antes de ir directamente a la ducha; por no contagiar a mi madre a la que tuve que cuidar y hacerle la compra; por las largas colas y esperas para hacer la compra de la usuaria y por la preocupación y la salud de la usuaria"* (Vicenç, asistente personal).

En el caso de las trabajadoras del hogar y cuidados, el temor a quedarse sin ingresos fue mayor que el miedo al contagio debido a la falta de protección laboral en este sector, que no genera derecho a paro. Así, cuando muere la persona que cuidan, las trabajadoras se quedan automáticamente sin trabajo y, si son internas, sin techo. Además, muchas de ellas trabajan sin contrato. Esta situación indujo a postergar la decisión de recibir un diagnóstico o a no realizar una cuarentena en condiciones, por la falta de reconocimiento del derecho de las trabajadoras a atender su salud y la necesidad de cumplir con su trabajo<sup>19</sup>. En muchos casos la pandemia implicó un incremento de jornadas y la limitación de días de descanso. Elba, trabajadora del hogar externa sin contrato formal, ha debido soportar continuos cambios en su horario laboral, suspensiones temporales sin goce de sueldo y la imposición de medidas de protección que consideraba excesivas. Todo lo cual terminó repercutiendo negativamente en su salud. Comenzó a sentirse *"muy mal"*, le *"dolía mucho la cabeza"* y *"la tensión se [le] subía"*. Finalmente renunció a su empleo a pesar de las consecuencias económicas que esta decisión comportaba, pero su salud mejoró al poco tiempo.

Entre las trabajadoras de hogar, se dieron también situaciones de confinamiento en el lugar de trabajo, a menudo obligadas por el miedo al contagio de las familias y que eran condición para la continuidad laboral. Remedios, trabajadora de hogar interna, relató con mucha angustia los días que pasó confinada: *"ya empecé a no comer o comía llorando, me despertaba llorando, miraba por un cristal hacia la calle, llorando. Me despertaba miraba al cielo y me decía '¿será la última vez que voy a ver el paisaje?'"* Lo vive como un "trauma", y nos contó que no podía salir a la calle tranquila por el miedo a contagiarse. Además, el confinamiento comportó ansiedad y angustia ante el impedimento de ejercer la conciliación familiar<sup>20</sup>. En otros casos, las trabajadoras de hogar afrontaron la pérdida de sus empleos o la drástica reducción de las horas de trabajo en una situación de total desprotección, lo que afectó a su salud, como en el caso de Rosi, trabajadora del hogar externa, quien relató *tener "ansiedad, mucha ansiedad"*. Estaba tomando "pastillas" recetadas por su médico, siendo su valoración general que *"está todo el mundo igual, casi todas están tomando algo para poder dormir"*.

### 3.5. Medidas para evitar los contagios y sus consecuencias

Las medidas adoptadas para evitar el contagio fueron principalmente la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social, así como el uso de EPIs. Todas estas medidas, que han demostrado su efectividad durante la propagación del virus, se aplicaron sin tener en cuenta sus potenciales efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores y de las profesionales que prestan cuidados<sup>17</sup>. En las residencias, la sectorización, el aislamiento, la prohibición de visitas, y la imposibilidad de las familias de despedirse de sus seres queridos han *"afectado enormemente la humanización de la atención y del cuidado en los centros"*<sup>3</sup>. Ha habido residentes que, por ejemplo, no han llegado a comer ni a recibir la medicación en alguno de los turnos (las bandejas quedaban intactas dentro o fuera de la habitación), o que *"podían estar todo el día solos y nadie ni siquiera hacerle la higiene"* (Nerea, gerocultora).

Las directoras de las residencias consultadas destacan que la incongruencia de los protocolos y los desencuentros entre administraciones, y de estas con los centros residenciales, son debidas básicamente al desconocimiento que tienen las autoridades sanitarias sobre las residencias. *"Una residencia no es un hospital"* es una frase que nos han repetido constantemente. Además, debido a las particularidades de las personas que atienden (algunas de ellas con deterioro cognitivo), ciertas pautas aplicables en el ámbito sanitario no son aconsejables, o son incluso perjudiciales, en los centros residenciales. La recomendación de aislar en habitaciones individuales, ignorando que personas con enfermedades cognitivas no pueden comprender las razones de tal reclusión, ha tenido consecuencias dramáticas.

*"Sé de gente que han estado horas gritando o golpeando la puerta para poder salir. Claro, gente con delirium, síndrome de confusión agudo que da muchas veces cuando una persona simplemente está encerrada y pierde la noción del tiempo y del espacio. Se desorientan, empieza a haber incontinencias, empieza a haber delirios, empieza a haber agresividad, autolesiones, además, no caminan y pierden la capacidad de andar, más caídas, más graves porque tienen menos masa muscular. Quiero decir, a veces tú desencadenas unos síntomas geriátricos, lo que es mucho más mortal que el propio virus. Sin ya contar todo el tema psicológico que*

*ya destrozas a una persona, teniéndola confinada en cuatro metros cuadrados”*  
(Juan, enfermero).

Carmen, gerocultora, lloró desconsoladamente cuando subió en el autobús para acompañar a las ancianas contagiadas al Centro COVID donde las trasladaban: “¿*Tanto, tanto tienen que sufrir estas personas a esta edad?*” nos dice. Situaciones de deshumanización, magnificadas por la urgencia han generado situaciones en las que no se han respetado los requisitos mínimos de trato adecuado hacia las personas residentes, lo que ha generado angustia y malestar también entre las trabajadoras, conscientes de que no estaban prestando un buen cuidado. No se pudo hacer un duelo por la muerte de residentes, el aislamiento impidió las visitas de sus familiares y aumentó la soledad y angustia. Este es uno de los aspectos más subrayados en las entrevistas que hemos realizado y sobre el que también incide el informe de Amnistía Internacional<sup>21</sup>. En muchos casos se sostiene que las consecuencias de las medidas adoptadas han sido incluso más graves que las que pudieran surgir por contraer el propio virus: “*Muchos han fallecido por el COVID, pero otros se van a morir de pena*”, sentencia Paulina, gerocultora. Para las trabajadoras, el vínculo afectivo que se genera con las personas que cuidan hace que las condiciones de defunción y la imposibilidad para brindar unos cuidados adecuados pueda derivar en alteraciones psíquicas importantes<sup>22</sup>.

Lo mismo ha sucedido en los hogares. La soledad ha agudizado la salud emocional de las personas. Natividad, auxiliar de ayuda a domicilio, explica que por el hecho de no poder salir a la calle o hacer vida social con familiares y amistades “*ninguno de los que cuido han sido los mismos desde el primer contacto del confinamiento*”. Y lo mismo señala Bárbara: “*Algunos han vuelto... no te digo malhumorados, pero sí tristes, como desganados, como que lo que antes hacíamos con más soltura pues ahora no apetece hacer*”.

## 4. Hacia un nuevo modelo de cuidados<sup>xxvii</sup>

La crisis sanitaria ha revelado la urgente necesidad de revisar en profundidad el modelo de cuidados de larga duración, que se ha mostrado insatisfactorio y con graves carencias. La pandemia ha sido el detonante, no la causa de estas carencias y por ello hay que repensar cuáles son las reformas estructurales que permitan garantizar un envejecimiento digno. Esto requiere un cambio cultural, innovar y apostar por un sistema de cuidados que cubra las necesidades de las personas en situación de dependencia por razones de edad o discapacidad<sup>23</sup>.

El modelo residencial y de atención domiciliaria actual está pensado desde las necesidades de la gestión y organización de las empresas prestadoras de servicios y poco centrado en la persona. Envejecer no ha de significar perder la capacidad de decidir sobre nuestras vidas. Preguntémonos cómo nos gustaría envejecer y tal vez encontremos las claves para construir un nuevo modelo de cuidados. Esto nos interpela acerca del valor que damos a las personas mayores en nuestra sociedad. Y nos obliga a aplicar una perspectiva de género, dada la fuerte feminización del sector ocupacional de los cuidados, pero también de las personas mayores, mujeres en su mayoría.

Los dos grandes ejes de transformación son 1) reforzar la atención domiciliaria y 2) reducir la institucionalización. Todo ello en el marco de la colaboración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, separados en su funcionamiento actual, pero imprescindibles ambos para garantizar un modelo de atención adecuado.

- La prevención. Es necesario reconvertir los Servicios Sociales para consolidar su papel troncal en la atención social y modificar algunas de sus pautas de actuación. Es importante prevenir y actuar en los inicios de los procesos de deterioro funcional o cognitivo para evitar que se acentúen, como hace la atención primaria en sanidad. Se trata pues de potenciar los recursos públicos

---

<sup>xxvii</sup> Agradecemos a Mayte Sancho su apoyo y la información suministrada para el apartado sobre el nuevo modelo de cuidados.

para que estén dirigidos a todo el proceso de envejecimiento y no únicamente a las situaciones de dependencia más graves.

- Primero las personas. Implica reconocer el derecho a decidir de quien requiere cuidados o ayuda. Supone reconocer la diversidad de mayores y dependientes y también su agencia, no tratarles con paternalismo ni infantilismo y entender que son ciudadanos y ciudadanas con derechos y deberes. Y que, si requieren cuidados y apoyo, han de ser personalizados, lo que se sintetiza en el enfoque de la Atención Centrada en la Persona<sup>24, 25</sup>.
- Envejecer en casa es la opción culturalmente más deseada y por ello el máximo esfuerzo ha de ir dirigido a reformular, fortalecer y a ampliar los servicios que permiten permanecer en el hogar: SAD, centros de día y asistencia personal. Es imprescindible que la administración pública genere más servicios de proximidad para garantizar el derecho al cuidado y también para evitar el riesgo de que toda la intensidad de la asistencia recaiga sobre las mujeres que cuidan sin remuneración en las familias, asumiendo así su corresponsabilidad en los cuidados. Se trata también de dar apoyo a las cuidadoras familiares, para que puedan combinar con flexibilidad los diferentes recursos públicos sin verse perjudicadas en sus actividades laborales y sociales. Y hay que destacar que también las cuidadoras merecen ser cuidadas<sup>26</sup>. La figura de la gestora de casos es necesaria para organizar los diferentes recursos que se ponen en juego para efectuar la atención en el hogar y coordinar todos los apoyos que necesita la persona, tanto formales como informales, integrando también la coordinación con el sector sanitario.
- Si no es en casa, que sea como en casa. Esta idea es repetida con insistencia por Mayte Sancho, experta en planificación gerontológica, como guía para reformular los actuales centros residenciales. Se trata de reorganizar los centros en pequeñas unidades residenciales modelo hogareño, lo cual implica tanto medidas referidas al diseño del espacio físico como a la organización de la vida y actividad cotidiana. Se trata también de potenciar la participación de residentes o familiares en las decisiones y formar al personal para trabajar de acuerdo con el modelo de Atención Centrado en la Persona<sup>27</sup>.

- Envejecer en el entorno. Hay que salir de la dicotomía de envejecer en el hogar o en una residencia, cosa que depende de la situación de cada persona. Y hay que incorporar la mirada comunitaria por encima de la institucional. Se trata de poder contar con los servicios sociales y sanitarios del territorio, que han de estar integrados y coordinados, y con el acceso a los equipamientos, actividades y redes sociales que permitan la participación social y eviten la soledad no deseada. Las políticas habitacionales han de considerar la reconversión y adaptación de las viviendas existentes y potenciar nuevas formas de habitar hoy minoritarias: viviendas colaborativas o viviendas dotacionales.
- Dignificar el trabajo de las cuidadoras profesionales. La dignificación laboral requiere a su vez afrontar la cualificación de las trabajadoras del cuidado. Han de tener una buena formación, que otorgue competencias no solo en técnicas para cuidar, sino también en actitudes relacionales y en lo que implica avanzar en la personalización de la atención. Y, por supuesto, una mejora en salarios y condiciones laborales en todos los niveles profesionales, facilitando la incorporación de las trabajadoras de hogar al SAD y a la asistencia personal, que, como hemos indicado, debería ampliarse considerablemente.
- Sistema público-comunitario y corresponsabilidad. Necesitamos democratizar el cuidado. El cuidado ha de ser compartido por hombres y mujeres, tal y como se explicita en los capítulos sobre cuidados no remunerados y salud de los hombres del presente Informe. Y ha de haber también responsabilidad colectiva, a partir de la colaboración entre las administraciones públicas, empresas de iniciativa social y ámbito comunitario. En este contexto, la colaboración público-privada ha de garantizar la calidad del servicio.

Y más allá de los dispositivos concretos para asegurar el cuidado de mayores y dependientes, la sociedad ha de implicarse en todas las dimensiones que afectan al cuidado, valorando su carácter imprescindible para mantener la vida en todas sus etapas. Las ciudades cuidadoras<sup>28</sup> o las sociedades cuidadoras<sup>29</sup> son las que sitúan la vida cotidiana y la perspectiva de los cuidados como eje de las decisiones políticas. El objetivo es el de proporcionar bienestar a la ciudadanía al disponer de infraestructuras

de apoyo a la vida cotidiana, de entornos públicos seguros, de unos servicios amigables y de unos patrones de movilidad que tengan en cuenta las facilidades de acceso y el tiempo urbano. Este modelo de gobernanza centrado en los cuidados, asienta sus bases sobre la reflexión y la práctica de distintos movimientos sociales, que vienen desarrollando su trabajo desde la perspectiva del feminismo, la ecología social y la ética de los cuidados.

Llevar adelante estas propuestas depende de decisión política y de compromiso social. La pandemia ha revelado la necesidad de reforzar el sector de los cuidados de larga duración, con más inversión y el abordaje de cambios dirigidos a garantizar el derecho al cuidado y a cuidar.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Hacer posible desde las políticas públicas la posibilidad de envejecer en el entorno. Implica reconocer la libertad de elección de las personas mayores y de las personas con discapacidad respecto a los cuidados y apoyos que necesitan. Supone también incrementar los servicios de cuidado de proximidad e incorporar una atención comunitaria en la provisión de cuidados que trascienda las actuales estrategias institucionalizadoras.
2. Asegurar la calidad del cuidado y la dignidad de las personas cuidadas. Para ello es necesario mejorar los salarios y condiciones laborales de las trabajadoras y trabajadores, así como exigir una formación y acompañamiento continuado y adecuado, orientado a implementar el modelo de atención centrada en la persona.
3. Reforzar la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios. Es necesario un marco estratégico y normativo conjunto entre ambos sistemas que identifique las responsabilidades, circuitos y relación entre los actores implicados en la atención social y sanitaria de las personas que requieren cuidados de larga duración.

# Bibliografía

1. Comas-Herrera Adelina, Zalakaín Joseba, Litwin Charles, et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence (Report LTCcovid.org). International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE; 2020. <<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Mortality-associated-with-COVID-21-May-3.pdf>>
2. Comas-d'Argemir Dolors, Bofill-Poch Sílvia, editoras. El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. Fondo Supera Covid-19 Santander- CSIC-CRUE; 2021 <<https://www.antropologia.urv.cat/es/investigación/proyectos/cumade/>>
3. Del Pino Eloísa, Moreno-Fuentes Francisco, Cruz-Martínez Gibrán, et al. Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC); 2020. Doi: 10.20350/digitalCSIC/12636
4. Grupo de Trabajo Covid-19. Informe del grupo de trabajo Covid 19 y residencias (Versión final 24/11/2020). Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <[https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID\\_19\\_RESIDENCIAS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf)>
5. Zalakaín Joseba, Davey Vanessa, Suárez-González Aida. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. LTCcovid. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE; 2020. <<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>>.
6. Daly Mary. COVID-19 and care homes in England: What happened and why? Soc Policy Adm 2020;54(7):985-998. Doi: 10.1111/spol.12645
7. Deusdad Blanca, Comas-d'Argemir Dolors, Dziegielewski Sophia F. Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. J Soc Serv Res 2016;42(2):246-262. Doi: 10.1080/01488376.2015.1129013
8. Montserrat Codorniu Júlia. La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. Zerbitzuan (Vitoria-Gasteiz, Internet) 2020;73:45-60. Doi: 10.5569/1134-7147.73.04.

9. Instituto Nacional de Higiene y Salud en el Trabajo. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 2015.  
<<https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20201>>
10. Agra Beatriz. Riesgos laborales en una ocupación altamente feminizada: atención sanitaria y socioasistencial en residencias de la tercera edad. Lex Social 2021;11(2):758–779. Doi: 10.46661/lexsocial.5967
11. Salas Sergio, Llorens Clara, Navarro Albert, et al. Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: un estudio en población asalariada. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO; 2020.  
<<https://www.ccoo.es/5a2456b71be7618odaafoffd563d62eb000001.pdf>>
12. Llorens-Serrano Clara, Navarro Albert, Salas-Nicás Sergio, et al. Condiciones de trabajo y salud tras un año de pandemia. Resultados de la encuesta COTS en 2021 y comparación con 2020. Barcelona: UAB, ISTAS- CCOO; 2021.  
<<https://www.ccoo.es/b4eegadoc1c78c152ea5d609ce5a08da000001.pdf>>
13. Grupo de Trabajo Covid-19. Informe del grupo de trabajo Covid 19 y residencias (Versión final 24/11/2020). Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020.  
<[https://www.msbs.gob.es/ssi/imerso/docs/GTCOVID\\_19\\_RESIDENCIAS.pdf](https://www.msbs.gob.es/ssi/imerso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf)>
14. Unión General de Trabajadores. Seguridad social y Covid-19. Servicio de estudios de la Confederación; 2020.  
<[https://www.ugt.es/sites/default/files/20200429\\_sec\\_apuntes\\_seguridad\\_social\\_y\\_covid19.pdf](https://www.ugt.es/sites/default/files/20200429_sec_apuntes_seguridad_social_y_covid19.pdf)>
15. Ayné Maribel, Llobet Dolors, Torre Cristina. Treball i crisi de la covid-19: un impacte molt feminitzat. Barcelona: Secretaria de les Dones de CCOO de Catalunya, Centre d'Estudis i Recerca Sindicals de CCOO de Catalunya; 2021.  
<[https://www.ccoo.cat/pdf\\_documents/2021/informe-treballs-crisi-covid-impacte-feminitzat.pdf](https://www.ccoo.cat/pdf_documents/2021/informe-treballs-crisi-covid-impacte-feminitzat.pdf)>
16. European Network on Independent Living. Living Independently during COVID-19 Pandemic: Spain, <<https://enil.eu/news/living-independently-during-covid-19-pandemic-spain/>>; 2020 [consultada 20/09/2021].

17. Lázaro Raquel, Pinzó Sandra, Veiga Díaz Purificación, et al. Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados. Zerbitzuan (Vitoria-Gasteiz, Internet) 2020;73:25-43. Doi: 10.5569/1134-7147.73.03
18. Wang Huali, Li Tao, Barbarino Paola, et al. Dementia Care during COVID-19. The Lancet 2020;395:1190–1191. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30755-8.
19. Offenhenden María. "Si hay que romperse una, se rompe". El trabajo del hogar y la reproducción social estratificada. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2017. ≤ <https://www.tesisenred.net/handle/10803/460763#page=1>>
20. Parella Sonia. El sector del trabajo del hogar y de cuidados en España en tiempos de COVID-19. En: Anuario CIDOB de la Inmigración 2020. Barcelona: CIDOB; 2021. p.102-114. Doi: 10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2020.102
21. Amnistía Internacional. Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de personas mayores en residencias durante la pandemia Covid-19 en España. Madrid: Amnistía Internacional; 2020. < <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>>
22. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L.,... Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry, 7(4),e15-e16. Doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X
23. Sancho Castiello Mayte, Martínez Rodríguez Teresa. El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19. En: Informe España 2021. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J M Martín Patino; 2021, p. 337-408. ≤ <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8170520>>
24. Martínez Rodríguez Teresa, Díaz-Veiga Pura, Rodríguez Rodríguez Pilar, Sancho Castiello Mayte. Modelo de atención centrado en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos. Informes Envejecimiento en Red 12. 2015. <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>>

25. Rodríguez Rodríguez Pilar. La atención integral centrada en la persona. Madrid: Informes Portal Mayores 106; 2010. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>>
26. European Institute for Gender Equality. Gender equality and long-term care at home, Vilnius, EIGE. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. Doi: 10.2839/007919.
27. Sancho Castiello Mayte y Martínez Rodríguez Teresa. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!. Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León; 2020. Segunda parte de estudio Revisión Internacional de modelos residenciales para personas mayores. <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/Residenciasnomasdelomismo.pdf>>
28. Valdivia Blanca. Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora. Hábitat y Sociedad, 2018; 11,65-84. Doi:10.12795/HabitatySociedad.2018.i11.05
29. Camps Victòria. Sociedades que cuidan. Barcelona: Mémora Fundación; 2021 <[https://ciudadesquecuidan.com/wp-content/uploads/200610\\_Victoria-Camps\\_Sociedades-cuidadoras-1-1.pdf](https://ciudadesquecuidan.com/wp-content/uploads/200610_Victoria-Camps_Sociedades-cuidadoras-1-1.pdf)>

# Determinantes sociales de la salud y vulnerabilidad frente a la COVID-19

<b>Coordinación</b>	<b>Alberto Martín-Pérez Rodríguez</b> Subdirección General de Derechos LGTBI. Dirección General de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI. Ministerio de Igualdad.
<b>Equipo redactor</b>	<b>Alicia Negrón Fraga</b> Unidad de Apoyo e Innovación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Comunidad de Madrid. <b>Clara Benedicto Subirá</b> Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Prevención y Promoción. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. <b>Edith Pérez Alonso</b> Área de Promoción de la Salud y Equidad. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad <b>Guadalupe Pastor Moreno</b> Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. CIBER Epidemiología y Salud Pública. <b>Jara Cubillo Llanes</b> Área de Promoción de la Salud y Equidad. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad <b>M. Ángeles Rodríguez Arenas</b> Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

# Palabras clave

- COVID-19
- Determinantes sociales de la salud
- Equidad
- Género
- Vulnerabilidad

## Resumen

La pandemia de COVID-19 y las medidas implementadas para contenerla han tenido un impacto sanitario, social y económico sin precedentes, y han puesto de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud y cómo su distribución desigual ha generado inequidades y efectos desiguales para distintos grupos de población.

Este capítulo introduce cómo los determinantes sociales de la salud, como las condiciones de empleo, el trabajo doméstico o la vivienda, atravesados por distintos ejes de desigualdad, entre los que el género ocupa un lugar especial, han condicionado la exposición a la infección, el acceso a las medidas preventivas y de control y su efectividad, y la evolución de la enfermedad, generando a su vez un impacto socioeconómico desigual, y recrudeciendo o generando nuevos contextos de fragilidad.

Se analiza la manera en que las desigualdades de género han condicionado la exposición a la infección, las dificultades para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de casos y contactos, la adherencia a las medidas de aislamiento y cuarentena (vulnerabilidad epidemiológica), y diferentes situaciones de vulnerabilidad clínica.

Esta situación requiere un abordaje integral con enfoque de equidad, que mitigue las desigualdades sociales en salud preexistentes y generadas por la pandemia, incluidas las de género, y un compromiso de mejorar la vigilancia epidemiológica, desagregando los datos por sexo e incorporando otras variables de análisis que permitan una distribución más equitativa y eficaz de los recursos y las estrategias de prevención.

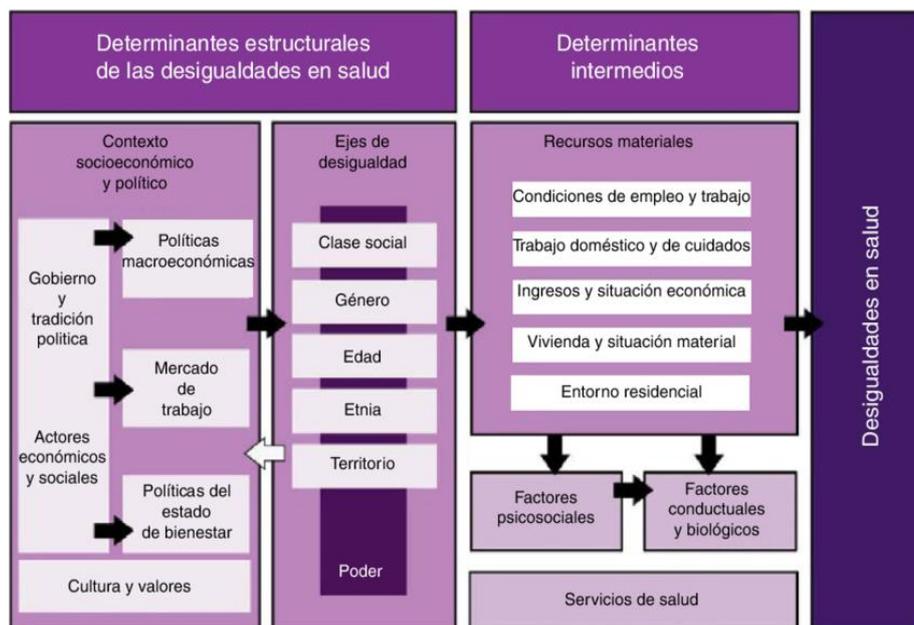
# 1. Introducción

La pandemia de COVID-19 y las medidas implementadas para contenerla han tenido un impacto sanitario, social y económico sin precedentes. Se ha puesto de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud, es decir, de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que influyen sobre las condiciones de la vida<sup>1</sup>. Varios modelos explican cómo los determinantes sociales influyen a diferentes niveles, de tal forma que se puede hablar de un nivel superior donde estarían los determinantes socioeconómicos, políticos, comerciales, culturales y ambientales; un nivel intermedio en el que se sitúan las condiciones materiales, es decir de trabajo, educación, residencia, vivienda y atención sanitaria; y un tercer nivel donde se encuentran los factores psicosociales y los estilos de vida.

La distribución desigual de estos determinantes sociales genera desigualdades sociales en salud o inequidades, diferencias en salud que son evitables, injustas, y que se producen de forma sistemática entre grupos de una población. Su origen es social, fruto de un acceso diferencial a derechos, oportunidades y recursos, y son la causa de los efectos desiguales sobre la población que ha tenido la COVID-19.

Los ejes de desigualdad, entre los que se incluye el género, y su intersección con otros ejes como la clase social, la etnia, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o el territorio, explican en parte estas desigualdades en salud, así como los efectos desiguales de la pandemia de COVID-19 para distintos grupos de población.

**Gráfico 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud**



FUENTE: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010<sup>2</sup>

## 2. Determinantes de las desigualdades en salud

Las desigualdades sociales en salud son el resultado de procesos de estratificación y exclusión social. Las causas últimas de este reparto desigual reciben el nombre de determinantes estructurales (Gráfico 1). A esta categoría pertenecen las políticas macroeconómicas y de bienestar, las estructuras sociales y de mercado, el tipo de gobierno, los agentes sociales y económicos influyentes, la cultura y los valores predominantes.

Pero los determinantes estructurales no operan directamente sobre la salud, sino que generan desigualdades en salud a través de los determinantes intermedios. Los grupos peor situados en la escala social viven en circunstancias materiales y psicosociales menos favorables, por lo que pueden tener más limitaciones para acceder a recursos que pueden mejorar la salud, en comparación con las personas mejor situadas en la escala social (Merino y Esteban, 2016).

Desde el inicio de la pandemia, se ha visto cómo estos determinantes intermedios condicionaban la probabilidad de enfermar o no y la evolución de la enfermedad. De tal modo, factores como la precariedad laboral, habitacional y económica<sup>3</sup>, residir en zonas socialmente desfavorecidas<sup>4,5</sup>, o los cuidados<sup>6</sup>, atravesados por los diferentes ejes de desigualdad, como la edad, el origen étnico<sup>7</sup> o el género se pueden relacionar con una mayor exposición y riesgo de

contagio, un peor acceso y/o una efectividad limitada de las medidas preventivas y de control, o con un curso más desfavorable de la enfermedad.

La COVID-19 se suma así a otras enfermedades que siguen un gradiente social en detrimento de las poblaciones más desfavorecidas. Los determinantes sociales interactúan entre sí, con las enfermedades preexistentes y con la COVID-19 de forma sinérgica, provocando un impacto mayor en salud que el que tendrían por separado. Esta situación, denominada sindemia, requiere un abordaje integral con enfoque de equidad, que mitigue las desigualdades sociales en salud<sup>8,9</sup>, incluidas las de género, tanto las preexistentes como las generadas por la pandemia.

Las desigualdades en salud generan diferentes situaciones de vulnerabilidad social entre los grupos sociales. Dicha vulnerabilidad se produce en mayor o menor medida ante la privación tanto de recursos, como de estructuras públicas y comunitarias y provoca la inseguridad e indefensión que experimentan algunas personas, familias y comunidades en sus condiciones de vida y en su capacidad para acceder a recursos y poner en marcha estrategias de afrontamiento<sup>8,10</sup>. Es el resultado de dinámicas sociales de no reconocimiento de derechos en base a ejes estructurales de desigualdad como la edad, la etnia o el sexo y a otros determinantes, como la posición económica, el nivel educativo, el empleo, condiciones laborales, el estatus migratorio, la situación administrativa, la diversidad sexual o la discapacidad<sup>8</sup>. Los ejes de desigualdad interactúan entre sí haciendo crecer la vulnerabilidad de manera exponencial, ocupando entre ellos el género un lugar especial, al atravesar todos los demás y producir mayores desigualdades en salud para las mujeres, por lo que es necesario un enfoque de género e interseccional. Un ejemplo claro es el de las mujeres gitanas que experimentan una discriminación múltiple (interseccionan, al menos, el eje género, etnia y clase social, pudiéndose añadir según el contexto otros como ruralidad, discapacidad, identidad y expresión de género u orientación sexual). Las evidencias indican que sus niveles de exclusión social, laboral, sanitaria y política superan a la clase social más desfavorecida de la población general en España.

Las personas en situación de mayor vulnerabilidad social presentan un peor pronóstico de la COVID-19 debido a su peor estado de salud de base<sup>3,4,7,10</sup>. A su vez, la pandemia y las medidas para su control han tenido un impacto socioeconómico desigual, recrudesciendo o generando nuevos contextos de fragilidad<sup>10,11</sup>. A continuación, se exponen ejemplos de cómo el género ha producido diferentes situaciones de vulnerabilidad frente a la COVID-19 al interactuar con algunos de los determinantes intermedios de la salud.

## 2.1. Condiciones de empleo y de trabajo<sup>xxviii</sup>.

A escala mundial, las mujeres se han visto más afectadas por la pérdida de empleo durante la pandemia. En España, especialmente durante los primeros trimestres, la caída del empleo, de la población activa y de las horas de trabajo efectivas fue significativamente mayor en mujeres (incremento de la tasa de paro del 17,4% frente al 13,4% en hombres, y de mujeres desempleadas de un 13% frente a un 8,9%)<sup>12</sup>.

Además, las mujeres sufren mayor precariedad laboral, lo que las sitúa en un peor lugar para afrontar un nuevo periodo de crisis. En 2020 tenían un empleo parcial el 6,8% de los hombres frente al 22,8% de las mujeres, y durante la pandemia el porcentaje de contratos temporales en mujeres ha sido mayor (26,7% frente al 22%)<sup>13</sup>. Algunos de los sectores más afectados, comercio, turismo y hostelería, están altamente feminizados y se asocian a trabajos con mayor temporalidad y sueldos más bajos. A esto se suma la irregularidad en la que se encuentra un alto porcentaje de las trabajadoras del servicio doméstico y la ausencia de medidas de prevención de riesgos para su salud<sup>14</sup>. La brecha salarial de género se ha incrementado durante la pandemia, siendo de un 20,3%, elevándose al 36,4% en los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE)<sup>15</sup>. La recuperación para las mujeres tras la pandemia será más costosa y lenta, especialmente en jóvenes, mayores y mujeres con baja cualificación. Esa fue la tendencia tras la crisis del ébola<sup>16</sup>, en la que los hombres también perdieron empleo, pero lo recuperaron mucho más rápido, como señala la Organización Mundial del Trabajo respecto a la COVID-19<sup>17</sup>.

## 2.2. Trabajo doméstico y de cuidados<sup>xxix</sup>.

En la situación de confinamiento domiciliario, los hogares se convirtieron en el centro de actividad. El rol tradicional de cuidadoras asignado a las mujeres las ha ubicado en un lugar de mayor responsabilidad en la respuesta a la crisis en el ámbito familiar y ha supuesto para ellas mayor presión por compatibilizar el teletrabajo con el cuidado de la familia y las tareas domésticas<sup>18-20</sup>. Todo apuntaba a que la organización social de los cuidados existente era poco

---

<sup>xxviii</sup> La influencia del género en las condiciones de empleo y trabajo durante la pandemia por COVID-19 se aborda con más detalle en el capítulo 8 de este monográfico.

<sup>xxix</sup> Los cuidados no remunerados durante la pandemia por COVID-19 se abordan con más detalle en el capítulo 7 de este monográfico.

sostenible, pero con la llegada de la pandemia las responsabilidades de trabajo doméstico y de cuidado en los hogares han aumentado<sup>21</sup>. A las dificultades habituales de conciliación y la falta de corresponsabilidad se han sumado el cierre de centros educativos, la suspensión de servicios que facilitan la conciliación, la interrupción de los servicios públicos y privados de atención a personas mayores y personas con discapacidad u otras necesidades, y las restricciones en las redes de apoyo de los hogares.

Esta “re-familiarización” de los cuidados ha tenido un impacto importante en la vida de mujeres y hombres, pero el impacto ha sido asimétrico y ha afectado, sobre todo, a las mujeres<sup>22</sup>.

## 2.3. Vivienda y situación material

Las situaciones de hacinamiento, unidas a las condiciones precarias de la vivienda, conllevan dificultades para mantener las medidas de prevención y control de la infección como el aislamiento y la cuarentena. La precariedad extrema de algunas viviendas, sin acceso a agua o sin opciones para lavar la ropa en el hogar, también ha imposibilitado las medidas de higiene.

Quizá la manifestación más extrema de la precariedad habitacional sea el sinhogarismo, un concepto amplio que incluye no solo a las personas que viven en la calle o “sin techo”, sino también a las personas sin vivienda que pernoctan en albergues, alojamientos temporales, institucionales o de apoyo, y a aquellas que viven en viviendas inseguras o inadecuadas<sup>23</sup>. Según la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020, de las 36.000 personas sin hogar que hay en España<sup>24</sup>, probablemente más en la actualidad, son mujeres una de cada 4 o una de cada 5<sup>25,26</sup>.

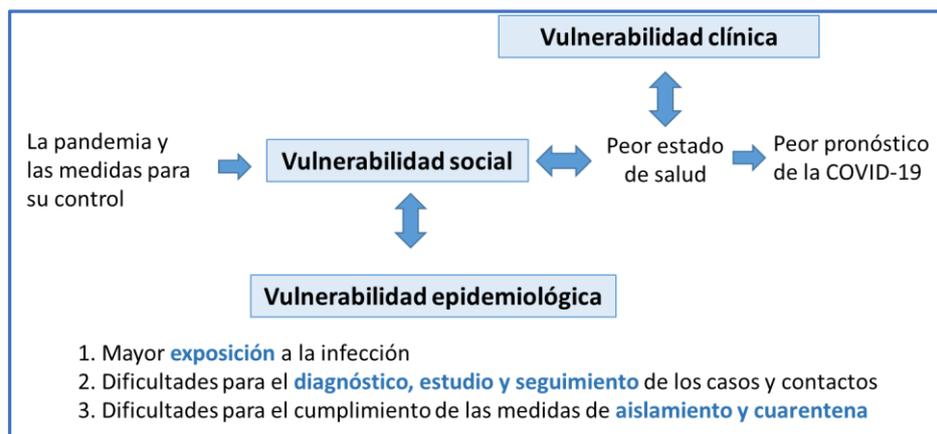
Por otro lado, algunas viviendas colectivas, como residencias o albergues han protagonizado brotes de la infección cuando no disponen de medios para garantizar medidas higiénicas y de separación<sup>27</sup> y para las que la respuesta de salud pública ha sido descrita como insuficiente e inadecuada en muchos casos<sup>28, 29</sup>. En este tipo de establecimientos residen más mujeres que hombres, sobre todo entre las personas de edad más avanzada. Sabemos que la infección tuvo mayor mortalidad en las personas de más edad, y también que hubo un exceso de mortalidad sobrevenida debida a la COVID-19, aunque no siempre atribuible a la infección. Esta sobremortalidad fue significativamente más elevada en personas de edades avanzadas (por encima de los 75 años), con mayor grado de dependencia y/o que vivían en residencias, y en mujeres frente a hombres (especialmente en personas de 80 y más años)<sup>30,31</sup>.

El impacto socioeconómico de la pandemia ha incrementado la precariedad de las condiciones habitacionales. La paralización de la actividad económica ha puesto en situación de vulnerabilidad social a muchas personas, aumentando el riesgo de desahucio o de cortes en el suministro de bienes energéticos básicos (energía eléctrica, agua y gas)<sup>32</sup>.

Si bien las medidas relacionadas con el confinamiento y las restricciones de movilidad han posibilitado controlar la propagación del virus, también han supuesto un riesgo para la vida, la salud y la seguridad de muchas mujeres que han tenido que convivir con sus agresores.

Estas situaciones de vulnerabilidad social requieren una combinación de medidas específicas dirigidas a paliarlas y medidas universales que no dejen a nadie atrás<sup>33</sup>. Con este fin, el Ministerio de Sanidad publicó recomendaciones dirigidas a personas con capacidad de toma de decisiones y a profesionales<sup>34</sup>. Este documento revisa la relación entre vulnerabilidad epidemiológica, determinantes intermedios de las desigualdades que más influyen en ella (vulnerabilidad social), y vulnerabilidad clínica (gráfico 2).

**Gráfico 2. Modelo de análisis de vulnerabilidad social, clínica y epidemiológica frente a la COVID-19**



FUENTE. Ministerio de Sanidad; 2020<sup>34</sup>.

### 3. Vulnerabilidad epidemiológica.

La vulnerabilidad epidemiológica analizada desde la perspectiva de género observa aquellas situaciones que incrementan el riesgo de infección por COVID-19 y/o de un peor curso de la misma, por el hecho de ser hombre o mujer. Las diferencias biológicas entre sexos conllevan una construcción social diferenciada como hombre y mujer, con atributos, identidades, roles y estereotipos asociados a cada sexo, que vienen a configurar el mandato de género. Estas desigualdades pueden incidir en la exposición a la infección, en el acceso al diagnóstico, estudio

y seguimiento de casos y contactos, y/o en la capacidad y posibilidad de cumplir las medidas de aislamiento y cuarentena, en las que se concretan las inequidades en salud por razón de género.

### 3.1. Mayor exposición a la infección.

La asunción de los roles de cuidado, tanto en el ámbito informal, como en el formal, se relaciona con una mayor exposición a la infección.

Un sector especialmente expuesto y vulnerable a los contagios ha sido el sociosanitario, eminentemente feminizado. Durante la primera ola, el 25% de los casos diagnosticados (40.961 personas) se dieron entre el personal sanitario, el 75% en mujeres<sup>35</sup>. Según datos posteriores, los casos en personal sociosanitario han disminuido por debajo del 5% del total, pero sigue siendo tres veces superior en mujeres. El 78% del personal sanitario o sociosanitario con COVID-19 son mujeres<sup>36</sup>. Además, hay grupos de mujeres con mayor vulnerabilidad: los servicios de limpieza en centros sanitarios, externalizados en muchas CCAA, con más problemas para disponer de material de protección o formación específica, y que no han podido beneficiarse de medidas como la declaración de accidente de trabajo por contagio por SARS-CoV-2. Por otra parte, algunos estudios evidencian que el grado de ajuste de las mascarillas es menor en mujeres y en personas de origen asiático, debido a su infrarrepresentación en los grupos de pruebas para este producto de protección. Esto puede aumentar su exposición y riesgo de contagio<sup>37</sup>.

Las profesiones relacionadas con los cuidados están generalmente desempeñadas por mujeres, especialmente de nivel socioeconómico bajo, y con frecuencia migrantes. A nivel europeo, son mujeres el 93% del personal de guardería y asistentes de profesorado, el 86% de las auxiliares sanitarias, el 95% de las limpiadoras domésticas y el 82% de las cajeras de supermercado. Estos trabajos son, además, los peor valorados y pagados en la UE<sup>38</sup>. Cabe añadir que el grueso del trabajo de cuidados, en torno al 90%, es asumido de manera informal y no remunerada por el entorno familiar, vecindario y redes de amistad<sup>39</sup>, principalmente por mujeres<sup>40</sup>, que también han tenido mayor dificultad de acceso a medidas de protección.

El estudio de seroprevalencia del Instituto de Salud Carlos III, en su 4ª ronda, estima una prevalencia acumulada de SARS-CoV-2 de casi un 10% en población general, pero el subgrupo de personal sanitario alcanza un 16,8% y las mujeres que cuidan personas dependientes a domicilio un 16,3%, representando las cifras más altas entre la población activa<sup>41</sup>.

Por otra parte, en relación con la vivienda, se han dado situaciones de mayor vulnerabilidad ligada a condiciones como el hacinamiento en colectivos específicos, como personas temporeras hortofrutícolas, en las que ha habido brotes<sup>42</sup>.

El gran impacto de la pandemia en las personas mayores que habitan en residencias ha sido ampliamente difundido. De ellas, el 70% son mujeres y además tienen mayor edad<sup>43</sup>. En este ámbito, las muertes notificadas hasta octubre de 2020 constituyeron más de la mitad de las muertes totales<sup>44</sup>.

Por último, en lo relacionado con el entorno urbano y movilidad, las mujeres usan más el transporte público que los vehículos privados, realizan más desplazamientos más cortos y practican más la intermodalidad (combinación de diferentes medios de transporte para los desplazamientos)<sup>45</sup>, por lo que en situación de pandemia han estado más expuestas a espacios cerrados y concurridos.

## 3.2. Mayores dificultades para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de los casos y contactos.

Las mujeres usan más los servicios ambulatorios como la Atención Primaria (AP)<sup>46</sup> que han sido los más desbordados y con más barreras de accesibilidad,<sup>47</sup> mientras que los hombres han mantenido una mayor hospitalización, tanto antes como después de la pandemia, tal y como hemos podido ver en el capítulo de Sesgos de Género de este monográfico.

Las mujeres de mayor edad han tenido barreras para el acceso o derivación a pruebas diagnósticas y a servicios hospitalarios, especialmente durante la primera ola de la pandemia. Es significativamente superior la proporción de mujeres en los diagnósticos de "caso sospechoso" frente a "caso confirmado" en las estadísticas de mortalidad del primer semestre de 2020, lo que hace pensar que estas mujeres no pudieron acceder a la realización de una prueba diagnóstica de confirmación en este periodo, cuando en general solo era posible acceder a ellas desde el ámbito hospitalario.

En población migrante las barreras administrativas y de idioma para el acceso al sistema sanitario se han agudizado, presentando mayor dificultad para la modalidad de atención telefónica, con mayor incidencia en las mujeres en situación administrativa irregular, que han podido estar más expuestas cuando trabajan en el sector de cuidados en la economía

sumergida, a lo que se ha sumado una mayor dificultad para el diagnóstico, estudio y seguimiento por dificultades burocráticas en el acceso al sistema.

En zonas rurales pequeñas y/o dispersas una mayor dificultad de acceso a realización de pruebas diagnósticas o valoraciones clínicas se ha podido acentuar si no se dispone de vehículo privado, situación más frecuente en mujeres mayores. Por último, menores ingresos y un nivel de estudios más bajo se asocian con una mayor brecha digital, tanto en el acceso a telefonía móvil como a internet, lo que ha debido suponer mayor dificultad de acceso a consultas sanitarias, especialmente en las personas mayores por la degeneración visual y auditiva propia de la edad y en el ámbito rural, siendo la brecha más acusada para mujeres<sup>48</sup>.

### 3.3. Mayores dificultades para cumplir las medidas de aislamiento y cuarentena.

Muchas de las circunstancias expuestas se asocian también con dificultades para cumplir las medidas de aislamiento y cuarentena, como son las condiciones de vivienda con hacinamiento o con convivencia de varias generaciones, la precariedad habitacional, o las cuidadoras internas en hogares.

Los roles de cuidado pueden dificultar el mantenimiento de la distancia física, especialmente en familias monomarentales, o cuando se depende de redes de cuidados para sostener la doble jornada. Lo mismo sucede en aquellos trabajos precarios, informales o carentes de marco regulatorio como las peonadas, el empleo doméstico o las *kellys*, y en situaciones al margen de la ley como la prostitución y la economía sumergida.

La situación de sinhogarismo no permite confinamientos, cuarentenas, o medidas de higiene, lo que aumenta la vulnerabilidad a la infección. No obstante, estas personas no suelen hacer uso del sistema sanitario<sup>49</sup> por motivos administrativos y socioculturales, por lo que probablemente si no han estado en alojamientos colectivos, sólo se haya buscado atención sanitaria en los casos más graves.

## 4. Vulnerabilidad clínica

Aunque el número de contagios en España es ligeramente superior en mujeres, los datos actuales indican que la tasa de neumonías y la mortalidad son mayores en hombres. Esto se atribuye a variables genéticas, hormonales e inmunológicas, pero también a diferencias relacionadas con estilos de vida y factores de riesgo, como el tabaquismo, el consumo de

alcohol o la obesidad, que están influidos por los roles de género<sup>50</sup>. Además, conductas relacionadas con la masculinidad como el rechazo de prácticas preventivas, la baja percepción de riesgo y el retraso en la búsqueda de ayuda influyen tanto en la existencia y grado de control de las enfermedades previas, como en la adopción de medidas de control de la infección y en la atención sanitaria<sup>51</sup>.

Por otra parte, la falta de desagregación por sexo de muchos de los datos junto a la priorización del fenotipo respiratorio más marcado en hombres, en detrimento de otras afectaciones como las cardiológicas, digestivas, neurológicas o tromboembólicas, podrían estar provocando un sesgo de género que priorice la atención a los hombres en base a la información disponible, como ya ha ocurrido en múltiples patologías, incluidas las infecciosas<sup>52</sup>.

La estimación de gravedad se realiza a través de ingresos hospitalarios y en UCI, sin embargo, hay escasa información sobre las muertes extrahospitalarias. Además, el exceso de mortalidad ocurrido desde el 10 de marzo hasta el 29 de agosto de 2020 es mucho mayor en mujeres, concentrándose especialmente en mayores de 74 años<sup>53</sup>. Todo esto podría indicar una infraestimación de casos y muertes por COVID-19 en mujeres.

La gestación supone otra situación de vulnerabilidad clínica para las mujeres. Aproximadamente un 15% de las mujeres infectadas por SARS-CoV-2 en estado de gestación evolucionan de manera grave, un 4% requieren ingreso en unidad de cuidados intensivos y un 3% ventilación invasiva. Parece que la gestación se asocia a un mayor riesgo de infección severa respecto a la población no gestante. Las formas graves presentan como complicaciones neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), enfermedad tromboembólica, sobreinfección respiratoria bacteriana, alteraciones cardíacas, encefalitis, sepsis y shock séptico.

Según datos del INE, en 2020 hubo un 35% más de ausencias laborales justificadas en mujeres (incapacidad temporal o similar) respecto a hombres. Esto supone una reducción de diferencia entre hombres y mujeres al respecto, ya que en 2019 se ausentaron un 56% más de mujeres que de hombres. Esta diferencia llamativa puede hacer pensar que, en plena pandemia, las mujeres tuvieron un mayor presencialismo.

En cuanto a la llamada COVID persistente o long-COVID<sup>19</sup>, tratada en mayor profundidad en el capítulo que lleva su nombre, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) prevé que la carga por este motivo será alta en el futuro, debido a la alta incidencia de síntomas persistentes y secuelas entre las personas con infección diagnosticada,

por lo que será preciso un abordaje multidisciplinar para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo a estas personas<sup>54</sup>. La evidencia apunta a que las mujeres sufren en mayor proporción y con mayor frecuencia long COVID<sup>55-58</sup>, pudiendo estar justificada esta diferencia por procesos de autoinmunidad<sup>59</sup>, también más frecuentes en mujeres. La interacción con otros impactos de la pandemia (mayores en mujeres) sobre el empleo o los ingresos, pone en evidencia el potencial riesgo de un aumento de desigualdades de género en salud motivado por el impacto de esta pandemia.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Identificar las poblaciones más afectadas por la pandemia, introduciendo si es necesario, nuevas variables e indicadores en los registros y sistemas de información, de forma que se puedan establecer prioridades en la atención y ser más equitativos en la distribución de los recursos.
2. Desagregar los datos por sexo y analizar la información epidemiológica en intersección con otros ejes de desigualdad como edad, localización geográfica, origen étnico y país de nacimiento. Además, siempre que sea posible, debería ajustarse esta información por otras variables sociodemográficas que pudieran tener relación con el impacto desigual de la pandemia (nivel de ingresos, nivel educativo, índice de privación del territorio, situación de empleo, ocupación, actividad laboral, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, entre otras), que nos permita describir las situaciones de vulnerabilidad epidemiológica, clínica y social para su abordaje en coordinación con el resto de actores gubernamentales.
3. Introducir un enfoque de género y cultural en la información dirigida a facilitar el uso correcto de medidas y materiales preventivos, prestando especial atención a las necesidades lingüísticas, de comprensión y accesibilidad de los grupos de mujeres con mayor vulnerabilidad, adaptando, traduciendo, subtitulando, empleando lengua de signos, audio-descripción, pictogramas, etc. para el contenido de los mensajes; facilitando también materiales en formato impreso en lugares estratégicos para reducir la brecha digital; y empleando los canales apropiados, incluidos los de la sociedad civil y entidades sociales que trabajan con mujeres.

# Bibliografía

- <sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud, <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> [consultada 21/05/2022].
- <sup>2</sup> Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid; 2015. [consultado 21/05/2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politiclas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf)
- <sup>3</sup> Little Christine, Alsen Mathilda, Barlow Joshua, et al. The Impact of Socioeconomic Status on the Clinical Outcomes of COVID-19; a Retrospective Cohort Study. J Community Health 2021;46(4):794-802.
- <sup>4</sup> Emeruwa Ukachi N, Ona Samsiya, L. Shaman Jeffrey et al. Associations Between Built Environment, Neighborhood Socioeconomic Status, and SARS-CoV-2 Infection Among Pregnant Women in New York City. JAMA 2020;324(4):390-2.
- <sup>5</sup> Chang Serina, Pierson Emma, Wei Koh Pang, et al. Mobility network models of COVID-19 explain inequities and inform reopening. Nature 2021; 589:82-7.
- <sup>6</sup> World Health Organization. Regional Office for Europe. COVID-19 health equity impact policy brief: informal workers. Copenhagen; 2020. [consultado 21/05/2022]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2020/covid19-health-equity-impact-policy-brief-informal-workers-2020>
- <sup>7</sup> Ogedegbe Gbenga, Ravenell Joseph, Adhikari Samrachana, et al. Assessment of Racial/Ethnic Disparities in Hospitalization and Mortality in Patients With COVID-19 in New York City. JAMA Netw Open 2020;3(12): e2026881.
- <sup>8</sup> Bambra Clare, Riordan Ryan, Ford John, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health 2020;74:964-8.

<sup>9</sup> Glover Rebecca E, van Schalkwyk May CI, Akl Elie A, et al. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *J Clin Epidemiol* 2020;128:35-48.

<sup>10</sup> Ramasco-Gutiérrez Milagros, Heras-Mosteiro Julio, Garabato-González Sonsoles, et al. Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit* 2017;31(5):432-5.

<sup>11</sup> Patel J, Nielsen F, Badiani A, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health* 2020;183:110-1.

<sup>12</sup> Gómez García Marina, Hospido Quintana Laura, Sanz Alonso Carlos. El impacto diferencial por sexos de la crisis del COVID-19 en el mercado de trabajo español. En: Banco de España. Informe trimestral de la economía española. Madrid; 2021. Disponible en:

<https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/Informe%20trimestral/21/Recuadros/Fich/be2103-it-Rec5.pdf>

<sup>13</sup> Carbonero María Antonia, Abril David. Cambios en las condiciones de trabajo. En: Ayala Cañón Luis, Laparra Navarro Miguel y Rodríguez Cabrero Gregorio. Coordinadores. Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Madrid: Fundación FOESSA; 2022. p. 62-6.

<sup>14</sup> Bajo García Irene. El sector del servicio doméstico en tiempos de pandemia: la precariedad que no cesa. *Noticias CIELO*. 2020;(5):3. [consultado 21/05/2022]. Disponible en: [http://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/05/bajo\\_noticias\\_cielo\\_n5\\_2020.pdf](http://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/05/bajo_noticias_cielo_n5_2020.pdf)

<sup>15</sup> Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF). Informe brecha salarial de género. Febrero 2022. Madrid;2022. [consultado 21/05/2022] Disponible en: [https://www.csif.es/sites/default/files/field/file/CSIF.%20Informe%20brecha%20salarial%20de%20g%C3%A9nero.%20Febrero%202022.\\_1.pdf](https://www.csif.es/sites/default/files/field/file/CSIF.%20Informe%20brecha%20salarial%20de%20g%C3%A9nero.%20Febrero%202022._1.pdf)

<sup>16</sup> Davies Sara E, Bennett Belinda. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs* 2020; 92(5):1041-60.

<sup>17</sup> Organización Internacional del Trabajo. Avanzar en la reconstrucción con más equidad: Los derechos de las mujeres al trabajo y en el trabajo, en el centro de la

recuperación de la COVID-19. Geneva;2021 [consultado 21/05/2022] Disponible en:

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms\\_814506.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_814506.pdf)

<sup>18</sup> Seiz Marta. Desigualdades en la división del trabajo en familias con menores durante el confinamiento por COVID-19 en España: ¿Hacia una mayor polarización socioeconómica y de género? *IgualdadES*. 2020;2(3):403-35.

<sup>19</sup> Lyttelton Thomas, Zang Emma, Musick Kelly. Gender Differences in Telecommuting and Implications for Inequality at Home and Work. *SocArXiv*. 2020. doi:10.31235/osf.io/tdf8c.

<sup>20</sup> Del Río Lozano María, Calvente García María del Mar, Grupo de Alumnado del Diploma de Especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública – Universidad de Granada. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gac Sanit* 2021;35(6)594-7.

<sup>21</sup> Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. La igualdad en época de pandemia. El impacto de la COVID-19 desde la perspectiva de género. Vitoria – Gasteiz;2020 [consultado 21/05/2022]. Disponible en:

[https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde\\_covid19/eu\\_def/adjuntos/2020.07.la\\_igualdad\\_en\\_epoca\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde_covid19/eu_def/adjuntos/2020.07.la_igualdad_en_epoca_de_pandemia.pdf)

<sup>22</sup> Farré Lidia, Fawaz Yanire, González Libertad, et al. How the COVID-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. *IZA Discussion Papers* 2020;13434.

<sup>23</sup> Federation of National Organizations Working with the Homeless. On the Way Home? FEANTSA Monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe. Brussels: FEANTSA. 2012.

<sup>24</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia nacional integral para personas sin hogar 2015-2020. Madrid;2015. [consultado 21/05/2022]. Disponible en:

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>

<sup>25</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre las personas sin hogar. Avance de resultados año 2012. Madrid, <https://www.ine.es/prensa/np761.pdf> ;2012 [consultado 21/05/2022]

- <sup>26</sup> Franco, Lucía. Casi 2.800 personas sin hogar en Madrid, según el censo municipal. El País. Madrid, 12 abril 2019. [https://elpais.com/ccaa/2019/04/12/madrid/1555060451\\_218787.html](https://elpais.com/ccaa/2019/04/12/madrid/1555060451_218787.html). ;2019 [consultado 21/05/2022].
- <sup>27</sup> Federación Trabajando en Positivo. Informe sobre el impacto de la Covid-19 en colectivos en exclusión social y sus necesidades prioritarias. Valencia; 2020. [consultado 21/05/2022] Disponible en: [http://www.trabajandoenpositivo.org/documentos/informe\\_necesidadesycolectivos\\_covid19.pdf](http://www.trabajandoenpositivo.org/documentos/informe_necesidadesycolectivos_covid19.pdf)
- <sup>28</sup> Tackle coronavirus in vulnerable communities. Nature. 2020; 581:239–40. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01440-3> [Consultado 24/05/2022]
- <sup>29</sup> Turner-Musa Jocelyn, Ajayi Oluwatoyin, Kemp Layschel. Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. Healthcare (Basel) 2020;12(8):168.
- <sup>30</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). MoMo en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) Nota ejecutiva. Datos a 30 de junio de 2020. Madrid;2020. [consultado 21/05/2021] Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/momo\\_de\\_p\\_202009.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/momo_de_p_202009.pdf)
- <sup>31</sup> Marbán Gallego Vicente, Montserrat Codorniu Julia, Rodríguez Cabrero Gregorio. El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. Ciência & Saúde coletiva 2021;26(1):159-68.
- <sup>32</sup> García Roldán Patricia, Millán Carrasco Almudena. Crisis por COVID-19 y abordaje integral de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/crisis-por-covid-19-y-abordaje-integral-de-la-salud/>;2020 [consultada 21/05/2022].
- <sup>33</sup> Glover Rebecca E, van Schalkwyk May CI, Akl Elie A, et al. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. J Clin Epidemiol 2020;128:35-48.
- <sup>34</sup> Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y COVID- 19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales.

Madrid; 2020. [consultado 21/05/2022] Disponible en:

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)

<sup>35</sup> Equipo COVID-19 RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Madrid; 2020. [consultado el 21/05/2022]. Disponible en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

<sup>36</sup> Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Informe nº 67. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Madrid; 2021. [consultado 21/05/2022]. Disponible en:

[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2067\\_24%20de%20febrero%20de%202021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2067_24%20de%20febrero%20de%202021.pdf)

<sup>37</sup> Regli A, Sommerfield B, von Ungern-Sternberg BS. The role of fit testing N95/FFP2/FFP3 masks: a narrative review. *Anaesthesia* 2021;76:91-100.

<sup>38</sup> European Institute for Gender Equality. Essential workers. <https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/essential-workers>; 2020 [consultado 21/05/2022].

<sup>39</sup> Escartín Patricia, Gimeno Luis. Cuidar los barrios que habitamos. En: Ruiz-Giménez Juan Luis, Pérez Alonso Edith, Girón Antonio. Los Cuidados. Saberes y experiencias para cuidar los barrios que habitamos. Libros en Acción, 2018. p.173-177.

<sup>40</sup> García-Calvente M<sup>a</sup> Mar, Mateo Rodríguez Inmaculada; Maroto Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 2):83-92.

<sup>41</sup> CNE, CNM (ISCIII). Ministerio de Sanidad. Estudio ENE-COVID Cuarta ronda 15/dic, [https://portalcne.isciii.es/enecovid19/informes/informe\\_cuarta\\_ronda.pdf](https://portalcne.isciii.es/enecovid19/informes/informe_cuarta_ronda.pdf) ; 2022 [consultado 21/05/2022].

- <sup>42</sup> United Nations. Human Rights Council. Forty-fourth session. 15 June-3 July 2020. Visit to Spain. Report of the Special Rapporteur on the extreme poverty and human rights, <https://undocs.org/A/HRC/44/40/Add.2>; 2020 [consultado 21/05/2022].
- <sup>43</sup> Instituto Nacional de Estadística. Censo de población y viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos, <https://www.ine.es/prensa/np777.pdf>; 2013 [consultado 21/05/2022].
- <sup>44</sup> OECD. European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, Paris; 2020 [consultado 21/05/2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- <sup>45</sup> Brown Donald, McGranaham Gordon, Dodman David. Urban informality and building more inclusive, resilient and green economy. IIED Working Paper. London: IIED;2014.
- <sup>46</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro Sanitario 2019. Tabulación por sexo. Estudio nº8819, [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2019/Tabla\\_sexo.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/Tabla_sexo.pdf); 2019 [consultado 21/05/2022].
- <sup>47</sup> Amnistía Internacional. La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la atención primaria en España, <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/la-otra-pandemia-la-atencion-primaria-entre-el-abandono-y-el-desmantelamiento/>; 2021 [consultado 21/05/2022].
- <sup>48</sup> Martínez Cantos José Luis (Coord), Castaño Collado Cecilia, Escot Mangas Lorenzo et al. Nuestras vidas digitales. Barómetro de la e-igualdad de género en España, 2020. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Ministerio de Igualdad; 2020.
- <sup>49</sup> Purkey Eva, MacKenzie Meredith. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int J Equity Health* 2019;18(1):101.
- <sup>50</sup> Wenham Clare, Smith Julia, Morgan Rosemary, on behalf of the Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 2020;395(10227):846-8.

- <sup>51</sup> Medrado Benedito, Lyra Jorge, Nascimento Marcos, et al. Men, masculinity and the new coronavirus: sharing gender issues in the first phase of the pandemic. *Cienc Saúde Colet* 2021;26(01) DOI: 10.1590/1413-81232020261.35122020
- <sup>52</sup> Ruiz Cantero Maria Teresa. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gac Sanit.* 2021; 35(1):95–8.
- <sup>53</sup> ISCIII. Vigilancia de la Mortalidad Diaria (Informe MoMo) a 23 de febrero, [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo\\_Situacion%20a%2023%20de%20febrero\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo_Situacion%20a%2023%20de%20febrero_CNE.pdf); 2021 [consultado 21/05/2022].
- <sup>54</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Clinical characteristics of COVID-19. ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical> ; 2022 [consultado 21/05/2022].
- <sup>55</sup> Jiménez Rodríguez Beatriz M<sup>a</sup>; Gutiérrez Fernández José; Ramos Urbina Edis M<sup>a</sup>, et al. On the Single and Multiple Associations of COVID19 Post-acute Sequelae: 6-month Prospective Cohort Study. *Research Square.* 2021. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-786903/v1>
- <sup>56</sup> Seeßle Jessica; Waterboer Tim; Hippchen Theresa, et al. Persistent Symptoms in Adult Patients 1 Year After Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A prospective cohort study. *Clin Infect Dis* 2022;74(7):1191-8.
- <sup>57</sup> Bucciarelli Valentina; Nasi Milena; Bianco Francesco, et al. Depression pandemic and cardiovascular risk in the COVID-19 era and long COVID síndrome: Gender makes a difference. *Trends in Cardiovascular Medicine* 2022;32(1):12-7.
- <sup>58</sup> Bambra Clare, Albani Viviana, Franklin Paula. COVID-19 and the gender health paradox. *Scandinavian Journal of Public Health* 2021; 49:17-26.
- <sup>59</sup> Malorni Walter. The Long COVID: a new challenge for gender-specific medicine? *Ital J Gender-Specific Med* 2021;7(2):59-60.

# Contextualización, transversalidad situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19 <sup>xxx</sup>

<b>Coordinación</b>	<p><b>Ángel Gasch-Gallén</b></p> <p>Departamento de Fisiatría y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.</p> <p>Grupo Enfermería de Investigación en Atención Primaria Aragón (GENIAPA-GIISo94).</p> <p>Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP-GIISo11).</p>
<b>Equipo redactor</b>	<p><b>Ana María Rabadán-Jiménez</b></p> <p>Técnica responsable de Programas de Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR).</p> <p><b>Isabel Caballero-Pérez</b></p> <p>Coordinadora del Área de Mujeres del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).</p> <p><b>Sofía Gabasa Barcoj</b></p> <p>Técnica responsable de Programas de Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR).</p>

---

<sup>xxx</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo.

# Palabras clave

- Covid-19
- Discapacidad
- Entorno rural
- Género
- Personas LGBTI

## Resumen

Las diferentes vivencias de discriminación, desventaja y desigualdad requieren una aproximación contextualizada, ya que durante la COVID-19 han supuesto la emergencia de situaciones de mayor vulnerabilidad. Analizamos la situación de mujeres con discapacidad, mujeres y entornos rurales y personas que viven la diversidad afectivo-sexual y de género.

Las mujeres con discapacidad han tenido más dificultades para acceder a atención sanitaria y en momentos de emergencia, se han observado situaciones de deshumanización. En el mundo rural, la pandemia ha agravado la situación de la salud de las mujeres, sobre todo mayores y ha puesto de manifiesto la falta de información sobre morbilidad diferencial y sus interacciones con la situación de ruralidad en las mujeres. En personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI), las desventajas derivadas de la discriminación, el ocultamiento, la soledad y la pérdida de espacios seguros de socialización, han impactado en la salud y el acceso a servicios sanitarios.

Las situaciones vividas durante la pandemia nos han enseñado que es necesario mejorar la accesibilidad en la comunicación con recursos de urgencia creados para las mujeres con discapacidad, más en situaciones de violencia y confinamiento. También que en el mundo rural es determinante la distancia con los centros sanitarios y las oportunidades de movilidad, así como el impacto que los círculos de control social tienen en la sobrecarga de cuidados que presionan más a las mujeres. La experiencia derivada de la pandemia revela la urgente necesidad de alineación entre los servicios de salud y las comunidades ciudadanas y entidades.

# 1. Introducción

El enfoque interseccional de género destaca la necesidad de visibilizar las experiencias de discriminación que viven todas las personas y como se cruzan con desigualdades de orden estructural y político<sup>1,2</sup>. Se crean así mayores desventajas para las personas que se encuentran en los puntos de intersección de inequidades concretas, es decir aquellas que experimentan diferentes y múltiples formas de desigualdad derivada de las relaciones de poder<sup>3</sup>. Las categorías de discriminación que fundamentalmente han servido para cimentar la teoría de la interseccionalidad han sido las de género y etnia/raza y también más recientemente, discapacidad, estableciéndose asimismo interconexiones con la clase social y la orientación afectivo-sexual<sup>4</sup>.

La diferente experiencia de dichas intersecciones precisa identificar y hacer visible el reto que supone el surgimiento de vivencias de discriminación, desventaja y desigualdad durante la pandemia, en entornos concretos. No obstante, es imprescindible caminar hacia una perspectiva que permita mantener un conocimiento abierto a la diferencia como una condición y no como un límite<sup>5</sup>. Las diferencias suman y enriquecen y el análisis estructural desde la mirada de la intersección entre experiencias de desigualdad, nos acerca a una comprensión mucho más realista de los problemas de salud de las personas en situación de mayor vulnerabilidad<sup>6</sup>.

Una visión interseccional permite dar cuenta de situaciones concretas que durante la COVID-19 han supuesto un impacto específico en estas tres áreas: mujeres con discapacidad, mujeres y entornos rurales y personas que viven la diversidad afectivo-sexual y de género. Aunque existen muchas situaciones de mayor vulnerabilidad en las que la pandemia ha tenido un impacto específico, la como pobreza extrema, las dificultades que han encontrado las mujeres solas con hijos o hijas a cargo, las mujeres migrantes, se trata de poner en el centro las experiencias vividas por otros grupos de personas y especialmente mujeres, que no coinciden con el modelo biomédico hegemónico y que han sido situadas históricamente en los márgenes. Cuando hablamos aquí del modelo biomédico hegemónico y su implicación en el interés en los temas de salud de las poblaciones, nos referimos a la centralidad de la investigación, docencia e intervención socio-sanitaria en arquetipos estancos acerca de los procesos

de salud-enfermedad-atención que dejan de lado la diversidad de vivencias corporales y de imposiciones sociales que impactan en la salud de las personas, excluyendo del modelo por ejemplo, experiencias de personas en medios rurales, personas no heterosexuales o cisgénero, personas con discapacidad<sup>7,8</sup>.

Ofrecemos una primera aproximación hacia un análisis global de situación de contextos de mayor vulnerabilidad, que en España suponen una implacable interacción entre la situación y diferencias del entorno, como en el mundo rural y/o en entornos no visibles (determinadas barriadas en grandes ciudades), las diferentes situaciones de las personas con discapacidad y la orientación afectivo-sexual.

## 2. Análisis de situación

### 2.1. Mujeres con discapacidad y situaciones de mayor vulnerabilidad

La discapacidad es invisibilizada en el contexto de las reflexiones sobre las desigualdades en salud, que solo en los últimos años ha comenzado a estar presente en los análisis de la academia y en la praxis de muchas organizaciones, lo que hace necesario conocer el conjunto de discursos y prácticas discriminatorias que se ejercen sobre una persona con discapacidad<sup>4</sup>. Las mujeres y niñas con discapacidad representan más de la mitad de las personas con discapacidad en todo el mundo, y en nuestro país, más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres, diferencias que aumentan además con la edad<sup>9</sup>. Durante la pandemia, se ha observado a nivel global, un importante deterioro de los derechos humanos de las mujeres y niñas con discapacidad<sup>10</sup>. El confinamiento derivado de la crisis sanitaria por Covid-19 ha incrementado las dificultades de acceso a servicio y ha aumentado la desigualdad y discriminación, así como sus familias y organizaciones que les prestan apoyo<sup>11</sup>.

La declaración del estado de alarma en marzo de 2020 como medida de contención de la expansión de los contagios provocados por la COVID-19 trajo consigo una nueva planificación de la atención primaria que sustituyó las consultas médicas presenciales

por telefónicas y virtuales, sin prever la accesibilidad de estos servicios, aplazando consultas y pruebas, cerrándose algunos centros de salud y estableciéndose nuevos protocolos que dejaron en una situación crítica a pacientes crónicos que precisaban de seguimiento clínico permanente, o de tratamientos habilitadores y rehabilitadores, violando de manera flagrante así los mandatos internacionales de derechos humanos (artículo 26 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

En general, la situación de pandemia nos ha mostrado que, en las mujeres con discapacidad, siguen existiendo los tres desafíos clásicos relacionados con el disfrute del derecho a la salud de las personas con discapacidad: a) desigualdades en materia de salud y atención sanitaria; b) obstáculos para acceder a servicios de salud; y c) violaciones específicas de los derechos humanos en entornos sanitarios, se exacerbaban de manera exponencial.

## 2.2. Las singularidades de los entornos más vulnerables: el medio rural y las mujeres mayores

En 2020 el mayor número de personas mayores se concentra en los municipios urbanos, sin embargo, el envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto del total) es mucho más acentuado en el mundo rural<sup>12</sup>. El mundo rural sigue despoblándose y se estima que la extinción de las generaciones con más edad acelerará ese proceso de despoblación en las próximas décadas. Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Cantabria y Aragón son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%<sup>12</sup>.

En el análisis de la salud de los grupos poblacionales durante la época de pandemia COVID-19, la salud de las mujeres, en sus diferentes etapas vitales, y que viven y trabajan en el medio rural, ha sufrido diferentes cambios. A la peor situación de salud, el aumento de enfermedades crónicas con la edad y menor esperanza de vida saludable, se suma la falta de datos sobre morbilidad diferencial y sus posibles interacciones con la situación de ruralidad en las mujeres. Un ejemplo que se ha puesto de manifiesto en estos años es la diferente bioacumulación de insecticidas usados en el

medio rural, cuyos efectos se han estudiado en los agricultores, pero invisibilizado en las mujeres<sup>13</sup>. Durante la pandemia, la falta de consideración de la morbilidad diferencial en mujeres en el medio rural se ha visto agravada, precisamente en este contexto de ruralidad por factores como<sup>13</sup>:

- Falta de consideración y conocimiento sobre patología subclínica que puedan requerir un diagnóstico diferencial y que no se observen en las mujeres que viven en los pueblos, por la interpretación de supuestas mejores condiciones ambientales en el entorno rural.
- Carencias y falta de recursos materiales y personas de los servicios de Atención Primaria en el mundo rural, que endurece la situación de acceso y uso de los servicios para las mujeres, al unirse al hospital-centrismo y la distancia geográfica con los centros de especialidades. Se observa también que esta situación empeora por la falta de servicios de movilidad que faciliten la autogestión, la independencia y la asistencia a citas y revisiones.
- Las carencias de servicios de las que hablamos en el punto inmediatamente anterior, son sustituidas por las mujeres, cuidadoras informales tradicionales, que han visto así incrementada su carga tanto física como emocional en esta tarea. Esto a su vez incrementa los factores de riesgo para la salud de estas mujeres.
- El círculo de control social en el medio rural. Este problema sigue marcando los límites de ayuda a las mujeres que sufren situaciones que llevan a la enfermedad entre los que se encuentra la propia violencia de género.

A esto se une un perfil claro de autoexigencia de roles de género, al tratarse de mujeres que anteponen el cuidado al autocuidado y esto las hace más vulnerables, resultando aún más invisibles a los servicios de salud<sup>14</sup>.

Aunque se ha hablado de las ventajas que podría tener la vida en el entorno rural durante la pandemia y situaciones de confinamiento<sup>14</sup>, durante la pandemia y dada la situación de las personas mayores en el medio rural, con la escasez de servicios y la aplicación para todas las poblaciones de las medidas de restricción y limitaciones de

movilidad, entre las que se incluyó en gran parte una limitación sino eliminación, de servicios de autonomía personal, el impacto para las mujeres mayores en situación de vulnerabilidad ha sido mayor todavía.

Por otra parte, se ha producido un endurecimiento de las situaciones de violencia de género durante la pandemia<sup>15,16</sup>. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró desde el año 2013 que **la violencia de género es un problema de salud pública** que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo, pocas veces se habla de lo que supone para las mujeres que viven en el entorno rural.

## 2.3. Impacto de la pandemia en la vulnerabilidad de las personas que viven la diversidad afectivo-sexual

Los conceptos relacionados con la Diversidad Afectivo-Sexual, Corporal y de Género (DASCG) conforman un paraguas bajo el que entendemos la diversidad de orientaciones afectivo-sexuales, expresiones/identidades de género y características/desarrollos sexuales, haciendo referencia a personas Lesbianas, Gais y Bisexuales, a personas trans y a personas intersex. En este sentido, como señalan algunos estudios centrados en este ámbito<sup>1</sup>, con diversidad corporal aquí solo atendemos a la diversidad dentro del ámbito de los cuerpos y desarrollos sexuados, no a otro tipo de diversidades corporales (morfológicas, funcionales o cognitivas)<sup>xxxi</sup>.

El Informe de la Asamblea General de la ONU sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en los derechos humanos de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (LGBTI) destaca factores determinantes a nivel mundial como la exclusión social, la violencia, el estigma y la discriminación, que colocan en situación de mayor vulnerabilidad a estas personas en situaciones como la vivida con la pandemia<sup>17</sup>. La evidencia existente acerca de esta mayor vulnerabilidad ante la COVID-19<sup>18-20</sup>, informa de que las personas LGBTI presentan desventajas importantes en salud, cuyo impacto

---

<sup>xxxi</sup> Gasch-Gallén, Á., Gregori-Flor, N., Hurtado-García, I., Suess-Schwend, A., & Ruiz-Cantero, M. T. (2022). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación en ciencias de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 35, 383-388.

se traduce de manera diferente a lo largo del ciclo vital<sup>21</sup>. En los últimos años, asistimos a un creciente número de estudios que identifican la existencia de necesidades de salud específicas de las personas LGBTI<sup>22</sup>, evidenciado que existen factores que operan a nivel interseccional y que han puesto de manifiesto durante la pandemia por la COVID-19 la importancia de un enfoque que incluya el análisis y comprensión de las fuerzas que a nivel estructural provocan desigualdad y se traducen en diferentes realidades que dan lugar a situaciones de mayor precariedad, que no suelen visibilizarse en situaciones de crisis sanitarias<sup>23,24</sup>. Contamos ya con evidencia internacional del impacto de la pandemia en la salud mental y bienestar emocional de las personas LGBTI<sup>25</sup> y se trata de situaciones que generalmente se agravan con el estrés causado por la ocultación de la orientación afectivo-sexual<sup>24</sup>, causando mayores niveles de depresión<sup>26,27</sup>.

Otros ejemplos que se han observado son la mayor práctica de sexo bajo el efecto de drogas (*chemsex*) en gais y otros hombres que tienen sexo con hombres durante el confinamiento<sup>28</sup>, la disminución en los hábitos saludables, como el ejercicio físico o la dieta<sup>29</sup> y el mayor consumo de alcohol y otras drogas<sup>30</sup>. También se han identificado barreras en el acceso y utilización de servicios relacionados con el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) en hombres que tienen sexo con hombres<sup>31</sup>.

Se ha identificado que las personas LGBTI están especialmente expuestas a perder el acceso a servicios sanitarios esenciales, sufrir mayores pérdidas económicas por trabajar en empresas que cierran en momentos de pandemia, mayores niveles de soledad y menor acceso a espacios seguros, mayor discriminación en los espacios de atención socio-sanitaria, especialmente jóvenes y mayores<sup>32</sup>.

Es necesario un enfoque de ciclo vital en lo que respecta a la salud de las personas LGBTI, pues la evidencia destaca la mayor probabilidad de experimentar factores de riesgo y peores resultados de salud que se relacionan con toda una vida de discriminación, específicamente en personas mayores<sup>33</sup>. La "vuelta al armario" en edades avanzadas supone una barrera importante para las personas mayores LGBTI, lo que sugiere más dificultades a una atención integral y equitativa para estas personas en los centros residenciales, que en ocasiones, han vivido los miedos y problemas de la

pandemia sin acompañamiento, ni de familiares ni de personas usuarias o profesionales<sup>34,35</sup>.

Desde este enfoque, se ha visto que las personas más jóvenes también son vulnerables debido a la falta de intervención y apoyo social en estas edades, algo que ya sucedía antes de la pandemia<sup>42</sup>, pero que se acrecienta con la misma<sup>32</sup>. En el contexto español, se ha identificado que la mayor vulnerabilidad viene determinada por las características de convivencia<sup>43</sup> y el impacto del confinamiento en las oportunidades de aceptación y desarrollo integral en la infancia y adolescencia de las personas LGBTI. La precariedad socio-espacial, derivada de una convivencia opresiva que sufren muchas personas LGBTI<sup>36</sup>, se traduce en una alteración del bienestar físico y emocional, mayores actos de violencia o peores situaciones de salud, higiénicas y preventivas durante el confinamiento<sup>37</sup>. Se ha observado también la pérdida de espacios de socialización positiva, con un importante impacto en la construcción de la identidad, así como por la pérdida de recursos de atención específica, en entornos sanitarios o educativos<sup>38</sup>. Han sido determinantes las medidas implantadas de restricción de espacios y horarios, lo que todo unido, ha derivado en peores estilos de vida, mayor consumo de sustancias y problemas de salud mental en jóvenes LGBTI<sup>39</sup>.

La pandemia ha visibilizado situaciones de extrema precariedad en el manejo de la prevención y la enfermedad que para la situación pandémica podría ejemplificarse en el uso correcto de las medidas higiénicas (mascarillas, gel hidro-alcohólico o el acceso a vacunación y a servicios generales de atención primaria), como es el caso de personas migradas y refugiadas LGBTI, obligándonos a reflexionar sobre las causas subyacentes de las inequidades en salud<sup>40</sup>.

Como puede observarse, los espacios y los contextos determinan las oportunidades de apoyo y bienestar de las personas LGBTI en tiempos de pandemia, por lo que resulta imprescindible conocer las realidades específicas en nuestro contexto, donde existen entornos rurales en los que se observan mayores dificultades para las personas que viven en los pueblos pequeños<sup>41</sup>, especialmente en mujeres lesbianas<sup>42</sup>, para diseñar intervenciones específicas a futuro. En algunos países han estudiado como las redes sociales y la organización de actividades no presenciales durante la pandemia, con

aplicación de servicios de apoyo y acogida online<sup>43</sup> han impactado en la mejora de la soledad no deseada y han ofrecido orientación para reducir desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud<sup>43,44</sup>.

En el Estado Español, el Ministerio de Igualdad lanzó una guía y una campaña contra la discriminación de las personas LGTBI durante la pandemia, que muestran la importancia de valorar y contar con los recursos existentes que prestan las entidades y organizaciones LGTBI<sup>52</sup>.

## 3. Lecciones aprendidas

### 3.1. Mujeres con discapacidad

Nunca antes en nuestro país se había producido una situación de emergencia similar, lo que puso de manifiesto la falta de previsiones y la inexistencia de una política específica para atender a las personas con discapacidad y más concretamente a las mujeres con discapacidad en momentos de excepcionalidad. Sobre este punto hay que recordar que el art. 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad exige que los Estados Parte adopten todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales<sup>9</sup>. Además, la Observación general núm. 3 del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ya denunciaba en 2016 que, en situaciones de conflicto armado, ocupación de territorios, desastres naturales y emergencias humanitarias, las mujeres con discapacidad están más expuestas a la violencia sexual y tienen menos probabilidades de tener acceso a servicios de recuperación y rehabilitación o de tener acceso a la justicia<sup>45</sup>.

La toma de decisiones sobre la idoneidad de las y los pacientes para recibir atención, por ejemplo, en las unidades de cuidados intensivos y en momentos de escasez de medios y personal, hace reflexionar sobre la cómo la idea de prescindencia<sup>xxxii</sup>, puede

---

<sup>xxxii</sup> El paradigma de la prescindencia parte de la idea de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, que es un ser improductivo y además una carga. Se establece así la dicotomía de vidas dignas de ser vividas y vidas que no lo son, con las implicaciones que este planteamiento tiene en el ámbito que nos ocupa.

afectar en estas situaciones de crisis extrema, a las mujeres con discapacidad. Esto debe tenerse en cuenta unido a la importancia del mantenimiento de los centros socio-sanitarios, auténticos dispositivos vitales para miles de mujeres con discapacidad en nuestro país, para evitar situaciones de mayor aislamiento, incomunicación y abandono.

En este punto hay que destacar la labor realizada por las organizaciones sociales durante la pandemia para suplir la falta de accesibilidad a la información a los recursos y servicios que durante este periodo de alarma se pusieron en marcha para las mujeres con discapacidad y específicamente en situaciones de violencia. Parecer necesario reflexionar acerca de que se mantienen los servicios de la misma manera que se hacía previamente, no se atiende a las diferencias que causa la pandemia (por ejemplo, es más difícil llamar al 016 estando encerrada, de vivir secuestrada y además en situación de discapacidad con más barreras para comunicarse).

Ya antes de la pandemia, discriminación y violencia contra las mujeres con discapacidad constituía una preocupación prioritaria para las organizaciones sociales de la discapacidad, y muy especialmente para las entidades específicas de mujeres con discapacidad. Aun cuando hay una evidente falta de datos oficiales acerca de esta realidad, los registros sí muestran que el 10% de media del total de mujeres asesinadas por su parejas o exparejas cada año en nuestro país tenía una discapacidad reconocida en el momento de su muerte. En España, en 2019, el 23,4% de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual de alguna pareja afirma que su discapacidad es consecuencia de la violencia ejercida sobre ellas por sus parejas<sup>46</sup>.

Como señaló en su momento Phumzile Mlambo-Ngcuka, directora ejecutiva de ONU Mujeres, "la pandemia provocada por el coronavirus puso de manifiesto el aumento de otra pandemia en la sombra: la violencia contra las mujeres" (ONU Mujeres, 6 de abril de 2020). En el caso de las mujeres con discapacidad esta afirmación cobra un sentido especial, ya que las medidas puestas en marcha durante el confinamiento para detectar y atender a las mujeres víctimas de violencia no tuvieron en cuenta, desde un enfoque interseccional, su situación específica. Así, una de las primeras iniciativas que surgieron desde el sector social fue la elaboración y difusión de la *Guía de orientaciones prácticas*

*de denuncia de la violencia de género sobre mujeres y niñas con discapacidad en la situación de emergencia por el coronavirus<sup>47</sup>.*

## 3.2. Contextos de especial vulnerabilidad: mujeres mayores en el medio rural

Es necesario tener presente que algunas de las patologías más frecuentes en mujeres mayores, interaccionan específicamente con el contexto en el que viven las mujeres en el medio rural, generando situaciones que empeoran su salud, pero que generalmente pasan desapercibidas. A la morbilidad diferencial debemos añadir la falta de información sobre la existencia de patologías clínicas y subclínicas que puedan tener la misma sintomatología, las carencias de servicios en la atención primaria, la distancia con los centros sanitarios de especialidades, o la falta de servicios de movilidad para la asistencia a citas y revisiones<sup>13</sup>.

Como se puede suponer, estas situaciones se han visto agravadas por la pandemia, y los círculos de control social, que han presionado históricamente para que las mujeres se encarguen de los cuidados, ahora han supuesto una mayor presión con menos apoyos y mayor desconocimiento, ya que se trata de una pandemia nueva. Esta sobrecarga física y emocional, creemos que tendrán sus consecuencias, en un empeoramiento generalizado de la salud de las mujeres rurales. Por otra parte, en las ocasiones en las que existen malas relaciones personales con personas convivientes, en el caso del medio rural, junto con la sobrecarga de cuidados, las mujeres se ven muy condicionadas por el control social del propio entorno, que impide pedir apoyo psicológico, sanitario y social en estos casos<sup>48</sup>. Este marcado control social que suele existir en el medio rural y que condiciona la conducta de las mujeres, favorece la adquisición de comportamientos de riesgo adquiridos que perjudican su salud y que pueden desarrollarse a través de la invisibilidad, la pérdida de autoestima o las adicciones<sup>33</sup>. Es de esperar, que esta combinación de factores que han sobrecargado la atención no profesional de las mujeres rurales, tenga consecuencias en situaciones de confinamiento. Sigue siendo complicado encontrar datos centrados en el medio rural,

por lo que creemos preciso analizar estas variables bajo el contexto de la pandemia por ámbitos territoriales diferenciados.

Otro ejemplo es la soledad no deseada durante la hospitalización en personas provenientes del mundo rural; cuando existe una falta de relación psico-afectiva entre la persona mayor y sus familiares, cobra especial importancia en un medio en el la distancia al hospital junto con la falta de medios de transporte, favorece esta soledad, debida a lo que se conoce como claudicación familiar<sup>34</sup>. En el medio rural existe también la idea de que se come mejor, pero no siempre es así, ya que en pequeños municipios no cuentan con comercios que ofrezcan suficiente variedad o tienen existencias limitadas, con déficit de determinados alimentos. En los pueblos de interior, por ejemplo, los pueblos que cuentan con comercios, suelen estar muy enfocados al consumo de carne y verdura, pero es difícil encontrar pescaderías, para comprar estos productos, entre otros, las personas que viven en estos municipios deben desplazarse a otros mejor surtidos, si realmente quieren llevar una dieta variada y saludable, sin centrarse en el consumo de aquellos productos que les son más fácil de conseguir. <sup>35-35</sup>. Este problema se ha visto agravado por la pandemia, ya que los problemas de desabastecimiento han sido noticia en numerosas ocasiones, las últimas veces, por la variante OMICRON, que ha llevado a las bajas médicas a numerosos profesionales de todos los sectores.

La situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID-19 también ha tenido un efecto sobre la incidencia de la violencia de género, y concretamente, ha aumentado la vulnerabilidad de las mujeres rurales que la sufren y se ven sometidas a un mayor aislamiento social y geográfico. Es necesario apuntar, que además de actualizar y adaptar los protocolos existentes a las singularidades de los contextos de mayor vulnerabilidad como es el medio rural, también se debe insistir en la sensibilización y formación de las y los profesionales de los Servicios de Salud. Según los datos del estudio realizado por FADEMUR por encargo de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género "Mujeres víctimas de Violencia de Género en el medio rural" (2020)<sup>38</sup>, se identificó el obstáculo para la coordinación de profesionales y la falta de formación en género sobre todo en profesionales de Salud y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

### 3.3. Diversidad afectivo-sexual y entornos de mayor vulnerabilidad durante la pandemia

La experiencia derivada de la pandemia revela la urgente necesidad de alineación entre los servicios de salud y el trabajo que se desarrolla desde las comunidades ciudadanas y entidades pro-derechos LGBTI, a través de las organizaciones del tercer sector para ofrecer apoyo a las personas más vulnerables. La situación que vivimos con la pandemia y sus efectos alejó a las personas LGBTI de las prioridades organizadas según la urgencia de cada etapa, pero es imprescindible mejorar las formas de relación entre las entidades de ayuda, apoyo y/o reivindicación de derechos en salud, y el sistema de salud, desde lo concreto y desde la atención comunitaria en los barrios y pueblos. Todavía tenemos pocos estudios en nuestro contexto, pero conocer las experiencias, necesidades y barreras que han vivido las personas LGBTI durante la pandemia y como les han hecho frente, junto con las entidades, nos brindará oportunidades para el diseño de políticas de salud que enriquezcan el sistema y lo hagan fuerte ante situaciones críticas, sistema capaz de no dejar a nadie fuera<sup>11,32,33</sup>.

Parece interesante y necesario conocer las respuestas que desde las organizaciones de ámbito local y/o regional han ofrecido apoyo a las personas LGBTI durante la pandemia, tanto durante el confinamiento general, como antes y después. Actualmente todavía estas actuaciones son muy poco visibles y la única manera de conocerlas es preguntar directamente y establecer cauces de comunicación útiles y efectivos con el sistema social y de salud.

Se trata de conocer actuaciones que dichas entidades han llevado a cabo tras identificar necesidades no cubiertas/demandas desde las personas LGBTI en un contexto concreto, tanto desde un punto de vista económico, sanitario, educativo, social de prestación, apoyos para el ocio (online o en espacios controlados), apoyos para personas en las que se sospechan casos de acoso o discriminación en el hogar por su orientación afectivo-sexual o identidad de género, por ejemplo.

Los servicios básicos de salud son un elemento clave para detectar situaciones de mayor vulnerabilidad y participar en el desarrollo de acciones comunitarias que ofrezcan espacios seguros en los ámbitos laboral, educativo, familiar y sanitario. Se evidencia la necesidad de una actuación sanitaria interdisciplinar, destacando el papel de la Atención Primaria y de las intervenciones de apoyo psicosocial de las enfermeras<sup>49</sup>

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Conocer y reducir las situaciones de mayor vulnerabilidad en las mujeres con discapacidad. Definición de indicadores específicos de morbilidad femenina, discapacidad y transversalidad de género. Es importante considerar además la especial atención a la violencia de género en estas mujeres concretamente.
2. Recomendamos cambiar el paradigma de atención sanitaria basada en una visión hospital-céntrica y potenciar las acciones y servicios de la Atención Primaria con enfoque Comunitario, que hace patente la necesidad de crear mejoras en la conexión sistema social y sanitario. Potenciar, reforzar y valorar el papel de la Atención Primaria en el medio rural, supone considerarla como interlocutora entre las necesidades específicas de las personas y las acciones y redes de apoyo que se construyen en el medio rural. Esto supone también desarrollar tecnología integral para la mejora de acceso a los servicios públicos de transporte específicamente en entornos con menor densidad de población y escasez de recursos.
3. Es necesario que haya una coordinación efectiva en las conexiones con los sistemas y recursos de salud ante la vulnerabilidad en la vivencia de la diversidad afectivo-sexual para personas LGBTI en contextos concretos, que sean capaces de determinar la especificidad de los entornos en los que viven las personas, de donde vienen y las limitaciones que en función de las diferentes etapas del ciclo vital pueden tener al acceso a los servicios socio-sanitarios, desde un enfoque interseccional del género.

# Bibliografía

1. Lombardo, E. & Verloo, M. M. T. La 'interseccionalidad' del género con otras desigualdades en la política de la Unión Europea. (2010).
2. Ordoñez, C. C. Pérez Orozco, Amaia. Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Madrid: Traficantes de Sueños, 2014, 306 pp. *Papeles del CEIC, Int. J. Collect. Identity Res.* 14 (2016).
3. Vigoya, M. V. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Fem.* 52, 1–17 (2016).
4. Pérez, I. C. La interseccionalidad de género y discapacidad a la luz de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. in *La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad 2006-2016: una década de vigencia* 93–128 (Cinca, 2016).
5. Purtschert, P. & Meyer, K. Différences, pouvoir, capital: réflexions critiques sur l'intersectionnalité. (2010).
6. Bachelet, M. & Segato, R. L. *Covid-19 y derechos humanos: La pandemia de la desigualdad*. (Editorial Biblos, 2020).
7. Peñarroya, A. P. Intersecciones encarnadas. (Con) textos críticos en género, identidad y diversidad. *Quad. l'Institut Català d'Antropologia* 181–183 (2021).
8. Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B. & Martín, U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gac. Sanit.* (2020).
9. *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. (2008).
10. Saldivia, K. S. R. Derechos humanos de mujeres y niñas con discapacidad: el impacto de la pandemia de COVID-19. *Lex Soc. Rev. Derechos Soc.* 11, 215–247 (2021).
11. Huete García, A. Pandemia y discapacidad. Lecciones a propósito del confinamiento. (2020).
12. Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. & Ramiro Fariñas, D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. (2020).
13. Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR). Cuidados y atenciones. Un factor diferenciador en la salud en las mujeres. Libro blanco "La

- morbilidad diferencial en las mujeres del medio rural". in *MESA DE TRABAJO, Y BUENAS PRÁCTICAS. Programa I.R.P.F. 2020-2021 "Cuidándonos para un futuro mejor"* "La morbilidad diferencial en las mujeres del medio rural" 52 (2021).
14. Río Lozano, M. del & García Calvente, M. del M. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gac. sanit.(Barc., Ed. impr.)* o (2020).
  15. Lorente-Acosta, M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Rev. Española Med. Leg.* **46**, 139–145 (2020).
  16. Gallo Rivera, M. T. & Mañas Alcón, E. Territorios vulnerables a la violencia de género en tiempos de confinamiento. (2020).
  17. (ACNUDH), A. C. de las N. U. para los D. H. *COVID-19 y los derechos humanos de las personas LGBTI. ¿Cuál es el impacto del COVID-19 en las personas LGBTI? Ginebra, Suiza: ACNUDH.* <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/Summary-of-Key-Findings-COVID-19-Report-ESP.pdf> (2020).
  18. Halkitis, P. N. & Krause, K. D. COVID-19 in LGBTQ populations. (2021).
  19. Lee, H. & Miller, V. J. The disproportionate impact of COVID-19 on minority groups: a social justice concern. *J. Gerontol. Soc. Work* **63**, 580–584 (2020).
  20. Krause, K. D. Implications of the COVID-19 Pandemic on LGBTQ Communities. *J. Public Heal. Manag. Pract.* **27**, S69–S71 (2021).
  21. Ekmekci, P. E. Do we have a moral responsibility to compensate for vulnerable groups? A discussion on the right to health for LGBT people. *Med. Heal. Care Philos.* **20**, 335–341 (2017).
  22. Gasch-Gallén, Á., Tomás-Aznar, C., Obón-Azuara, B. & Gutioérrez-Cía, I. AVANZANDO EN EL ENFOQUE Y LAS IDENTIDADES DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL. in *Gaceta Sanitaria*; **32 (Especial Congreso)** 207 (2018).
  23. Reid, G. & Ritholtz, S. A Queer Approach to Understanding LGBT Vulnerability during the COVID-19 Pandemic. *Polit. Gend.* **16**, 1101–1109 (2020).
  24. Candrian, C., Sills, J. & Lowers, J. LGBT Seniors in the Pandemic: Silenced and Vulnerable. *Ann. LGBTQ Public Popul. Heal.* **1**, 277–281 (2021).
  25. Salerno, J. P., Williams, N. D. & Gattamorta, K. A. LGBTQ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. *Psychol. Trauma Theory, Res. Pract. Policy* **12**, S239 (2020).

26. Duarte, M. & Pereira, H. The impact of COVID-19 on depressive symptoms through the lens of sexual orientation. *Brain Sci.* **11**, 523 (2021).
27. Barrientos, J., Guzmán-González, M., Urzúa, A. & Ulloa, F. Psychosocial impact of COVID-19 pandemic on LGBT people in Chile. *Sexologies* **30**, e35–e41 (2021).
28. Ocón, R. S., Egozcue, M. J. B., Ramos, J. C. & Segal, H. D. ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX.
29. Tabler, J., Schmitz, R. M., Charak, R. & Dickinson, E. Perceived Weight Gain and Eating Disorder Symptoms among LGBTQ+ Adults during the COVID-19 Pandemic: A Convergent Mixed-Method Study. (2021).
30. Folch, C., Esteve, A., Zaragoza, K., Muñoz, R. & Casabona, J. Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eur. J. Public Health* **20**, 139–145 (2010).
31. Santos, G.-M. *et al.* Economic, mental health, HIV prevention and HIV treatment impacts of COVID-19 and the COVID-19 response on a global sample of cisgender gay men and other men who have sex with men. *AIDS Behav.* **25**, 311–321 (2021).
32. Konnoth, C. Supporting LGBT communities in the COVID-19 pandemic. 2020). *Assess. Leg. Responses to COVID-19. Bost. Public Heal. Law Watch* (2020).
33. Jen, S., Stewart, D. & Woody, I. Serving LGBTQ+/SGL elders during the novel corona virus (COVID-19) pandemic: striving for justice, recognizing resilience. *J. Gerontol. Soc. Work* **63**, 607–610 (2020).
34. Sancho Cardiel, M. Estudio comparativo del impacto de la homosexualidad en el proceso de envejecimiento del hombre gay en Nueva York y Madrid. (2020).
35. Chatterjee, S., Biswas, P. & Guria, R. T. LGBTQ care at the time of COVID-19. *Diabetes Metab. Syndr.* **14**, 1757 (2020).
36. Ugidos, C. *et al.* Evolution of intersectional perceived discrimination and internalized stigma during COVID-19 lockdown among the general population in Spain. *Int. J. Soc. Psychiatry* 0020764020975802 (2020).
37. Devine-Wright, P. *et al.* "Re-placed"-Reconsidering relationships with place and lessons from a pandemic. *J. Environ. Psychol.* **72**, 101514 (2020).

38. Platero, R. L. & López-Sáez, M. Á. Support, cohabitation and burden perception correlations among LGBTQA+ youth in Spain in times of COVID-19. *J. Child. Serv.* (2020).
39. Méndez, R. L. P. & Sáez, M. Á. L. "Perder la propia identidad". La adolescencia LGTBQA+ frente a la pandemia por COVID-19 y las medidas del estado de alarma en España. *Soc. e Infancias* 195–198 (2020).
40. Kline, N. S. Rethinking COVID-19 vulnerability: A call for LGBTQ+ Im/migrant health equity in the United States during and after a pandemic. *Heal. Equity* 4, 239–242 (2020).
41. Aragón Navarro, B. Escapar del poble': Itineraris de sexili cap a la ciutat. (2019).
42. Fernández-Rouco, N., González, R. J. C. & Garlito, P. C. Bienestar de las mujeres lesbianas en el medio rural: un estudio exploratorio. *Rev. Investig. en Psicol.* 16, 125–138 (2013).
43. Swenson, I., Gates, T. G., Dentato, M. P. & Kelly, B. L. Strengths-based behavioral telehealth with sexual and gender diverse clients at Center on Halsted. *Soc. Work Health Care* 60, 78–92 (2021).
44. Döring, N. How is the COVID-19 pandemic affecting our sexualities? An overview of the current media narratives and research hypotheses. *Arch. Sex. Behav.* 49, 2765–2778 (2020).
45. Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 35 (2006).
46. Sensibilización, S. G. Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género) Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019—Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.
47. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). *Guía de orientaciones prácticas de denuncia de la violencia de género sobre mujeres y niñas con discapacidad en la situación de emergencia por el coronavirus.* 7 (2020).
48. Sampedro Gallego, R. Conciliación de la vida familiar y laboral en el medio rural: género, trabajo invisible e idilio rural. *Conciliación la vida Fam. y Labor. en el medio Rural género, Trab. Invis. e idilio Rural* 81–93 (2008).

49. McCann, E. & Brown, M. Vulnerability and psychosocial risk factors regarding people who identify as transgender. A systematic review of the research evidence. *Issues Ment. Health Nurs.* **39**, 3–15 (2018).

# Impacto del confinamiento por COVID-19 en la violencia de género y las respuestas del sector salud

<b>Coordinación</b>	<p><b>Carmen Vives Cases</b> Dpto. Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Alicante. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.</p>
<b>Equipo redactor</b>	<p><b>Clara Benedicto Subirá</b> Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Prevención y Promoción. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid.</p> <p><b>Guadalupe Pastor Moreno</b> Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.</p> <p><b>Belén Peñalver Argüeso</b> Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.</p> <p><b>M. Ángeles Rodríguez Arenas</b> Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.</p> <p><b>Belén Sanz Barbero</b> Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.</p> <p><b>Isabel Ruiz Pérez</b> Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.</p>

# Palabras clave

- Confinamiento
- COVID-19
- Políticas
- Sector salud
- Violencia de género

## Resumen

En este capítulo, se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo del impacto de la COVID-19 y de las medidas implementadas para su prevención, como el confinamiento y el distanciamiento personal, en la violencia de género (VG) contra las mujeres. Además, se incluye una recopilación de políticas y estrategias para la prevención y atención a la VG emprendidas a nivel nacional e internacional en el contexto de pandemia. Durante los meses de confinamiento por COVID-19, se produjo un cambio en la demanda de ayuda formal por parte de las mujeres y sus hijas e hijos, posiblemente debido tanto a la convivencia obligatoria con los maltratadores como a los problemas de accesibilidad a los servicios sociosanitarios. Los casos que sí fueron denunciados, o fueron atendidos e identificados en los servicios sanitarios, sobre todo en urgencias, ponen de manifiesto una mayor gravedad de los episodios ocurridos en este periodo, así como la vulnerabilidad social de las mujeres afectadas y de sus hijas e hijos. Tanto en España como en otros países europeos, se implementaron campañas de sensibilización, herramientas de comunicación y apoyo a las víctimas, medidas relacionadas con la provisión de alojamiento seguro, modificaciones legislativas y planes específicos de actuación. Sin embargo, en el sector salud, las actividades de detección y seguimiento de casos quedaron relegadas. Los contenidos del capítulo ponen de manifiesto la importancia de desarrollar protocolos específicos de denuncia, detección y protección de víctimas de VG y de sus hijas e hijos que permitan responder ante situaciones de emergencia.

# 1. Introducción

La violencia de género (VG)<sup>xxxiii</sup> es un problema de salud pública de escala global que afecta a una de cada tres mujeres en el mundo <sup>1</sup>. La violencia contra las mujeres por la pareja o expareja, que es el tipo de VG hasta la fecha más abordado en la investigación epidemiológica y las políticas, es la causa más común de lesiones no mortales para las mujeres a nivel mundial <sup>2</sup>. Más de un tercio de los homicidios de mujeres en 2017 en todo el mundo fueron asesinatos perpetrados por sus parejas o exparejas, siendo los autores casi exclusivamente hombres <sup>3</sup>.

El 27 de marzo de 2020, a pocos días de declarar como pandemia el brote de SARS-Cov-2, Naciones Unidas advirtió de un posible aumento generalizado de las tasas de VG, sobre todo la producida en el ámbito doméstico, en todo el mundo<sup>4</sup>, ya que las situaciones de emergencia, incluidas las provocadas por las epidemias, tienden a incrementar su incidencia <sup>5-8</sup>. Un ejemplo fue el brote de Ébola en África, en el que los casos de VG se fueron haciendo más prevalentes, mientras se reducían los recursos destinados a su atención y la accesibilidad a los servicios sanitarios <sup>9</sup>.

Las medidas para minimizar la propagación del COVID-19 aumentaron los factores de riesgo, contribuyendo al aumento de la VG <sup>10-13</sup>. Aunque las desigualdades de género son la base de este problema, el aislamiento social, las restricciones de movimiento, la pérdida de apoyos sociales de las mujeres, la restricción -cuando no cierre en los períodos más estrictos del confinamiento- del acceso a servicios profesionales generales y/o específicos que apoyan a las mujeres en el proceso hacia la ruptura de la VG, la frustración de las parejas, la inseguridad económica por pérdida de empleo o negocios y el consumo excesivo de alcohol (y otras drogas) pudieron haber influido en el riesgo de VG, tal y como se ha observado en otros contextos de crisis<sup>14-19</sup>.

---

<sup>xxxiii</sup> Tal y como se define en la ley orgánica de protección integral 1/2004, la VG es “la manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. En este capítulo, se utiliza principalmente el concepto de violencia de género (VG) tal y como se integra en la mencionada ley. En algunas ocasiones se hace referencia a otras violencias contra las mujeres ejercidas por otros familiares o personas sin ningún vínculo familiar.

La pandemia por COVID-19 también se ha caracterizado, en el contexto internacional, por problemas de accesibilidad a los distintos servicios debido a las restricciones de movilidad y la limitada red de servicios sociales, legales y de salud disponibles<sup>12,15,20-22</sup>. En España, los servicios especializados de atención a la VG fueron considerados esenciales<sup>23</sup>, pero la situación ocasionada por la pandemia dificultó el desarrollo de una estrategia planificada, completa y segura para responder a las consecuencias que tiene para una mujer y para sus hijas e hijos denunciar a su agresor. Las mujeres violentadas, para poder cortar con la violencia de manera más eficaz y menos dolorosa, precisan de un proceso de preparación (económica, material, psíquica, social) que requiere entre otros factores de acompañamiento profesional y/o de sus redes sociales de apoyo. Durante la pandemia todos esos procesos de seguimiento, de reforzar su autonomía económica, psíquica y social se vieron casi anulados o muy mermados.

Por su parte, los servicios de atención primaria (AP) sufrieron, en la mayoría de los países, incluido España, una reorganización de su funcionamiento y una transición hacia una atención telefónica y *online* derivada de la demanda ocasionada por la COVID-19<sup>24,25</sup>. Los cambios en las prioridades dejaron en un segundo plano otros problemas distintos a la COVID-19, como la VG<sup>26</sup>.

Este capítulo tiene como finalidad realizar una valoración del impacto de la pandemia por COVID-19 en la VG y la capacidad de generar respuestas políticas ante esta situación. Se centra fundamentalmente en la violencia contra las mujeres en la pareja o expareja, dada la mayor disponibilidad de información sobre este tipo de VG para la elaboración del capítulo.

## 2. Análisis de la situación en España

En este epígrafe, se realiza una primera valoración cuantitativa y cualitativa del impacto del COVID-19 en la VG. En primer lugar, se realiza una aproximación con datos relativos a llamadas al 016, denuncias, órdenes de protección (OP) y mujeres víctimas mortales por VG durante los meses de confinamiento (de marzo a junio de 2020). En un segundo apartado de este epígrafe, se completa el diagnóstico de la situación aportando los resultados referentes a los partes de lesiones registrados en el conjunto del Sistema

Nacional de Salud (SNS) y por Comunidad Autónoma (CA) antes, durante y después del confinamiento por COVID-19. Por último, se recogen también las percepciones de profesionales de AP y atención hospitalaria (AH) sobre el impacto del confinamiento del COVID-19 en la VG.

## 2.1. Impacto del confinamiento por COVID-19 en llamadas al 016, denuncias, órdenes de protección y víctimas mortales por violencia de género <sup>xxxiv</sup>

Durante los meses de confinamiento por COVID-19 (marzo a junio de 2020), se registraron 25.352 llamadas al 016, 34.576 denuncias por VG, 5.838 OP y 4 mujeres víctimas mortales por VG <sup>27,28</sup>.

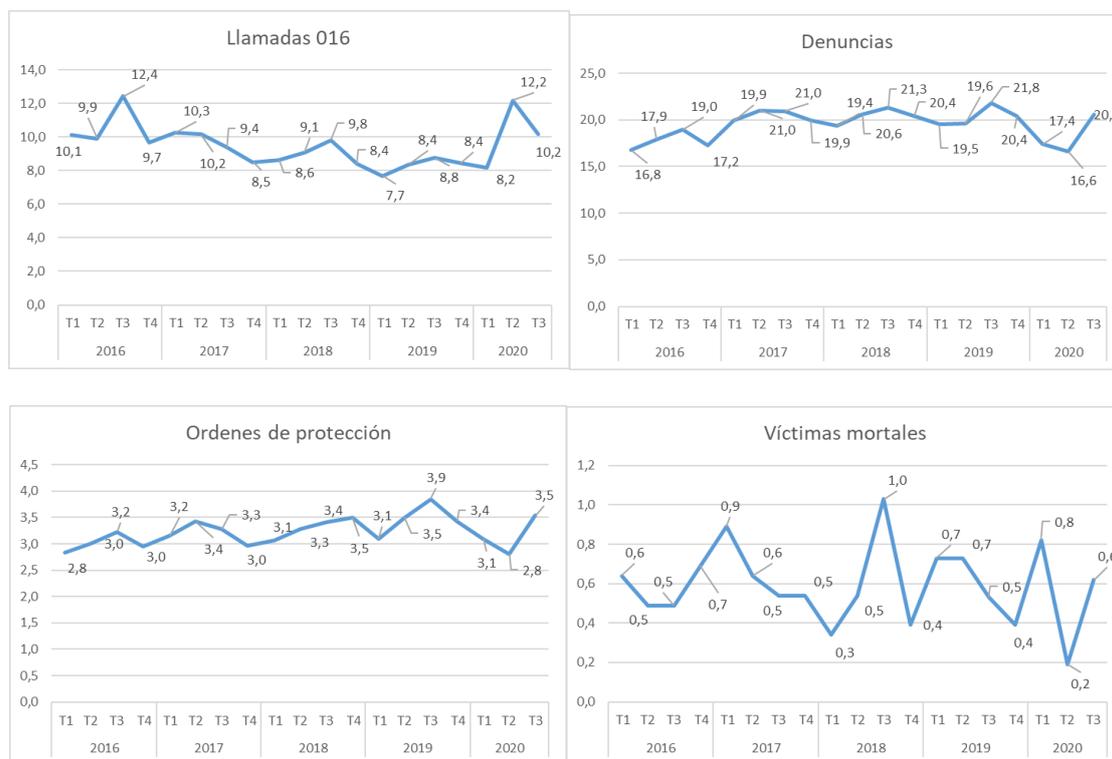
Durante el confinamiento del segundo trimestre de 2020 (2T), se registró la mayor tasa trimestral de llamadas al 016 (12,2 por 10.000 mujeres de 15 o más años) desde el año 2015, solamente superada en el tercer trimestre (3T) de 2016. Durante este periodo de confinamiento (2T-2020), la tasa de llamadas al 016 aumentó un 45,8% respecto al mismo trimestre del año anterior. Tras el confinamiento, en el 3T de 2020, la tasa de llamadas al 016 se mantuvo elevada (10,2 llamadas/10.000 mujeres de 15 a más años), registrándose la mayor tasa de los últimos tres años (2017-2019) en el mismo trimestre (Gráfico 1).

La tasa de denuncias (16,62 por 10.000), las OP (2,81 por 10.000) y las víctimas mortales (0,19 por 1.000.000) en el 2T de 2020 se redujeron en un 15,2%, 19,7% y 73,5%, respectivamente, frente al mismo trimestre del año anterior, situándose en un nivel similar a las tasas del año 2016. Tras el confinamiento, en el 3T de 2020 aumentaron estos tres indicadores, pero la tasa de denuncias y de OP permanecieron en niveles más bajos (5,6% y 8,1%, respectivamente) que en el mismo trimestre del año anterior (Gráfica 1).

---

<sup>xxxiv</sup> Los resultados que se describen en este apartado forman parte de la siguiente publicación: Vives-Cases C, Parra-Casado DL, Estévez JF, Torrubiano-Domínguez J, Sanz-Barbero B. Intimate Partner Violence against Women during the COVID-19 Lockdown in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(9):4698.

**Gráfica 1. Tasas trimestrales de llamadas al 016, órdenes de protección y denuncias por 10 000 mujeres de 15 o más años y tasas de víctimas mortales por VG por 1 000 000 de mujeres de 15 o más años de edad (2016-2020).**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Portal Estadístico Violencia de Género. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>

El número de denuncias nuevas por VG registradas por el Sistema Seguimiento Integral de los casos de Violencia de Género (VioGén)<sup>xxxv</sup> entre los meses de marzo-junio 2020 fue un 19% inferior a las registradas en el periodo análogo del año anterior. A pesar de que las denuncias disminuyeron de forma global, incrementaron las denuncias nuevas donde la mujer carecía de apoyo familiar (20,8% vs 17,2%), tenía una relación actual con el agresor (70,8% vs 63,2%), había denunciado previamente a otros agresores (17,9% vs 15,6%) o era extranjera (70,8% vs 63,2). En términos relativos, durante el confinamiento estricto incrementó significativamente el porcentaje de denuncias nuevas por VG física

<sup>xxxv</sup> El Sistema de Seguimiento Integral de los casos de Violencia de Género (Sistema VioGén), es responsabilidad de la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior. Se puso en funcionamiento el 26 de julio del 2007, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Desde entonces, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la Policía Foral de Navarra y más de 500 cuerpos de policía local, registran y recogen información de las denuncias por VG. Más información está disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/violencia-contra-la-mujer/sistema-viogen>

grave (18.4% vs 16.9%), así como el porcentaje de denuncias por amenazas graves (67.6% vs 61.9%). De forma opuesta, disminuyeron las denuncias nuevas donde el agresor mostraba conductas de acoso (29,1% vs 34,2%) o celos extremos en los últimos 6 meses (43,9% vs 47,5%).

El confinamiento y limitación de la actividad como medidas de control de la pandemia por SARS-CoV-2 parecen haber generado un cambio en la búsqueda de apoyo por parte de las mujeres afectadas por VG. La información arrojada hasta el momento no nos permite valorar si la prevalencia de VG aumentó o no, pero sí parece evidente que, ante las dificultades de acceso a los recursos de apoyo habituales, tanto formales como informales, las mujeres buscaron ayuda a través de las llamadas al 016. El análisis de las nuevas denuncias constata que durante el periodo de confinamiento en España disminuyeron las denuncias nuevas por VG, pero se produjo un cambio en el perfil de las nuevas denuncias. Estas nuevas denuncias se corresponden con denuncias de mujeres que conviven con el agresor, en situación de vulnerabilidad y aislamiento social y que están expuestas a una violencia física de mayor gravedad.

## 2.2. Partes de lesiones antes y durante el confinamiento por COVID-19<sup>xxxvi</sup>

Para conocer cómo el confinamiento por COVID-19 pudo influir en la notificación de casos de VG<sup>xxxvii</sup> por partes de lesiones en el SNS, se analizaron los casos informados en el primer semestre de 2020 (2020-1S) y se compararon con los registrados en el primer semestre de 2019 (2019-1S). En ambos periodos fueron 7 las CCAA que notificaron por

---

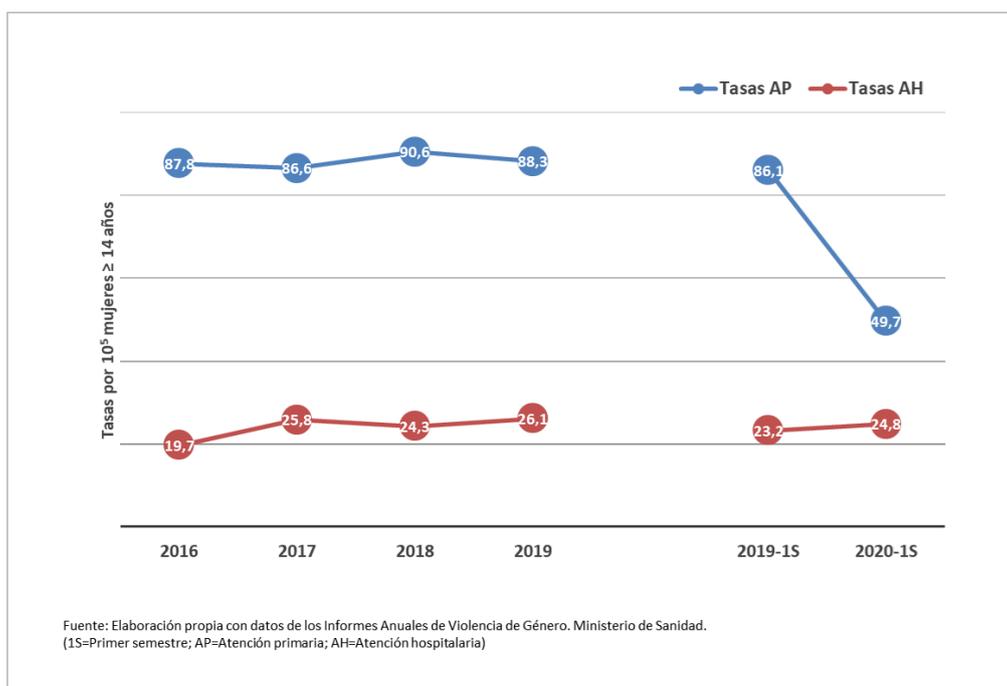
<sup>xxxvi</sup> Los resultados que se exponen en ese epígrafe han sido presentados previamente en la siguiente comunicación: Rodríguez Arenas M. Ángeles, Peñalver Argüeso Belén, Soriano Villarroel Isabel, López Rodríguez Rosa M<sup>a</sup>. Actuaciones sanitarias frente a la Violencia de Género en tiempos de pandemia por COVID-19. En: XXXIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XVI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE). Gac Sanit. 2021;35(Espec Congr):44 y en el Informe Anual Violencia de Género 2020. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2021.

<sup>xxxvii</sup> La definición de caso de VG en el Sistema Nacional de Salud recogido en los Informes anuales de Violencia de Género de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial de Salud del Ministerio de Sanidad, es la de aquella mujer de 14 o más años, atendida por el sistema sanitario, que reconoce por primera vez sufrir maltrato. Se recoge la violencia ejercida por: 1) Compañero íntimo actual (marido, novio, compañero); 2) Excompañero íntimo (exmarido, exnovio, excompañero); 3) Padre, padrastro o compañero de la madre; 4) Hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar; 5) Hombre que no pertenece al ámbito familiar. Aunque una mujer haya generado varios partes de lesiones en el año, solo se registra uno como caso identificado.

ese medio (Andalucía, Principado de Asturias, Canarias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Melilla).<sup>31,32</sup>

De forma global, las tasas de casos detectados por partes de lesiones disminuyeron un 32%, pasando de 109,3 en el 2019-1s a 74,5 en el 2020-1s (tasas por 100 000 mujeres de 14 y más años). En 2019-1s, se identificaron 4.177 casos en AP y 1.123 casos en AH, con tasas de 86,1 y 23,2, en cada ámbito asistencial, mientras que en 2020-1s se detectaron 2.410 casos en AP y 1.203 en AH, con tasas de 49,7 y 24,8, respectivamente. Es decir, en 2020-1s, las tasas en AP disminuyeron un 42,3%, mientras que se incrementaron en un 7,1% en AH con respecto a 2019-1s (Gráfica 2).

**Gráfica 2. Violencia de género en España: Tasas notificadas por Partes de Lesiones en el Sistema Nacional de Salud.**



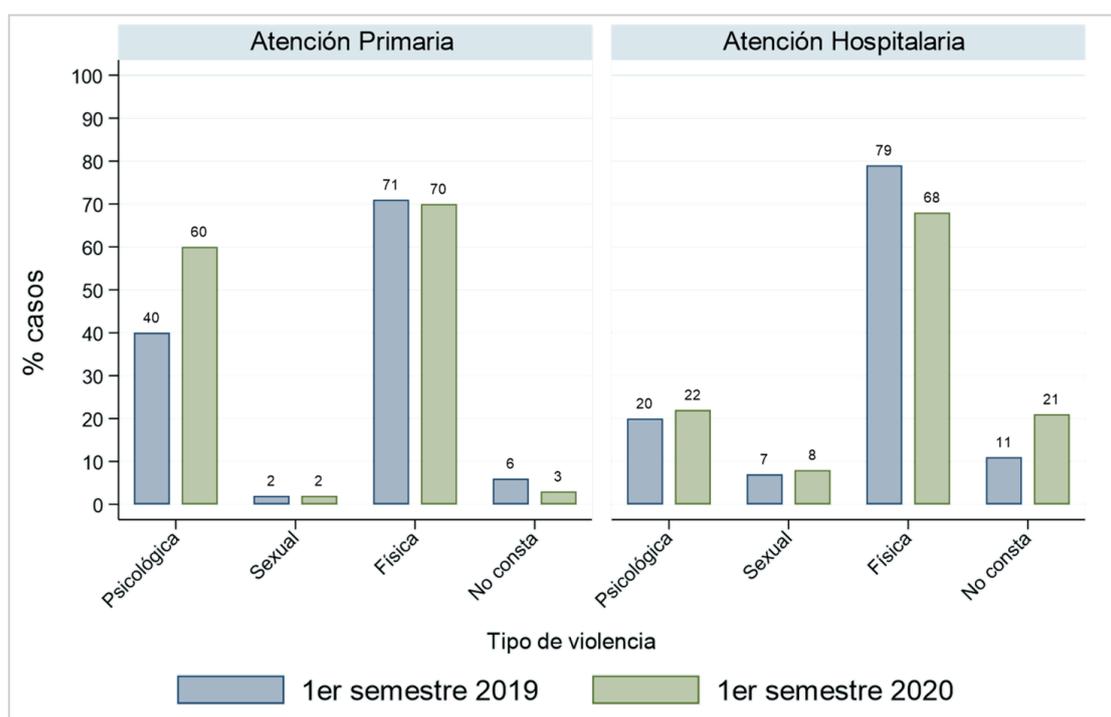
Fuente: Elaboración propia con datos de los Informes Anuales de Violencia de Género. Ministerio de Sanidad.

Las mayores disminuciones en AP se dieron en Andalucía, pasando de 96,7 en 2019-1s a 2,6 en 2020-1s, y en Canarias, que pasó de 108,5 a 86,2. No obstante, en Asturias y en la Comunidad Valenciana, las tasas en AP aumentaron de un semestre al otro, sobre todo en la última, donde pasaron de 81,1 en 2019-1s a 96,5 en 2020-1s. En AH, de forma

general, se vieron aumentos en las tasas correspondientes a 2020-1s, sobre todo en Asturias, donde pasaron de 66,5 a 94,1. Solo Castilla y León presentó un descenso en las tasas en AH, pasando de 25,7 a 16,9 en 2020-1s.

En AP, el tipo de VG más frecuentemente detectada fue la física, tanto en 2019-1s (71%) como en 2020-1s (70%), pero observamos un notable aumento en la violencia psicológica, que pasó del 40% en 2019-1s al 60% en 2020-1s, y un incremento ligero de la violencia sexual, del 1,9% en 2019 al 2,1% en 2020. En los casos provenientes de AH también se observó el predominio de violencia física, aunque cayó del 79% en 2019-1s al 68% en 2020-1s. Sin embargo, la violencia psicológica aumentó del 20,1% en 2019-1s al 21,6% en 2020-1s y la violencia sexual pasó del 7,1% al 8,3% en 2020-1s (Gráfica 3).

**Gráfica 3. Violencia de género en España: Tipo de violencia detectada por Partes de Lesiones en el Sistema Nacional de Salud.**



Fuente: Elaboración propia con datos de los Informes Anuales de Violencia de Género. Ministerio de Sanidad.

La pareja de la mujer fue el agresor más frecuente, seguido de la expareja, tanto en AP (58% y 18,7% en 2019-1s frente a 58,9% y 16,8% en 2020-1s) como en AH (49,6% y

16,8% en 2019-15 frente a 44,4% y 13,8% en 2020-15). Las agresiones por parte de hombres sin relación familiar con la víctima aumentaron en 2020-15, sobre todo en los casos identificados en AH, que pasaron de 3,9% a 5,9%. Las tasas más elevadas de casos detectados por parte de lesiones se dieron en adultas jóvenes, de 20 a 44 años, tanto en AP como en AH; si bien, en 2020-15 aumentaron los porcentajes de VG en mujeres de 45 años y más en AP y de 34 años y más en AH.

Por nacionalidad, las mujeres más afectadas por la violencia fueron las de países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), que registraron en el primer semestre de 2020 tasas de 249/100.000 en AP y de 122/100.000 en AH, 8 y 42 puntos por encima de las del mismo semestre del año anterior, respectivamente. Las mujeres con trabajo remunerado suponían el 37% de los casos en AP y 25% en AH en 2019-15, mientras que en 2020-15 disminuyeron hasta registrar un 35% en AP y un 21% en AH. El 2,7% de las mujeres identificadas en AP como caso de violencia en 2019-15 estaban embarazadas, este porcentaje aumentó al 2,9% en 2020-15, aunque las tasas pasaron de 141 casos por cada 100.000 nacidos en 2019 a 86 casos en 2020. Sin embargo, en AH, las proporciones de mujeres embarazadas detectadas por partes de lesiones aumentaron del 3,7% en 2019-15 al 3,8% en 2020-15, y sus tasas pasaron de 54 y 59, respectivamente.

## 2.3. Impacto percibido por profesionales de salud de atención primaria y hospitalaria

Los resultados de este apartado se basan en un estudio cualitativo basado en 12 entrevistas semiestructuradas a personal sanitario (6 médicas, 1 médico de urgencias, 2 enfermeras y 3 trabajadoras sociales) de AP (8) y AH (4) de diferentes comunidades autónomas (septiembre 2020 a abril de 2021) <sup>33xxxviii</sup>. A pesar del limitado número de entrevistas, se alcanzó la saturación del discurso y los resultados fueron congruentes con la evidencia disponible.

---

<sup>xxxviii</sup> Los resultados que se exponen en ese epígrafe han sido presentados previamente en la siguiente comunicación: Benedicto-Subirá C, Otero-García L, Briones-Vozmediano E, Sanz-Barbero B, Ruiz L, García-Navas A, Carrasco JM, Vives-Cases C. Respuesta sanitaria a la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. XXXIX Reunión Científica Sociedad Española de Epidemiología. Gac Sanit 2021; 35 Supl Congr: 69. Financiación: Proyecto "Violencia de género y respuestas sociosanitarias durante la crisis por COVID-19" por los Fondos Supera Covid-19 CRUE-Santander para el periodo 2020-2021 (Ref. FSCovid19-03).

La percepción generalizada de las personas entrevistadas fue que la mayoría de los casos de VG no llegaron a los servicios sanitarios, puesto que la mayoría comentaron que no habían detectado ningún caso, sobre todo durante los meses de confinamiento por COVID-19.

“En el confinamiento no llegó nadie. Y si alguien vino a comentarlo, pues creo que se tuvo que haber pasado por alto porque no hay ningún caso registrado ni como agresión, ni como violencia, ni ningún traumatismo de nada, todo era COVID”. Médico de Urgencias. Madrid.

De las pocas consultas por VG que las personas entrevistadas relatan que han llegado a los servicios sanitarios durante el confinamiento, la mayoría de los casos fueron por violencia física. Este tipo de casos fueron detectados con más frecuencia por las profesionales de urgencias. Tal y como explican las propias participantes, muchas de las mujeres llegaron acompañadas de la policía y requirieron un parte de lesiones. Las profesionales sí percibieron que los casos detectados en este periodo en sus servicios eran más graves.

“pues como la paciente que he dicho antes, que al final viene por urgencias, porque la han pegado una paliza, ¿no? Quitando esos casos que van explotando porque llegan a lo alto del iceberg”. Médica de AP. Andalucía

“Yo, lo que me impresiona es que ha sido más fácil trabajar con ellas la denuncia, y eso entiendo que es porque la situación era extrema, ¿sabes?”. Trabajadora social de Urgencias. Comunidad Valenciana.

Respecto a las que no llegaron a sus consultas, las profesionales - especialmente las de AP- reflexionan que durante el confinamiento no se ha percibido disponibilidad del recurso. Se critican a este respecto los mensajes disuasorios tipo “no vengas si no es urgente” y una concepción muy unívoca de lo que es una urgencia aceptable en este período, de forma que, aunque se llegase a tener tiempo para ellas, no se transmitía esa apertura.

“... en esta situación en la que, sobre todo por los medios de comunicación, estamos continuamente amenazándote de que no vayas si no es urgente lo que

necesitas en los centros de salud, en los centros de atención. Eso, seguramente tampoco les damos la confianza necesaria como para que crean ellas que es un motivo que nosotros consideremos una urgencia". Médica de Urgencias. Madrid.

"claro, estábamos diciendo que esto, se nos venía el mundo encima. Entonces muchas de esas mujeres, tienen la sensación de que eso, bueno, que no es tan importante, normalmente llevan mucho tiempo. Entonces, bueno, pues, no es el momento de urgencia, hay otras cosas que hay que priorizar. No me voy a contagiar, o a mis hijos, o lo que sea". Médica de AP. Navarra.

Por otra parte, en AP, el hecho de tener que revelar el motivo de consulta en la puerta o al personal administrativo y no tener contacto con sus profesionales de referencia ha podido, según las entrevistadas, vulnerar la intimidad de las mujeres que quisieran consultar por VG.

"... no es lo mismo contar con alguien que ya te conoce, que llamar a alguien desconocido. Entonces creo que probablemente pues habremos perdido casos, y habremos perdido oportunidades". Médica de AP. Madrid.

"... la asistencia al final, pues lo que dicen ellos, ¿no?: "Jo, es que llamo, llamo y llamo, y no consiguió contactar". Médica Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Euskadi.

Según las profesionales entrevistadas, en AP, la mayoría de los casos atendidos durante el confinamiento fueron seguimientos de víctimas de VG conocidas. En algunos casos fueron llamadas proactivas donde la profesional, por iniciativa individual, se preocupa de la situación de la paciente y explora periódicamente su situación. Estos seguimientos generaron bastante ambivalencia en las profesionales: por un lado, están satisfechas de ofrecer a sus pacientes una puerta abierta en una situación difícil; por otro lado, sienten miedo por ellas y refieren malestar por no tener el tiempo necesario para atenderlas como querrían.

"La respuesta sanitaria ha sido de seguimiento telefónico, o sea, y el saber que estábamos ahí. Yo creo que con las mujeres con las que hemos hablado, es

decirles, estamos aquí. Estamos, pues eso, atendiendo mal, o sea, mal no, como podemos, pero estamos aquí". Trabajadora Social de AP. Navarra.

La respuesta sanitaria a las mujeres en situación de VG que realizaban demandas explícitas, según las profesionales, ha dependido sobre todo de las condiciones de trabajo y de la preparación previa a la pandemia, pero con más esfuerzo por su parte y más dificultades para conectarse entre recursos.

"El momento de la pandemia fue un momento de una crisis tan bestia que no se hubiera podido hacer nada más en ese momento si no hubiera habido un trabajo, muy, muy, muy de mucho tiempo y muy conciencizado. Y se ha sabido responder porque estaba automatizado, como ha estado automatizado el código ictus, o como está automatizado el código infarto." Médica de Urgencias. Madrid.

Sin embargo, la detección y respuesta ante demandas implícitas ha sido, en general, menor y más difícil incluso aunque la preparación previa fuera buena, ya que ésta requiere de condiciones que no se han podido dar durante la pandemia: proactividad en la exploración, atención biopsicosocial, tiempo de consulta y protocolos adaptados al contexto pandémico y al medio telefónico.

"Hasta yo que siento que soy una persona bastante concienciada y que intento poner esa mirada siempre, hay veces que no me llega la energía a ponerla. Y que me quedo en lo superficial, y digo: «mira, ya está», ¿sabes? No... ahora no tengo ni tiempo ni fuerza para ahondar más. Evidentemente eso afecta, porque a esto hay que ponerle tiempo". Médica de AP. Andalucía.

"Ataque de ansiedad, viene cada dos días, con síntomas de ansiedad, de depresión. Y yo creo que es un perfil que se está repitiendo después del confinamiento, ¿eh? Yo creo que se está atendiendo a la dura sintomatología, pero no se está viendo más allá." Trabajadora Social de AP. Navarra.

### 3. Respuestas políticas en el contexto internacional y nacional

En este último epígrafe, se realiza una revisión de las respuestas políticas generadas en torno a la VG a raíz de la pandemia por COVID-19.

Tras la declaración de pandemia, las organizaciones internacionales instaron a los gobiernos a que los servicios esenciales para abordar la VG se incluyeran en los planes de respuesta, así como financiarlos y hacerlos accesibles en el contexto de las medidas de distanciamiento físico<sup>21,34</sup>. Como respuesta, los 27 Estados Miembros (EEMM) de la UE implementaron cambios o establecieron nuevas medidas para apoyar y proteger a las mujeres víctimas de VG y sus hijos e hijas. El *European Institute for Gender Equality* (EIGE) identificó 167 medidas nuevas y 61 adaptadas que los diferentes EEMM introdujeron en respuesta a la pandemia COVID-19 entre marzo y septiembre de 2020.

Los principales grupos de medidas se correspondieron con el lanzamiento de campañas de sensibilización (26 EEMM) y la puesta en marcha de herramientas de comunicación y apoyo con las víctimas (24 EEMM). Los únicos estados que introdujeron planes de acción específicos fueron Irlanda, España y Lituania<sup>35</sup>. Concretamente, en España, la respuesta gubernamental tuvo lugar dos días después del inicio de la cuarentena. Entre las medidas concretas implementadas destaca la aprobación de un Plan de contingencia contra la VG<sup>36,37</sup> mediante un Real Decreto-ley de medidas urgentes para proteger y asistir a las víctimas de violencias machistas durante la crisis de COVID-19<sup>23</sup>. En la Tabla 1, se presentan las medidas puestas en marcha por el Estado español en relación con las medidas que la OMS recomendó a gobiernos y responsables de políticas en los ámbitos de planificación, información, prevención, apoyo a las víctimas y coordinación.

**Tabla 1. Recomendaciones de la OMS a gobiernos y responsables de políticas para asistir a víctimas de violencia durante la pandemia por COVID 19 y medidas implementadas por el Estado español**

Medidas recomendadas por la OMS a gobiernos y responsables de políticas	Medidas implementadas por el Estado español
<b>1. Planificación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir la prevención y respuesta a la violencia en los planes de preparación y respuesta ante una pandemia y en las comunicaciones de mitigación de riesgos.</li> <li>Asegurar que estas actividades cuenten con los recursos adecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de contingencia contra todas las formas de violencia de género ante la crisis del coronavirus.</li> <li>Real Decreto-ley de medidas urgentes para proteger y asistir a las víctimas de violencias machistas durante la crisis de COVID-19.</li> <li>Impulso de la ejecución de los fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género para poner en marcha todas las medidas específicas derivadas de la crisis por el COVID-19.</li> <li>Medidas dirigidas a garantizar el derecho a la información para víctimas de trata y explotación sexual y para otras mujeres en contextos de prostitución.</li> <li>Medidas dirigidas a garantizar la detección e identificación de las víctimas de trata y explotación sexual y de casos de extrema vulnerabilidad en contextos de prostitución.</li> <li>Medidas dirigidas a garantizar la asistencia integral y protección de las víctimas de trata y explotación sexual, así como la atención a casos de especial vulnerabilidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar que los programas y servicios de prevención y respuesta para las personas afectadas por la violencia se mantengan durante los encierros y adaptarlos según sea necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración de servicio esencial la asistencia integral a las víctimas de violencia de género, garantizando el normal funcionamiento de los dispositivos de información 24h, la respuesta de emergencia y acogida a las mujeres en situación de riesgo, y la asistencia psicológica, jurídica y social de manera no presencial (telefónica o por otros canales).</li> <li>Elaboración de pautas sobre regímenes de visitas de hijos e hijas de víctimas de violencia de género durante el estado de alarma, previa consulta con el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Justicia.</li> </ul>
<b>2. Información</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar al público sobre la disponibilidad de servicios para prevenir y responder a la violencia a través de múltiples canales (por ejemplo, radio, televisión, avisos en tiendas de comestibles o farmacias) y en múltiples formatos, incluido Braille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campaña de concienciación contra la violencia de género durante el período de confinamiento, con una línea dirigida a las víctimas y otra a la población general.</li> <li>Difusión de todos los recursos para mujeres víctimas de violencia de género existentes durante el estado de alarma.</li> <li>Nota informativa sobre "Protección de los derechos de los niños y de las niñas víctimas de violencia de género durante el estado de alarma".</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alertar a quienes proveen servicios esenciales en la comunidad (correos, lectura de medidores, socorristas, servicios de entrega de alimentos) sobre señales que indiquen violencia, abuso o negligencia y qué hacer si las víctimas necesitan ayuda.</li> </ul>	

<b>3. Prevención</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer cumplir las reglas y regulaciones para reducir los riesgos asociados con la violencia, por ejemplo, los daños causados por el alcohol, las armas, el uso de drogas y / o conductas adictivas.</li> <li>Realizar campañas para aconsejar a las personas que reduzcan su consumo de alcohol u otras sustancias.</li> </ul>	
<b>4. Apoyo a víctimas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoptar disposiciones para permitir que quienes buscan ayuda por violencia salgan de la casa de manera segura, incluso durante el encierro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de una Guía de actuación para mujeres que estén sufriendo violencia de género en situación de permanencia domiciliaria derivada del estado de alarma.</li> <li>Disponibilidad de establecimientos de régimen turístico para la acogida de mujeres víctimas y de sus hijas e hijos en el caso de que no haya plazas disponibles durante el estado de alarma en los centros designados para ello.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener en funcionamiento las líneas de ayuda existentes o establecer otras nuevas donde no existan. Asegurar que las líneas telefónicas de ayuda sean gratuitas y puedan ser contactadas por todas las personas afectadas por la violencia (incluidas las personas mayores). Ofrecer múltiples medios de contacto para las líneas de ayuda, incluido el teléfono y el mensaje de texto o chat o llamadas silenciosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activación de un nuevo recurso de emergencia mediante un mensaje de alerta por mensajería instantánea con geolocalización que recibirán las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar formas de hacer que los servicios sean accesibles de forma remota (por ejemplo, mediante mensajería, salud móvil, telemedicina), incluso eliminando las tarifas de usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusión del "Botón SOS" en la App AlertCops, que permite tanto al personal sanitario como a las víctimas de violencia de género requerir de forma discreta la asistencia inmediata de las Fuerzas de Seguridad del Estado.</li> <li>Servicio psicológico inmediato vía WhatsApp 24hr/7, para poder realizar consultas y prestar contención emocional y asistencia psicológica inmediata a las víctimas. El servicio está a cargo de un equipo de psicólogas especializadas en violencia de género.</li> <li>Seguimiento por medios telemáticos del cumplimiento de las medidas cautelares y penas de prohibición de aproximación.</li> </ul>
<b>5. Coordinación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rastrear y actualizar la información sobre los servicios de referencia, compartirla con quienes proveen servicios y hacerla accesible al público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización del Mapa de recursos autonómicos para la atención a la violencia de género.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar con otros sectores para abordar la violencia, como la justicia penal, la salud y los servicios sociales mediante la creación de equipos virtuales multidisciplinares que puedan brindar un apoyo coherente y coordinado.</li> </ul>	

Fuente: Elaboración propia a partir del informe "Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic: key actions". Organización Mundial de la Salud, 2019.

En las diferentes comunidades autónomas, en el marco de sus competencias, se adaptaron los programas y servicios de atención, y en la mayoría se implementaron medidas nuevas para asegurar la asistencia a mujeres que querían denunciar una situación de VG y a aquellas que ya tenían reconocida la situación de víctima<sup>38</sup>.

Una de las iniciativas más extendidas fue la "Mascarilla-19", acción inicialmente impulsada por el Instituto de Igualdad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Canarias, desde donde se fue extendiendo a otras comunidades autónomas y a otros países. El objetivo de esta iniciativa era que las mujeres que se encontraban en una situación de peligro pudiesen solicitar una "Mascarilla 19" en la farmacia. Esa era la palabra que ponía en alerta al personal farmacéutico, que realizaba una llamada a los servicios de emergencia para poner en marcha el protocolo por VG.

Las medidas implementadas en el conjunto del Estado dieron respuesta a las directrices de las organizaciones internacionales y han sido consideradas como "prometedoras" debido a su continuidad, su accesibilidad y su sostenibilidad una vez finalice la pandemia<sup>35</sup>.

En general, todas estas medidas fueron impulsadas desde la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (Ministerio de Igualdad). Desde el Sistema Nacional de Salud se reforzó la información sobre las recomendaciones de la OMS en relación con la intervención del sistema de salud ante la VG en el contexto de pandemia. Pero no resultó una tarea fácil adaptar o implementar medidas contra la VG. El cambio de enfoque y organizativo implementado en el sistema de salud, sin duda planteó nuevos desafíos a los y las profesionales de salud para abordar las situaciones de VG. Un sistema de AP centrado en la atención al virus, la falta de refuerzo en términos de recursos humanos, el cambio brusco a una atención casi exclusivamente telefónica (todo ello en un contexto de gran presión asistencial), probablemente ha quebrado el vínculo de confianza y cercanía entre el personal sanitario y las mujeres y una de las mayores consecuencias ha sido que la labor de identificación de indicadores de riesgo y seguimiento de casos en consulta sanitaria pasara a un segundo plano.

A pesar de las dificultades, en algunas comunidades autónomas se implementaron actuaciones dirigidas a profesionales para que estuvieran alerta ante posibles casos de

VG. Otras posibles medidas que se podrían haber puesto en marcha son, por ejemplo: incluir sistemáticamente en los boletines informativos y de recomendaciones, e incluso en la formación sanitaria sobre manejo de COVID-19, un recordatorio sobre la necesidad de estar alerta ante los indicadores de riesgo; incluir asimismo información sobre los servicios de atención a víctimas de violencia de género disponibles durante el confinamiento; emplear una palabra clave para poder solicitar cita presencial en AP (tipo Mascarilla 19), incluir una figura profesional de referencia en violencia de género en los centros sanitarios, o habilitar una línea de teléfono específica de ámbito sanitario para derivar llamadas en las que se detecten indicadores de sospecha. La situación de pandemia desbordó el sistema de salud y las repercusiones se verán a corto y largo plazo, especialmente en los grupos de población más vulnerables.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Garantizar la continuidad de las actividades de detección y atención de mujeres en situación de VG y sus hijas e hijos ante cualquier tipo de emergencia, sea humanitaria, sanitaria o de cualquier otra naturaleza, así como de formación continuada en este tema. En estas situaciones, lejos de restringir los servicios, debería prestarse un mayor cuidado y focalizar en aquellas mujeres que pueden ver sus riesgos incrementados, como las embarazadas, mujeres de origen extranjero, las que tienen diversidad funcional, las empobrecidas y/o en riesgo de exclusión, las residentes en entornos rurales y las de mayor edad.
2. Analizar la efectividad de las respuestas sanitarias a la VG durante la pandemia para diseñar protocolos específicos y otras medidas relacionadas con la denuncia, detección y protección de víctimas de VG en situaciones de emergencia.
3. Mejorar los registros y la vigilancia de todas las formas de VG para detectar precozmente cualquier incremento en su magnitud y poder analizar sus causas y consecuencias, evitando o limitando el impacto de situaciones sobrevenidas, como el COVID-19.

# Bibliografía

1. Garcia-Moreno Claudia, Jansen Henrica A, Ellsberg Mary, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* (London, England) [Internet]. 7 de octubre de 2006 [citado 16 de julio de 2021];368(9543):1260-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17027732/>
2. Bradley Nori L, DiPasquale Ashley M, Dillabough Kaitlyn, et al. Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *Can Med Assoc J* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 19 de julio de 2021];192(22):E609. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7272198/](https://pmc/articles/PMC7272198/)
3. UNODC. Global study on homicide. Gender-related killing of women and girls. [Internet]. Vienna; 2019 [citado 16 de julio de 2021]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet\\_5.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf)
4. OHCHR. States must combat domestic violence in the context of COVID-19 lockdowns – UN rights expert [Internet]. 2020 [citado 16 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25749&LangLa=E>
5. Kaukinen Catherine. When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic. *Am J Crim Justice* [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 18 de julio de 2021];45(4):1. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7274936/](https://pmc/articles/PMC7274936/)
6. Weitzman Abigail, Behrman Julia Andrea. Disaster, Disruption to Family Life, and Intimate Partner Violence: The Case of the 2010 Earthquake in Haiti. *Sociol Sci* [Internet]. 7 de marzo de 2016 [citado 21 de julio de 2021];3:167-89. Disponible en: [www.sociologicalscience.com](http://www.sociologicalscience.com)
7. Ferreira Regardt J, Buttell Frederick, Elmhurst Katie. The Deepwater Horizon oil spill: Resilience and growth in the aftermath of postdisaster intimate partner violence. <https://doi.org/10.1080/1052215820171402531> [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 21 de julio de 2021];21(1):22-44. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10522158.2017.1402531>
8. Lauve-Moon Katie, Ferreira Regardt J. An Exploratory Investigation: Post-disaster Predictors of Intimate Partner Violence. *Clin Soc Work J* 2015 452 [Internet]. 2 de enero de 2016 [citado 21 de julio de 2021];45(2):124-35. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-015-0572-z>
9. International Rescue Committee. «Everything on her shoulders» Rapid assessment on gender and violence against women and girls in the Ebola outbreak in Beni, DRC [Internet]. 2019 [citado 19 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2018/10/03/dr-congo-uptake-killings->
10. UN WOMEN. COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. 2020.
11. Peterman Amber, Potts Alina, O'donnell Megan, et al. Pandemics and Violence

- Against Women and Children [Internet]. Washington, D.C; 2020 [citado 20 de julio de 2021]. Disponible en: [www.cgdev.org](http://www.cgdev.org)
12. McLay Molly M. When "Shelter-in-Place" Isn't Shelter That's Safe: a Rapid Analysis of Domestic Violence Case Differences during the COVID-19 Pandemic and Stay-at-Home Orders. *J Fam Violence* [Internet]. 2021 [citado 16 de julio de 2021];1. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7788282/](https://pmc/articles/PMC7788282/)
  13. Boserup Brad, McKenney Mark, Elkbuli Adel. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2020 [citado 16 de julio de 2021];38(12):2753-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>
  14. ONU. Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Informe del Secretario General. A/75/274 [Internet]. 2020. p. 21. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/150>
  15. Fawole Olufunmilayo I, Okedare Omowumi O, Reed Elizabeth. Home was not a safe haven: women's experiences of intimate partner violence during the COVID-19 lockdown in Nigeria. *BMC Womens Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 21 de julio de 2021];21(1). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7816140/](https://pmc/articles/PMC7816140/)
  16. Harville Emily W, Taylor Catherine A, Tesfai Helen, et al. Experience of Hurricane Katrina and reported intimate partner violence. *J Interpers Violence* [Internet]. marzo de 2011 [citado 19 de julio de 2021];26(4):833. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3472442/](https://pmc/articles/PMC3472442/)
  17. Schumacher Julie A, Coffey Scott F, Norris Fran H, et al. Intimate partner violence and Hurricane Katrina: Predictors and associated mental health outcomes. *Violence Vict* [Internet]. 2010 [citado 19 de julio de 2021];25(5):588. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3394178/](https://pmc/articles/PMC3394178/)
  18. Rezaeian Mohsen. The association between natural disasters and violence: A systematic review of the literature and a call for more epidemiological studies. *J Res Med Sci* [Internet]. 2013 [citado 19 de julio de 2021];18(12):1103. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3908534/](https://pmc/articles/PMC3908534/)
  19. Johnson Kirsten, Asher Jana, Rosborough Stephanie, et al. Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia. *JAMA* [Internet]. 13 de agosto de 2008 [citado 19 de julio de 2021];300(6):676-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18698066/>
  20. Muldoon Katherine A, Denize Kathryn M, Talarico Robert, et al. COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. *BMC Med* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 19 de julio de 2021];19(1). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7861965/](https://pmc/articles/PMC7861965/)
  21. PAHO/WHO. COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do [Internet]. 2020 [citado 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/covid-19-and-violence-against-women-what-health-sectorsystem-can-do>
  22. Ahmed Syed AK Shifat, Ajisola Motunrayo, Azeem Kehkashan, et al. Impact of the

- societal response to COVID-19 on access to healthcare for non-COVID-19 health issues in slum communities of Bangladesh, Kenya, Nigeria and Pakistan: results of pre-COVID and COVID-19 lockdown stakeholder engagements. *BMJ Glob Heal* [Internet]. agosto de 2020 [citado 19 de julio de 2021];5(8):e003042. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7443197/](https://pmc/articles/PMC7443197/)
23. Gobierno de España. Real Decreto-ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. [Internet]. BOE, 91 abr 1, 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/31/12>
  24. Murphy Mairead, Scott Lauren J, Salisbury Chris, et al. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 21 de julio de 2021];71(704):e166. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7909923/](https://pmc/articles/PMC7909923/)
  25. Campbell Andrew M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int Reports* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 20 de julio de 2021];2:100089. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152912/>
  26. Martínez-García Encarnación, Montiel-Mesa Verónica, Esteban-Vilchez Belén, et al. Sexist Myths Emergency Healthcare Professionals and Factors Associated with the Detection of Intimate Partner Violence in Women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 21 de julio de 2021];18(11). Disponible en: [/pmc/articles/PMC8197153/](https://pmc/articles/PMC8197153/)
  27. Consejo General del Poder Judicial. El Observatorio contra la violencia doméstica y de género [Internet]. 2020 [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/El-Observatorio-contra-la-violencia-domestica-y-de-genero/>
  28. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Portal Estadístico Violencia de Género [Internet]. [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
  29. Vives-Cases Carmen, Parra-Casado Daniel La, Estévez Jesús F, et al. Intimate Partner Violence against Women during the COVID-19 Lockdown in Spain. *Int J Environ Res Public Heal* 2021, Vol 18, Page 4698 [Internet]. 28 de abril de 2021 [citado 22 de octubre de 2021];18(9):4698. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4698/htm>
  30. Sanz Barbero Belén, Estévez Jesús, López-Ossorio Juan J, et al. Factores asociados a las denuncias por violencia de género durante el confinamiento por COVID-19 en España según el Sistema VIOGEN. En: XXXIX Reunión Científica Sociedad Española de Epidemiología, 2021 Gaceta Sanitaria 2021, 35 (SC): 68.
  31. Ministerio de Sanidad. Informe Anual Violencia de Género 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeVG2020\\_v2021-02-17-4noviembre2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeVG2020_v2021-02-17-4noviembre2021.pdf)

32. Rodríguez Arenas M Ángeles, Peñalver Argüeso Belén, Soriano Villarroel Isabel, et al. Actuaciones sanitarias frente a la Violencia de Género en tiempos de pandemia por COVID-19. En: XXXIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XVI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE) Gac Sanit 2021;35 (Espec Congr): 44 [Internet]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-Xo213911121008290>
33. Benedicto-Subirá Clara, Otero-García Laura, Briones-Vozmediano Erica, et al. Respuesta sanitaria a la violencia de género durante la oandemia de COVID-19. En: XXXIX Reunión Científica Sociedad Española de Epideimología, 2021 Gaceta Sanitaria 2021, 35 (SC): 69.
34. UN WOMEN. COVID-19 and Essential Services Provision for Survivors of Violence Against Women and Girls [Internet]. 2020 [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/brief-covid-19-and-essential-services-provision-for-survivors-of-violence-against-women-and-girls>
35. European Institute for Gender Equality. The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU [Internet]. Luxembourg; 2021 mar [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://eige.europa.eu/publications/covid-19-pandemic-and-intimate-partner-violence-against-women-eu>
36. Ministerio de Igualdad. Plan de Contingencia contra la violencia de género ante la crisis del COVID-19 [Prensa/Actualidad/Igualdad] [Internet]. 2020 [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/igualdad/Paginas/2020/170320-covid-viogen.aspx>
37. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ampliación del Plan de Contingencia contra la violencia de género ante la crisis del COVID-19: medidas adicionales dirigidas a víctimas de trata, explotación sexual y a mujeres en contextos de prostitución [Internet]. 2020 [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/Plan-Viěctimas-trata\\_COVID\\_definitivo.pdf](https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/Plan-Viěctimas-trata_COVID_definitivo.pdf)
38. Ruiz-Pérez Isabel, Pastor-Moreno Guadalupe. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. Gac Sanit [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 22 de octubre de 2021];35(4):389-94. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-medidas-contencion-violencia-genero-durante-articulo-So213911120300881>

# COVID-19 y salud mental. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia <sup>xxxix</sup>

<p><b>Coordinación</b></p>	<p><b>Isabel Ruiz-Pérez</b> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Spain. Consortio de Investigación Biomédica y en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada - Spain.</p>
<p><b>Equipo redactor</b></p>	<p><b>Anna Berenguera Ossó</b> Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, Spain. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès).</p> <p><b>Carmen Fernández-Alonso</b> Gerencia Regional de Salud de Castilla y León Valladolid. (Emérita). Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de SEMFYC</p> <p><b>Jesús Henares Montiel</b> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Spain. Consortio de Investigación Biomédica y en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs. GRANADA), Spain.</p> <p><b>Constanza Jacques Aviñó</b> Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, Spain. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès).</p> <p><b>Ignacio Ricci Cabello</b> Consortio de Investigación Biomédica y en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain. Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa)</p> <p><b>María Jesús Serrano Ripoll</b> Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa) Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS)</p>

<sup>xxxix</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo.

# Palabras clave

- Confinamiento
- COVID-19
- Factores psicosociales
- Género
- Salud Mental

## Resumen

La pandemia por COVID-19 ha creado un entorno en el que se exacerban muchos factores condicionantes de una mala salud mental entre los que destaca el confinamiento y, por tanto, el aislamiento físico y social. Además, las limitaciones de acceso a las consultas presenciales han podido tener un mayor impacto en personas con problemas de salud mental, personas mayores, adolescentes, personas con discapacidad, institucionalizados, víctimas de Violencia de Género (VG), con diferencias en poblaciones rurales y urbanas, siendo aún mayor en mujeres. La revisión realizada por la colaboración COVID-19 en 204 países, pone de relieve que en España se produjo uno de los incrementos más elevados de problemas de SM: entre el 29,2 y 34,9% en los trastornos de depresión mayor y entre el 28,8 y 32,2% en los trastornos de ansiedad.

Todos los estudios analizados muestran, en todos los países, la existencia de importantes diferencias de género en la salud mental siendo los datos más negativos para las mujeres. Entre los factores que se relacionan con una peor salud mental durante el confinamiento, se encuentran el padecer situaciones de violencia sea con la pareja u otras personas convivientes del hogar, vivir en viviendas inadecuadas (sea por tamaño, luz y/o falta de espacio exterior) así como asumir tareas de cuidado a menores. Otros factores que influyen en una peor salud mental, sobre todo en mujeres, es haber tenido síntomas de COVID-19, tener preocupación por contraer la infección y/o convivir con una persona que pudiera estar contagiada de COVID-

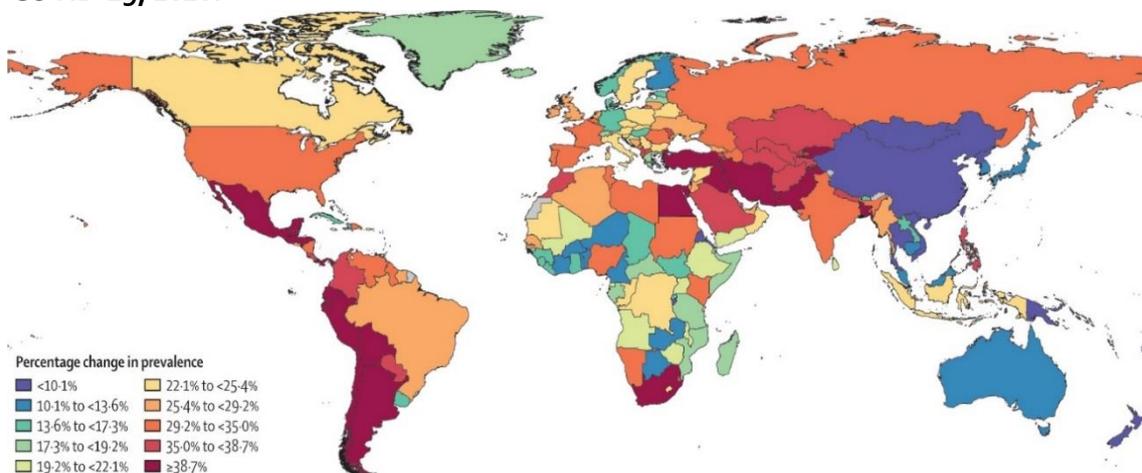
También se aportan datos del mayor riesgo en profesionales sanitarias mujeres que en hombres, en cuanto a sufrir depresión, estrés, ansiedad y burnout relacionado con la pandemia. Según el enfoque de economía política feminista, se apunta que las trabajadoras sanitarias han padecido de violencia estructural, añadiendo además a su papel de sanitarias, su papel de cuidadoras y los problemas de conciliación ya conocidos.

# 1. Introducción

Los problemas de Salud Mental (SM) afectan al 25% de la población en algún momento de su vida y figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y de lesiones no intencionales. Hay una clara diferencia por género en estos problemas(1,2) con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, la cual se atribuye en gran parte a la diferencia en los roles familiares y a la división sexual del trabajo entre otros elementos(3–5).

La pandemia por COVID-19 ha creado un entorno en el que se exacerbaban muchos factores condicionantes de una mala salud mental entre los que destaca el confinamiento y, por tanto, el aislamiento físico y social. Además, durante la pandemia el uso de los servicios de salud se ha visto restringido lo que seguro habrá afectado a pacientes ya en tratamiento y con necesidades asistenciales específicas(6,7).

**Figura 1. Cambios en la prevalencia de trastornos de depresión mayor durante la pandemia COVID-19, 2020.**

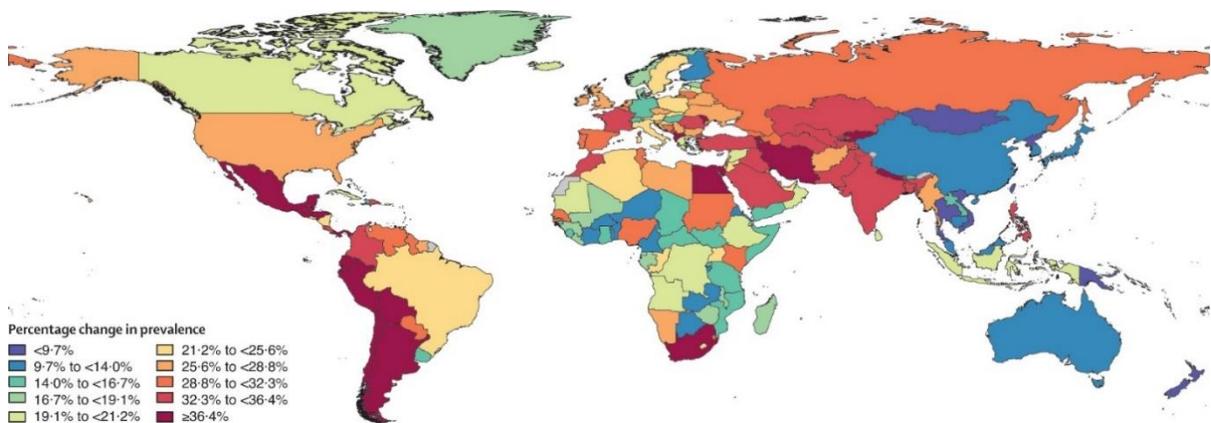


Fuente: Imagen extraída de Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Santomauro, Damian F et al.)

La revisión realizada por la colaboración COVID-19 y salud mental en 204 países(8), estima que se han producido 53,2 millones de casos adicionales de trastornos de depresión mayor a nivel global (un incremento del 27,6%) debido a la pandemia por COVID-19, lo que supone una prevalencia de 3152,9 casos por 100.000 habitantes (Figura 1). Esta revisión también estima que se han producido 76,2 millones de casos adicionales de trastornos de ansiedad a nivel global (un incremento del 25,6%), lo que

supone una prevalencia de 4802,4 casos por 100.000 habitantes (Figura 2). Ambos incrementos fueron más elevados en mujeres que en hombres: 35,5 millones de casos adicionales (incremento del 29,8%) vs. 17,7 millones (incremento del 24,0%) en los trastornos de depresión mayor y 51,8 millones de casos adicionales (incremento del 27,9%) vs. 24,4 millones (incremento del 21,7%) para trastornos ansiedad. En el caso de España se produjo uno de los incrementos más elevados en el caso de las mujeres en relación a los hombres: entre el 29,2 y 34,9% en los trastornos de depresión mayor y entre el 28,8 y 32,2% en los trastornos de ansiedad.

**Figura 2. Cambios en la prevalencia de trastornos de ansiedad durante la pandemia COVID-19, 2020.**



**Fuente:** Imagen extraída de Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Santomauro, Damian F et al.

El estudio del impacto de la pandemia en los problemas de SM ha sido analizado en la literatura mayoritariamente en 4 subgrupos de población:

- **Personas que han padecido la COVID-19.**

Una revisión del impacto de las epidemias y las pandemias en la aparición de trastornos psicóticos mostró que los casos incidentes de psicosis en personas infectadas por virus oscilaban entre el 0,9% y el 4%. El diagnóstico de psicosis se asoció con la exposición al virus, los tratamientos utilizados para controlar la infección y el estrés psicosocial. No hubo diferencias por sexo(8).

- **Personas con un diagnóstico previo de trastorno mental.**

Pocos estudios han abordado el impacto que ha tenido la pandemia en personas con un trastorno psiquiátrico preexistente. Sin embargo, los datos que se conocen apuntan a que:

- a) Las personas que ya padecían un trastorno mental habrían tenido un mayor riesgo de contraer la COVID-19, y serían más propensas a desarrollar complicaciones graves y morir en UCI que las personas sin trastornos mentales. Las mujeres con trastornos mentales tenían mayores probabilidades de contraer la COVID-19 que los hombres con esta misma problemática(9).
  - b) Las personas que ya padecían un trastorno mental habrían podido sufrir recaídas o empeoramientos o comportamientos incontrolables (hiperactividad, agitación, autolesiones, etc.) durante la cuarentena por su mayor vulnerabilidad al estrés. El Barcelona Resilience Survey for Mental Health COVID-19 (BRIS-MHC)(10) ha puesto de manifiesto que particularmente, aquellas personas con ansiedad o trastornos depresivos, presentaron mayor malestar psicológico (síntomas de ansiedad y depresión) que la población general durante el confinamiento en España. Trabajos publicados en otros países informan de un empeoramiento de trastornos alimenticios(11), esquizofrenia e incremento de episodios psicóticos(12), así como depresión postparto y estrés postraumático en mujeres que han dado a luz durante la pandemia(13).
- **Profesionales de la salud.** Hay acuerdo en que la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto negativo generalizado en la salud mental de los profesionales sanitarios, sobre todo entre quienes estaban en primera línea de actuación, un sector altamente feminizado(14).
  - **Población general.** En España, y según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en este primer año de pandemia un 6,4% de la población ha acudido a consulta de salud mental por algún tipo de síntoma, el mayor porcentaje (un 43,7%) por ansiedad y un 35,5% por depresión(15). Más del doble

de las personas que han acudido a estos servicios de salud mental han sido mujeres. Además, el porcentaje de mujeres que consumía alguna medicación para algún tipo de problema de salud mental antes de la pandemia era 2,2 veces superior al de hombres (12,1% vs. 5,5%), mientras que tras el inicio de la misma el porcentaje fue 2,4 veces mayor que en hombres (8,2% vs. 3,4%).

Además de conocer el impacto poblacional en términos de morbilidad, es preciso abordar este impacto en términos de mortalidad y queremos referirnos a la mortalidad por suicidio. Los datos provisionales para los cinco primeros meses de 2020 apuntaban a una reducción respecto al año anterior(16) (primer confinamiento) pero, cuando se acabaron las restricciones se produjo un 'efecto rebote' y los suicidios y lesiones autoinfligidas volvieron a aumentar. El Código Riesgo Suicidio de Cataluña detectó en 2020 un incremento de tentativas del 27% en menores de 18 años(17) y la Fundación ANAR recibió un 145% más de llamadas por planes o intentos de suicidio de menores en 2020 que en 2019 de toda España(18).

En 2020, 3.941 personas se quitaron la vida, lo que supone un incremento del 7,4% con respecto a 2019. Un 74% fueron hombres (2.938) y un 26% mujeres. Estas últimas han superado por primera vez los 1.000 suicidios.

A pesar de esto, no se dispone de información a medio-largo plazo ya que aún no ha pasado tiempo suficiente para que se evidencien los efectos más tardíos de esta pandemia tanto a nivel físico como a nivel psicológico y social en las personas, en las familias y en los distintos segmentos poblacionales sobre todo en colectivos en situaciones especiales o de mayor vulnerabilidad.

## 2. Análisis de la situación en España

### 2.1. Impacto de la pandemia en la asistencia y seguimiento de los trastornos de SM

La necesidad de adaptar los hospitales y centros de salud a las necesidades ingentes de atención generadas por la pandemia ha exigido cambios organizativos importantes que

han modificado la relación de las personas usuarias con el personal sanitario. Para abordar los efectos de la pandemia en la SM a nivel estatal, se puso en marcha un servicio de línea telefónica para la atención psicológica para personas afectadas por COVID-19 y sus familiares(19). También diversas Comunidades Autónomas (CCAA) organizaron servicios de atención telefónica y reorganizaron la asistencia psiquiátrica para paliar la ausencia de consultas presenciales(20). Aun sin contar apenas con evaluaciones publicadas, la percepción es que han resultado insuficientes. Las limitaciones de acceso a las consultas presenciales han podido tener un mayor impacto en personas con problemas de salud mental, personas mayores, adolescentes, personas con discapacidad, institucionalizados, víctimas de Violencia de Género (VG), con diferencias en poblaciones rurales y urbanas, siendo aún mayor en mujeres.

Por ejemplo:

- el cambio de las consultas presenciales a consultas telefónicas en los hospitales y el establecimiento de triaje telefónico para acceder a consultas de atención primaria, puede haber supuesto una barrera para expresar sus demandas en personas con trastornos de salud mental, en las que los aspectos relacionales y la comunicación tienen especial relevancia.
- la suspensión de consultas en personas con algún problema de SM previo y la interrupción de tratamientos psicoterapéuticos o la virtualización de los mismos, ha sido constatado en algunos estudios(21,22) y encuentran un empeoramiento de su salud, más acusado en mujeres y personas mayores.
- los trastornos de SM no severos, se abordan en las consultas de atención primaria y la menor accesibilidad a las consultas presenciales ha privado de este apoyo psicológico a un gran número de pacientes y familias

La pandemia ha puesto de manifiesto carencias en todo el sistema sanitario público especialmente graves en atención primaria, pues habiendo tenido un papel clave en la detección de casos, la identificación de contactos, y el seguimiento y atención a las familias, no se reforzaron los equipos con nuevos recursos y no ha sido debidamente reconocido su papel y el enorme esfuerzo realizado, reivindicado por sociedades científicas de atención primaria

También han aflorado carencias en los servicios de Salud Mental, hospitalarios y comunitarios, con frecuencia infradotados (de profesionales en general y especialmente de psicología clínica) que tampoco han sido reforzados. Posiblemente una atención basada en la comunidad estableciendo redes coordinadas con atención primaria y con los servicios sociales, con un enfoque centrado en la persona y social, podría ofrecer una respuesta más cercana y eficaz que incorpore a agentes del territorio que forman parte del tejido social y son relevantes de cara a la prevención, acompañamientos, etc., de la SM.

Quizás un efecto “indirecto” de esta pandemia ha sido el incremento de la concienciación social acerca de la importancia de las cuestiones relacionadas con la salud mental, no solo por los efectos de la crisis, sino en general, y la voluntad de potenciar su desarrollo y poner recursos para mejorar la atención, según reconoce el informe de la OECD(23)

## 2.2. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia en población general en España

La mayor prevalencia de determinados trastornos mentales en las mujeres no es algo nuevo, es un dato presente en todos los estudios epidemiológicos realizados y, según la OMS, entre las razones para explicarlo, más allá de factores genéticos y biológicos, son determinantes los factores psicológicos y sociales asociados al género. La situación de desventaja en la sociedad, desventajas socioeconómicas, bajos ingresos y/o desiguales ingresos, estatus social y rango social bajo o subordinado, dobles trabajos fuera y dentro de casa con jornadas sin descanso y con la complejidad de compaginarlos, responsabilidad del cuidado de otros, alta prevalencia de violencia sexual en la infancia, relaciones de pareja de subordinación y/o violencia de género, etc, exponen a las mujeres a un mayor nivel de estrés, con problemas mayores para modificar su entorno estresante y consecuentemente con mayor probabilidad de aparición de los problemas de salud mental que son más frecuentes en las mujeres. La

pandemia ha venido a acentuar la adversidad psicosocial acumulativa preexistente y ha, incluso, agravado la situación de partida según cada caso”.

Dada las restricciones de movilidad durante el período del estado de alarma, existen escasos estudios realizados en población general y la mayoría de los publicados hacen referencia a muestras muy seleccionadas, sin realizar análisis diferencial por sexo. Los datos publicados en España sobre población general y que abordan el problema con perspectiva de género se resumen a continuación.

Una encuesta on-line realizada a más de 7000 personas entre el 8 de abril y el 28 de mayo del 2020, mostró que un 31,2% de mujeres y un 17,7% de hombres reportaron ansiedad moderada y severa, mientras que en relación a la depresión estas cifras fueron de un 28,5% y un 16,7% respectivamente<sup>24</sup>. Estos resultados muestran un incremento en relación a los aportados por la Encuesta Nacional de Salud de España realizada en 2017, en la que el 9,1% de las mujeres y el 4,3% de los hombres declararon sufrir ansiedad crónica(24). Los resultados muestran que existen diferencias entre el impacto social y la salud mental durante el confinamiento por la COVID-19 según sexo, edad y condiciones socioeconómicas (Tabla 1).

**Tabla 1. Principales variables relacionadas con ansiedad y depresión durante el confinamiento, según modelos multivariantes (Odds Ratios ajustadas)<sup>x1</sup>**

Sexo	ANSIEDAD		DEPRESIÓN	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<35 años	2.06	2.91	4.46	5.02
Tener COVID-19 o síntomas compatibles	1.32	1.39	1.90	1.65
Preocupación contraer al COVID-19	3.56	4.23	1.92	1.91
Vivienda inadecuada	2.53	2.14	2.27	2.13
Economía afectada por la pandemia	1.22	1.37	1.32	1.51
Empeoramiento condiciones laborales	1.28	1.42	1.53	1.36
Trabajo esencial		1.19	0.69	
Convivir con menores	1.42			0.87
Muerte familiar		1.26		1.22
Apoyo social		0.58		0.36
Violencia doméstica		1.68		1.97

Fuente: Elaboracion a partir datos propios(24)

<sup>x1</sup> Todos los valores con P-valor <0.005.

Entre los factores que se relacionan con una peor salud mental durante el confinamiento, se encuentran el padecer situaciones de violencia sea con la pareja u otras personas convivientes del hogar, vivir en viviendas inadecuadas (sea por tamaño, luz y/o falta de espacio exterior) así como asumir tareas de cuidado a menores(25). Otros factores que influyen en una peor salud mental, sobre todo en mujeres, es haber tenido síntomas de COVID-19, tener preocupación por contraer la infección y/o convivir con una persona que pudiera estar contagiada de COVID-19. Este panorama ha agudizado la crisis de cuidados que las sociedades estaban experimentando antes de esta pandemia, relacionado especialmente con el trabajo reproductivo y la repartición de las tareas del hogar. Si bien los hombres aumentaron su participación en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos e hijas o bien de la infancia y adolescencia, la mayor parte recayó en las mujeres, que ya realizaban este tipo de tareas antes del estado de alarma(26). Estos aspectos se tratarán en sendos capítulos de este informe.

Por otra parte, se ha visto que las mujeres presentan más síntomas de ansiedad y los hombres más síntomas de depresión por el empeoramiento de sus condiciones laborales, sobre todo entre quienes estaban en Régimen Especial de Trabajadores Autónomo(27). Las mujeres tienen peores resultados en salud mental al percibir que la pandemia es una amenaza para su economía personal(26–28). Esto sugiere que la economía de las mujeres se ha visto más influida durante la pandemia, ya que tienen más frecuentemente empleos temporales, a tiempo parcial y precarios que los hombres<sup>29</sup>. Según los datos disponibles del CIS, las personas de clase social baja se han sentido casi el doble (32,7%) de decaídas, deprimidas o sin esperanza durante la pandemia que las personas que se identifican de clase social alta (17,1%)<sup>14</sup>. Además, existen diferencias por sexo en quienes se dedicaron a alguna actividad esencial durante el estado de alarma. Las mujeres presentaron más síntomas de ansiedad y sensación de desbordamiento(29) que los hombres, ya que en ellos continuar con la rutina laboral se experimentó como un factor protector a no padecer depresión(27).

Esto a su vez se debe observar en un marco donde las medidas de distanciamiento físico limitaron las redes de apoyo, haciendo especialmente vulnerables a madres monomarentales y a sectores socioeconómicamente más precarizados de la población

como son aquellos que se dedican a la limpieza, a actividades sociosanitarias, a trabajos de cuidado, temporeras agrícolas o al turismo, donde además hay una especial presencia de mujeres migradas(28,30). Todos estos aspectos están estrechamente relacionados con la responsabilidad del cuidado formal e informal, que recae tradicionalmente en las mujeres y que implica combinar espacios de subsistencia, afecto y búsqueda de seguridad. Asunto en el que se profundizará en los capítulos 7 y 8 del presente informe,

Según la encuesta OEDA-COVID la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta durante los meses previos a la pandemia por Covid-19 fue del 1,4% en hombres y 2,3% en mujeres y aumentaron durante la pandemia: 2,1% en hombres y 4,0% en mujeres(31). El trabajo de Domènech-Abella(32) realizado por vía telefónica en una muestra representativa española, asocia los peores resultados de ansiedad en mujeres jóvenes que vivían con otra persona que no fuera su pareja, que tenían un menor nivel educativo, un mal estado físico y que contaban con menores niveles de apoyo social.

Un estudio realizado con población universitaria de Valladolid entre personas que tenían entre 18 y 70 años con una participación de un 66.1% de mujeres (de las cuales el 76,8% eran estudiantes, el 9,8% personal administrativo y un 13,4% de profesores y personal académico) mostró peores resultados de salud mental en jóvenes. Se observó especialmente en estudiantes que se dedicaban a las artes o las humanidades, profesiones que pueden tener peores expectativas laborales(33), mientras que quienes estudiaban ingenierías o arquitectura presentaban mejores resultados en su salud mental. Si bien, se desconoce si estos resultados afectaban más a mujeres o a hombres, es conocido que las ingenierías son sectores más bien masculinizados.

Por otra parte, la evidencia muestra el impacto que las medidas de aislamiento social pueden generar en adolescentes, niños y niñas. Se ha visto que el encierro aumentó el estrés en las familias y hubo un empeoramiento de las relaciones dentro del hogar, además de un mayor consumo de pantallas, dificultades para dormir, cambios en los hábitos alimenticios y en el peso, e incluso mayor prácticas autolesivas(34,35). Estos efectos se ven especialmente agudizados en familias con mayores carencias socioeconómicas(27). Además, el confinamiento ha sido muy perjudicial en los casos de

niños, niñas y adolescentes que padecían malos tratos en sus familias con la existencia de violencia machista. La limitación de contar con redes de apoyo fuera del hogar (por ejemplo, profesores) es especialmente grave en estos casos

Estos aspectos son especialmente relevantes si se considera el impacto que esta pandemia puede tener a mediano y a largo plazo en una generación atravesada por inequidades sociales cuyo futuro se ve cuestionado por una falta de confianza y perspectiva de desarrollo en diferentes esferas de lo humano. De hecho, un estudio longitudinal realizado en Baleares a lo largo de las 8 semanas de confinamiento, concluyó que el confinamiento tuvo un mayor impacto negativo en las mujeres tanto al inicio como a lo largo de las ocho semanas en cuanto a sus estilos de vida, sintomatología ansiosa y depresiva, consumo de psicofármacos y consultas a salud mental(36).

## 2.3. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia en profesionales de la salud en España

El impacto de la emergencia sanitaria causada por la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales de la salud, ha sido objeto de numerosos estudios en prácticamente todos los países afectados por la pandemia. Una revisión sistemática de la literatura llevada a cabo por autoras y autores de este informe y realizada en agosto de 2020(37) concluyó que el personal sanitario, durante la pandemia, presentó elevadas prevalencias de estrés agudo (40% (IC95% 39 a 41%)), ansiedad (30%, (IC95% 30 a 31%)), burnout (28% (IC95% 26 a 31%)), depresión (24% (IC95% 24 a 25%)), y trastorno por estrés postraumático (13% (IC95% 13 a 14%)). Al meta-analizar la prevalencia de los principales problemas de salud mental de forma independiente en hombres y mujeres, este estudio puso de manifiesto una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en cuanto a trastorno por estrés postraumático (30% en mujeres vs 16% en hombres), y ansiedad (26% vs 21%, respectivamente).

En general, en todos los países, los estudios apuntan a la existencia de importantes diferencias de género, observando un mayor riesgo en profesionales sanitarias que en hombres sanitarios en cuanto a sufrir depresión(38,39), estrés(40-42), ansiedad(43,44) y burnout(45).

Entre los factores asociados a una peor salud mental, además de ser mujer y profesionales más jóvenes, se detectan factores sociales (falta de apoyo social y estigmatización) y ocupacionales: desarrollar tareas asistenciales en primera línea, ser profesional de enfermería, no haber recibido formación especializada sobre este tipo de situaciones, y tener menor experiencia laboral(37).

Las mujeres representan hasta el 75% de las trabajadoras del sector sanitario en España(46), lo que se ha traducido en un mayor número de mujeres al frente de la pandemia. Pero la feminización del sector sanitario no implica igualdad ya que las mujeres parten de una situación de desigualdad estructural, tanto en el mercado de trabajo como en otras áreas de la vida(27).

Según el enfoque de economía política feminista, se apunta que las trabajadoras sanitarias han padecido de violencia estructural(47), añadiendo además a su papel de sanitarias su papel de cuidadoras y los problemas de conciliación(46,48). Mediante un abordaje cualitativo (datos no publicados), las mujeres trabajadoras sanitarias en Baleares, refieren que se han tenido que enfrentar a dilemas difíciles de abordar relacionados con la toma de decisiones clínicas y la priorización de la atención, así como con problemas para realizar adecuadamente su trabajo. Han expresado desafíos de comunicación y condiciones de trabajo cambiantes, pero también factores positivos como una mayor unidad del equipo en el trabajo y una mayor reflexión sobre lo que es importante en la vida. Muchas han reportado sentimientos de dolor, impotencia, aislamiento, angustia, agotamiento y experiencias de daño moral. En los relatos aparece que nunca antes habían tenido que trabajar tan rodeadas de pérdida y dolor, y uno de sus principales miedos ha sido el de infectarse y/o infectar a sus familiares. El discurso de hombres y mujeres difiere en que ellos refieren más emociones de rabia y enfado, y ellas más agotamiento. Esto concuerda con los resultados de otros estudios cualitativos realizados en otros países(49–51).

Los resultados preliminares de un estudio longitudinal con 8 evaluaciones y 6 meses de duración en la primera ola de la pandemia realizado también en Baleares, muestran que a lo largo del tiempo las mujeres presentan mayor variabilidad y una menor mejoría que los hombres. Partiendo de peores puntuaciones (GHQ-28= 8.6 las mujeres vs 6.9 los

hombres) y tras 6 meses de evaluación, ellas presentan más síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y síntomas depresivos que ellos, con menores disminuciones en cada evaluación en el total de la escala (0.32 vs 0.56 puntos).

Lo mismo ocurre con los síntomas de estrés postraumático, donde partiendo de una puntuación basal peor (DTS=29.3 vs 25.4) en cada evaluación las mujeres disminuyeron menos que los hombres sus puntuaciones (0.5 vs 1.9 puntos). (datos no publicados)

.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Hasta este momento el impacto en la Salud Mental de la pandemia ha sido generalizado, aunque con especial afectación a grupos vulnerables entre los que se encuentran las mujeres. Es urgente realizar estudios y evaluaciones y estrategias de prevención de cronificaciones
2. Las profesionales sanitarias son uno de los grupos más afectados por la pandemia, tanto por su trabajo al frente de la pandemia como por su condición de mujer. Son necesarias acciones de cuidar a las que nos cuidan.
3. El apoyo mutuo y la solidaridad son cruciales para construir resiliencia ante situaciones adversas, especialmente si son prolongadas. Por lo tanto, se requiere fortalecer el apoyo comunitario y de barrio para potenciar redes con profesionales, el tercer sector y el tejido social de los diferentes territorios.

# Bibliografía

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020 [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 29];382(9904):1575–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23993280/>
3. Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Morant-Ginestar C, Fernández de Larrea-Baz N, Catalá-López F. Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: an updated and policy-oriented overview. *Public Health* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];126(12):1024–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23062632/>
4. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. [Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities]. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Apr 29];34(2):114–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31053452/>
5. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G, et al. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS One* [Internet]. 2015 Sep 22 [cited 2022 Apr 29];10(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26394150/>
6. Pan KY, Kok AAL, Eikelenboom M, Horsfall M, Jörg F, Luteijn RA, et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Apr 29];8(2):121–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306975/>
7. Simón Expósito M, Navarro Bayón D. Estudio de Necesidades Post-COVID-19 en Personas con Trastorno Mental [Internet]. 2020. Available from:

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estudio-necesidades-post-covid-personas-trastorno-mental.pdf>

8. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2021 Nov 6 [cited 2022 Apr 29];398(10312):1700–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634250/>
9. Wang QQ, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Apr 29];20(1):124–30. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20806>
10. Verdolini N, Amoretti S, Montejo L, García-Rizo C, Hogg B, Mezquida G, et al. Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Mar 15 [cited 2022 Apr 29];283:156–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33556749/>
11. Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Apr 29];53(11):1791–800. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32841413/>
12. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Apr 29];46(4):752–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32343342/>
13. Jackson L, De Pascalis L, Harrold JA, Fallon V, Silverio SA. Postpartum women’s psychological experiences during the COVID-19 pandemic: a modified recurrent cross-sectional thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];21(1):1–16. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04071-2>
14. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health

- impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Apr 29];14(2):90–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33309957/>
15. Centro de Investigaciones Sociológicas. Encuesta sobre la salud mental de los/las españoles/as durante la pandemia de la COVID-19 [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: [https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300\\_3319/3312/cru3312sexo.html](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300_3319/3312/cru3312sexo.html)
  16. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Últimos datos [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
  17. Codi Risc. Programa CRS [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://codirisc.org/intervencion-crs>
  18. Fundación ANAR. ANAR trató en 2021 a 4.542 menores de edad por ideación suicida, autolesiones o intento de suicidio [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.anar.org/anar-trato-en-2021-a-4-542-menores-de-edad-por-ideacion-suicida-autolesiones-o-intento-de-suicidio/>
  19. Berdullas Saunders S, Gesteira Santos C, Morán Rodríguez N, Ramón Fernández Hermida J, Santolaya F, Sanz Fernández J, et al. El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: Características y demanda. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 29];94:14–5. Available from: [www.mscbs.es/resp](http://www.mscbs.es/resp)
  20. Roncero C, García-Ullán L, de la Iglesia-Larrad JI, Martín C, Andrés P, Ojeda A, et al. The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of the telemedicine. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Apr 29];291. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32623263/>
  21. Solé B, Verdolini N, Amoretti S, Montejó L, Rosa AR, Hogg B, et al. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community

- controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Feb 15 [cited 2022 Apr 29];281:13–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33279864/>
22. Picchio CA, Valencia J, Doran J, Swan T, Pastor M, Martró E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];17(1):1–11. Available from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00432-w>
23. OECD. Respuestas políticas de las ciudades al COVID-19 [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/respuestas-politicas-de-las-ciudades-al-covid-19-12646989/>
24. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, De Bont J, Gonçalves AQ, Duarte-Salles T, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Nov 24 [cited 2022 Apr 29];10(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33234664/>
25. Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. <https://doi.org/10.1080/0958923620201799768> [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 29];30(1):29–38. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09589236.2020.1799768>
26. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, Rodríguez Giralte I, Queiroga Gonçalves A, Duarte-Salles T, et al. El impacto psicosocial del confinamiento domiciliario por la pandemia de la COVID-19 en España.
27. Farré L, Fawaz Y, Gonzalez L, Graves J. How the COVID-19 Lockdown Affected Gender Inequality in Paid and Unpaid Work in Spain [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.iza.org/publications/dp/13434/how-the-covid-19-lockdown-affected-gender-inequality-in-paid-and-unpaid-work-in-spain>
28. European Institute for Gender Equality. Economic hardship and gender [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://eige.europa.eu/covid-19-and->

gender-equality/economic-hardship-and-gender

29. Muñoz-Moreno R, Chaves-Montero A, Morilla-Luchena A, Vázquez-Aguado O. COVID-19 and social services in Spain. *PLoS One* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Apr 29];15(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33206665/>
30. Castellanos-Torres E, Tomás Mateos J, Chilet-Rosell E. [COVID-19 from a gender perspective]. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Apr 29];34(5):419–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32423661/>
31. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta OEDA-COVID. 2021 [cited 2022 Apr 29]; Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
32. Domènech-Abella J, Gabarrell-Pascuet A, Faris LH, Cristóbal-Narváez P, Félez-Nobrega M, Mortier P, et al. The association of detachment with affective disorder symptoms during the COVID-19 lockdown: The role of living situation and social support. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Apr 29];292:464–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34146897/>
33. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Iruña MJ, de Luis-García R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 29];290. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32450409/>
34. López-Bueno R, López-Sánchez GF, Casajús JA, Calatayud J, Tully MA, Smith L. Potential health-related behaviors for pre-school and school-aged children during COVID-19 lockdown: A narrative review. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Apr 29];143. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33271236/>
35. Ezpeleta L, Navarro JB, de la Osa N, Trepát E, Penelo E. Life Conditions during COVID-19 Lockdown and Mental Health in Spanish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Apr 29];17(19):1–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33036461/>
36. Ripoll J, Contreras-Martos S, Esteva M, Soler A, Serrano-Ripoll MJ. Mental Health and Psychological Wellbeing during the COVID-19 Lockdown: A Longitudinal Study in the Balearic Islands (Spain). *J Clin Med* [Internet]. 2021 Jul 2 [cited 2022

- Apr 29];10(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34300356/>
37. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];277:347–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32861835/>
  38. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Apr 29];14(2):106–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32622882/>
  39. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, López-Roldán PD, Padilla S, Calero-Sierra I, Monzó-García M, et al. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychol Med* [Internet]. 2020 Jan 27 [cited 2022 Apr 29];52(1):195–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32456735/>
  40. Kurt O, Deveci SE, Oguzoncul AF. Levels of anxiety and depression related to COVID-19 among physicians: An online cross-sectional study from Turkey. *Ann Clin Anal Med*. 2020;11(Supplement 3).
  41. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open* [Internet]. 2020 Mar 4 [cited 2022 Apr 29];3(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202646/>
  42. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 29];290. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497969/>
  43. Badahdah A, Khamis F, Al Mahyijari N, Al Balushi M, Al Hatmi H, Al Salmi I, et al. The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Apr 29];67(1):90–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32635837/>
  44. Corbett GA, Milne SJ, Mohan S, Reagu S, Farrell T, Lindow SW, et al. Anxiety and

- depression scores in maternity healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Apr 29];151(2):297–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32614996/>
45. Tolomiczenko GS, Kahan M, Ricci M, Strathern L, Jeney C, Patterson K, et al. SARS: coping with the impact at a community hospital. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Apr [cited 2022 Apr 29];50(1):101–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15788070/>
46. World Health Organization. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>
47. Burton CW, Gilpin CE, Draughon Moret J. Structural violence: A concept analysis to inform nursing science and practice. *Nurs Forum* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Apr 29];56(2):382–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33355920/>
48. Brophy JT, Keith MM, Hurley M, McArthur JE. Sacrificed: Ontario Healthcare Workers in the Time of COVID-19. *New Solut* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Apr 29];30(4):267–81. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1048291120974358>
49. Aughterson H, McKinlay AR, Fancourt D, Burton A. Psychosocial impact on frontline health and social care professionals in the UK during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Feb 8 [cited 2022 Apr 29];11(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33558364/>
50. Bennett P, Noble S, Johnston S, Jones D, Hunter R. COVID-19 confessions: a qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Dec 16 [cited 2022 Apr 29];10(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33328264/>
51. Liberati E, Richards N, Willars J, Scott D, Boydell N, Parker J, et al. A qualitative study of experiences of NHS mental healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33980215/>
52. Institut d'Investigació Sanitària Illes BalearsSalud y bienestar. PsiCovid -

Aplicaciones en Google Play [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.aploading.psicovid&gl=ES>

53. IMPRESIONA. Impacto familiar, personal y profesional de la pandemia por SARS-CoV-2 en los profesionales de la salud en España. Instituciones participantes [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://impresiona.isciii.es/instituciones-participantes/>

# Reflexionando sobre la salud sexual en tiempos de COVID-19<sup>xli</sup>

<b>Coordinación</b>	<b>Vicent Bataller Perelló</b> Sexólogo. Presidente de Sexólogos sin Fronteras.
<b>Equipo redactor</b>	<b>Francisca Molero Rodríguez.</b> Sexóloga. Presidenta Federación Española de Sociedades de Sexología. <b>Paula Peña García</b> Sexóloga. Responsable del Área de Diversidad Sexual de Plena inclusión Comunidad Valenciana.

---

<sup>xli</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo.

# Palabras clave

- COVID-19
- Derechos sexuales
- Género
- Prácticas sexuales
- Salud sexual

## Resumen

La salud sexual es esencial para la salud integral y el bienestar emocional de las personas. La urgencia propia de la situación de pandemia, apremiada por la no propagación del coronavirus SARS-COV-2, ha implicado numerosas tomas de decisiones y desarrollo de importantes medidas para la protección de la salud de las personas, del contagio y de las consecuencias graves de la enfermedad. En este sentido, la actividad sexual de las personas no ha sido la principal preocupación durante el período de emergencia por COVID-19, ni durante el confinamiento inicial, ni en las etapas iniciales de desescalada.

Aunque la actividad sexual proporciona beneficios psicológicos y emocionales facilitando las relaciones interpersonales más cercanas e íntimas, la epidemia por COVID-19 y las medidas restrictivas de confinamiento y distanciamiento social han influido negativamente en los comportamientos sexuales, la vivencia de la sexualidad y la calidad de vida de las personas en muchos casos.

A pesar de la escasa evidencia científica y estudios relevantes que se han generado durante la pandemia relacionada con la salud sexual en general, y con la incorporación de la perspectiva de género a la misma, este capítulo intenta aproximarse a algunos de los aspectos más relevantes en esta materia, instando a las administraciones públicas a poner en la agenda política la salud sexual.

# 1. Introducción

Este capítulo aborda algunos de los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud sexual en España. Deja fuera, por tanto, los contenidos relacionados con la salud reproductiva que se abordan de forma específica en otro de los capítulos del presente Informe.

La definición de la Salud Sexual realizada por la OMS y utilizada también por la WAS la considera como un “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”<sup>xlii</sup>

Los estudios existentes hasta el inicio de la pandemia correlacionaban la satisfacción sexual con una mejor salud mental; mayores niveles de confianza, intimidad y sentimiento de amor en las relaciones; capacidad mejorada para percibir, identificar y expresar emociones; y menor uso de mecanismos de defensa psicológicos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) apuntó, en marzo de 2020, que las enfermedades afectan a las mujeres y a los hombres de manera diferenciada y que los brotes epidemiológicos exacerban las desigualdades existentes antes de la pandemia. Para poblaciones en situación de especial vulnerabilidad, como las mujeres y las niñas, los colectivos de personas LGBTIQ+, los grupos de personas con discapacidad, las personas migrantes y aquellas en situación de pobreza, por poner algunos ejemplos, el aumento de la discriminación en tiempos de pandemia es un riesgo latente.<sup>xliii</sup>

---

<sup>xlii</sup> Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization, 2006.

<sup>xliii</sup> COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género [consultado 25/05/2022: <https://www.unfpa.org/es/resources/covid-19-un-enfoque-de-genero>]

Como respuesta a las necesidades de salud sexual, en el segundo trimestre de 2020, la OMS publicaba orientaciones generales para mantener los servicios de salud esenciales, entre los que incluía a los servicios de salud sexual en relación al acceso a preservativos y lubricantes; a productos menstruales; a la disponibilidad de pruebas autodiagnósticas del VIH y otras ITS, así como el acceso adecuado a tratamientos crónicos como el VIH, la gestión de la menopausia o los tratamientos hormonales en procesos de cambio de sexo.

También instaba a establecer mecanismos de teleconsulta para el asesoramiento individual de la población adolescente, sujetos a los principios de confidencialidad y de no coerción en la toma de decisiones.<sup>xliv</sup> En concreto, destacamos la orientación relativa *a conceder prioridad a los mensajes adecuados para fomentar que las relaciones sexuales sean seguras y consensuadas durante los periodos de confinamiento.*

Hay que abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, establecer normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas.

Es necesario trabajar en la sensibilización de la población y en la formación adecuada de profesionales en el ámbito de la sexualidad de las personas y la salud sexual, sabiendo que en pleno siglo XXI, la diversidad de opciones sexuales e identidades de género existentes tanto en mujeres como en hombres, no puede ser motivo de discriminación, sino que deben ser respetadas como un derecho básico de las personas y el no disfrute de ese derecho conlleva a un importante impacto en su salud y calidad de vida.

---

<sup>xliv</sup> Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 1 de Junio 2020 [Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context : interim guidance, 1 June 2020]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## 2. Efectos del confinamiento y la desescalada en la salud sexual

Al no considerarse un asunto prioritario, la salud sexual ha sido uno de los grandes olvidados en el transcurso de la pandemia. De hecho, según la misma fuente (UNFPA, 2020), la obligada respuesta de emergencia frente a la pandemia generó la desviación de los recursos inicialmente destinados a la salud sexual para hacer frente al brote por COVID-19. Esto se tradujo en mayores riesgos para la salud sexual de distintos grupos poblacionales.

A continuación, se enuncian algunas consecuencias y efectos que la pandemia por COVID-19, sobre todo en las fases iniciales de confinamiento y desescalada, tuvieron para la salud sexual de las personas:

- Las escuelas, como entornos de socialización, son un escenario fundamental para la educación afectivo sexual. La educación sexual integral (que implica valores coeducativos, a la vez que enfoques no centrados en el riesgo, sino en la promoción de hábitos saludables) es una necesidad prioritaria entre la población más joven. El cierre de las escuelas dificultó no sólo el acceso a información sobre el cuidado de la salud y el bienestar sexual, sino que supuso la ruptura de procesos de interacción y afectividad entre jóvenes, lo que les puso en mayor riesgo (1). Por lo que, a día de hoy, son necesarios programas específicos de formación a profesionales sanitarios y del ámbito educativo que puedan abordar los prejuicios relacionados con la diversidad sexual, mejorar las actitudes, conocimientos y habilidades en relación a la salud sexual y educación sexual integral (ESI) de todas las personas.
- La información disponible, relacionada con orientaciones sobre el sexo seguro y consentido durante los periodos de aislamiento, fue escasa. Esto generó el cese de la actividad sexual para muchas personas, o la aparición de otros problemas adicionales que no estaban siendo abordados, tales como el aumento de la insatisfacción por el estrés generado por el confinamiento; los problemas

derivados del sexo no consentido y el aumento de la violencia sexual, que afecta desproporcionadamente a las mujeres y a las niñas.

- También el acceso a preservativos se vio limitado por las restricciones a la movilidad, lo que aumentó el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, o de embarazos no deseados. De hecho, artículos científicos y de prensa dan cuenta del número de diagnósticos de ITS y su relación con las distintas fases del confinamiento y su desescalada<sup>2</sup>, dejando de manifiesto que los aplazamientos de las pruebas rutinarias y la escasez de personal y de suministros, pudo generar un aumento de los casos, a la vez que el subregistro de los mismos <sup>3, 4, 6</sup>
- Así mismo, el foco prioritario al brote de COVID-19 restó atención a la detección y tratamiento de cáncer cérvico-uterino (cuarto tipo de cáncer más común entre mujeres) y a distintos tipos de VPH, poniendo en mayor riesgo a mujeres y niñas.
- El aumento del estrés por la convivencia forzada y prolongada en el hogar debido al confinamiento estricto al inicio de la pandemia derivó en muchos casos en una mayor utilización de las redes sociales, exacerbando la posibilidad de acoso y violencia de género, así como otro tipo de relaciones conflictivas ya existentes, además de reducir la capacidad y motivación de las interacciones interpersonales en las unidades de convivencia.
- Además, el impacto de la pandemia por COVID-19 ha afectado a la población transexual, en especial en su tratamiento hormonal, por la reestructuración de las consultas en el hospital, cancelación, y /o retraso en las consultas para hormonación, entre otros problemas<sup>xlv 6</sup>.
- Durante el periodo de confinamiento, distintas webs dedicadas a la venta de pornografía online abrieron libre acceso a sus contenidos. España fue uno de los países en los que más aumentó el acceso a la pornografía durante el

---

<sup>xlv</sup> Según el mismo estudio, el 53,2% de las personas que participaron en el estudio empeoraron en este periodo su salud emocional y sexual.

confinamiento, con el efecto perverso que supone su uso para la construcción de imaginarios más violentos que realistas sobre la sexualidad y los perjuicios que ello tiene en la vida de las mujeres heterosexuales.<sup>7, 8 xlv</sup>

- Al tratarse de una situación tan nueva como extraña, las restrictivas medidas de confinamiento alteraron las relaciones sexuales y afectivas habituales, generando estados de irritabilidad, miedo, ansiedad y culpa<sup>9</sup>, síntomas que influyen en la salud sexual por la posible disminución del deseo sexual y de la satisfacción personal, así como un aumento de disfunciones sexuales<sup>9, 10</sup>. El estrés individual, la preocupación por el contacto con otras personas y la incertidumbre generalizada ante el posible contagio, generaron cambios en los hábitos de la intimidad, así como tensiones o alteración de las emociones. Lamentablemente aún no se han podido calcular los efectos de la pandemia en la salud sexual de forma generalizada y no existe suficiente evidencia científica al respecto.

En términos generales, los efectos del confinamiento decretado son similares en distintos países. En general se habla de cambios en el comportamiento sexual relacionados con la disminución del sexo casual, el mayor uso de pornografía, el aumento del sexting y el cibersexo, y una mayor ampliación en los rituales sexuales y eróticos en pareja como nuevas posiciones sexuales, compartir fantasías o usar tecnología<sup>11, 12, 13</sup>

Tal como recoge entre sus conclusiones la revisión realizada por Corinna Pennanen-lire y col<sup>14</sup>, al tratarse de una situación mundial sin precedentes, poco podemos saber en este momento sobre la sexualidad relacionada con las pandemias, siendo necesaria más investigación original sobre el tema, que nos ayude a mejorar nuestra comprensión sobre el impacto de la pandemia actual en la salud integral y la vivencia de la sexualidad de todas las personas.

---

<sup>xlv</sup> Pornhub, Coronavirus insights. <https://www.pornhub.com/insights/corona-virus> [Consultada: 27 de mayo de 2022]

### 3. Intersecciones entre la pandemia por COVID-19, la intimidad y las relaciones interpersonales.

Como se ha visto hasta aquí, la pandemia por COVID-19 ha tenido múltiples efectos en la salud sexual de las personas incluyendo que los servicios educativos y sanitarios pasaron a ofertarse de forma telemática, afectando más negativamente a las poblaciones vulnerables.

Tal como se ha reflejado en capítulos anteriores de este Informe, la invisibilidad de las mujeres durante la pandemia, su precariedad laboral, la alta carga mental y física que conllevan los cuidados no remunerados, la mayor vulnerabilidad ante la violencia de género y el agravamiento de la situación en los momentos de confinamiento sin capacidad de escapar al maltrato reiterado día tras día durante más horas al día, etc. son condicionantes de género (*atribuibles al rol social asignado externamente y a las expectativas sociales que se asignan a cada persona por el cuerpo con el que nace*), que sin duda afectan a la salud de las mujeres, incluyendo su salud sexual y su vivencia de la sexualidad, en su diversidad también de orientaciones/opciones sexuales, generando un amplio malestar agravado por la situación de pandemia, con el consiguiente impacto negativo en su bienestar emocional y en su salud sexual.

Durante la pandemia por COVID-19 las relaciones de intimidad, el comportamiento sexual y las interacciones familiares y de pareja también han experimentado cambios importantes en parejas de todas las orientaciones sexuales<sup>14</sup>. Las condiciones de aislamiento no han facilitado en muchos casos la intimidad, más bien al contrario, la han dificultado. Esto pudo generar, en algunos casos, una menor satisfacción sexual, o la reducción del entusiasmo y la frecuencia en las relaciones sexuales<sup>14</sup>. En otros casos, algunos estudios mostraron cómo las medidas anti-COVID-19 que hicieron que muchas parejas pasaran más tiempo juntas en casa, favorecieran el resurgimiento de la intimidad durante el encierro<sup>11, 12, 15</sup>.

A pesar de las condiciones de aislamiento, las personas de todo el mundo han buscado formas de adaptarse y conectarse, ya que las circunstancias estresantes pueden

aumentar la necesidad de establecer vínculos emocionales <sup>9</sup>. Por esa razón, el mundo virtual y sus aplicaciones han facilitado la conexión emocional y sexual, siendo un cauce de comunicación muy relevante para el afrontamiento de la pandemia y el bienestar psicológico de muchas personas <sup>9,16</sup>.

Según un estudio <sup>15</sup> quienes informaron que su vida sexual mejoró fueron quienes sintieron más deseo por el sexo en general y hacia su pareja, sintieron menos soledad y menos estrés durante el confinamiento. En particular, quienes incluyeron nuevas actividades sexuales en su repertorio tenían tres veces más probabilidades de informar mejoras en sus vidas sexuales<sup>15</sup>. Este mismo estudio encontró un aumento significativo de la frecuencia en la actividad sexual en línea para casi el 50% de sus participantes, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres. También un aumento significativo del tiempo invertido en cada actividad sexual online tanto para hombres como para mujeres, un aumento del sexting, especialmente en personas que vivían sin su pareja durante el confinamiento. Respecto a la masturbación, concluyen que a pesar de que más personas dedican más tiempo a la masturbación, y del aumento significativo de su frecuencia en hombres y mujeres respecto al pre-confinamiento, más personas informaron de una menor satisfacción que antes. <sup>15</sup>

En un estudio publicado en septiembre de 2020 sobre la frecuencia sexual de adolescentes en España durante el confinamiento se concluye un incremento de la frecuencia de masturbación y de las actividades sexuales online, aunque estos cambios sólo han resultado estadísticamente significativos en los chicos. En cuanto a la orientación sexual de la población sujeto de estudio, el 67,2% se autoidentificaba como heterosexual (70,4% de chicos y 65% de chicas), el 23,9% como bisexual (16,7% de chicos y 28,7% de chicas), el 6% como homosexual (13% de chicos y 1,3% de chicas), el 2,2% como pansexual (0% de chicos y 3,8% de chicas) y el 0,7% restante como asexuales (0% de chicos y 1,3% de chicas). La diversidad sexual sigue siendo un tema de prioritario

abordaje en las escuelas e institutos, a fin de evitar focos de discriminación y agresividad.<sup>xlvii</sup>

Además, un estudio realizado a través de encuesta distribuida en redes sociales durante los dos meses del confinamiento más restrictivo (marzo a mayo de 2020) en España, estableció que de la muestra de 856 personas encuestadas (72,8% de ellas, mujeres) el 71% de la muestra (382 personas) informaron participar en actividades sexuales (masturbación, relaciones sexuales o caricias) al menos una vez por semana, en promedio y, por lo tanto, se clasificaron a sí mismas como sexualmente activas. Dicho estudio no aporta datos sobre la orientación sexual de sus participantes.<sup>17</sup>

En tiempos de pandemia, la actividad sexual con una pareja o mediante la masturbación indica beneficios psicológicos y emocionales. Los estudios correlacionan el sexo con una mayor satisfacción con la salud mental; mayores niveles de confianza, intimidad y amor en las relaciones; capacidad mejorada para percibir, identificar y expresar emociones; y menor uso de mecanismos de defensa psicológicos.

Debido al confinamiento y las restricciones de movilidad, se hizo mucho menos frecuente el sexo casual. La satisfacción sexual ha sido la dimensión más afectada. Los síntomas de depresión, el estado de la relación y la importancia percibida del distanciamiento social aparecen como predictores de estas reducciones.<sup>18</sup>

Otro estudio español sobre 1.448 participantes de entre 18 y 60 años (*Proyecto INSIDE, que analiza el comportamiento sexual durante los 99 días de confinamiento en España*), informa que el confinamiento ha afectado a la vida sexual de la mitad de la población española (47,7%), especialmente a las mujeres. Respecto quienes reportaron un empeoramiento de su vida sexual son casi tres veces más (37,9%) que quienes reportaron una mejoría (14,4%). Entre los factores identificados que han sido predictores significativos de la evaluación positiva o negativa sobre el impacto del confinamiento en la vida sexual son relevantes el sexo, la vida de pareja, la privacidad, el nivel de estrés y la percepción del confinamiento como insoportable. Sin embargo, la

---

<sup>xlvii</sup> Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19. [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/005\\_0.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/005_0.pdf) [Consultada: 27/05/2022]

edad, la orientación sexual y los niveles de ansiedad, depresión y aburrimiento durante el confinamiento no son factores significativos.<sup>19</sup>

Las personas con disfunciones sexuales han tenido dificultades en la capacidad de afrontar los conflictos sexuales debido a la pandemia actual de COVID-19 y su efecto en la vida cotidiana. Las disfunciones sexuales son aquellas dificultades en cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana que producen malestar individual significativo y repercusiones en las relaciones interpersonales<sup>20,21</sup> (DSM 5, CIE-11). El aumento de la angustia emocional, los trastornos del estado de ánimo, el estrés postraumático y el empeoramiento de la dinámica de pareja, han contribuido a ello<sup>22</sup>.

Algunos autores y autoras también identifican el aumento del estrés y la ansiedad provocados por la pandemia mundial como un factor desencadenante que puede conducir a la aparición de los problemas sexuales<sup>22</sup>. A pesar de la accesibilidad de la teleconsulta y las opciones de psicoterapia en línea, se ha observado una importante interrupción de los tratamientos, ya que la mayoría han sido aplazados, sobre todo los tratamientos médicos no urgentes y el aumento de las listas de espera de problemas que no son una amenaza directa para la salud<sup>14</sup>.

Entre los sesgos de estos estudios es importante destacar que la mayoría se han realizado en personas heterosexuales y que las medidas específicas de cada país de afrontar la pandemia han tenido una influencia específica en los comportamientos sexuales además de la influencia de las diferentes culturas en la sexualidad de las personas<sup>23, 24</sup>.

El aumento del estrés y la disminución de la cantidad o calidad de las redes sociales de apoyo pueden influir negativamente en las relaciones durante y después de la pandemia, reduciendo la capacidad y motivación de interacciones interpersonales. Pudiendo también exacerbar las relaciones conflictivas ya existentes.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Existe una necesidad imperativa de realizar estudios retrospectivos y prospectivos relacionados con los efectos diferenciados de la pandemia en la sexualidad. Estos estudios deberán considerar las experiencias diferenciadas de las mujeres a distintas edades y de los costes que ha supuesto para el desarrollo pleno de su sexualidad. Así mismo, será necesario que otros grupos de población con orientaciones sexuales e identidades de género diversas también sean considerados. Para todos los casos, será importante que los abordajes se realicen desde una perspectiva integral, que aborde el placer, la educación en el deseo, la ética relacional y el fomento de hábitos saludables; y que evite centrarse exclusivamente en los riesgos, para la construcción una salud sexual libre y segura para todas las personas.
2. Se deben establecer indicadores de calidad para la evaluación de las actividades telemáticas tanto preventivas como asistenciales en el ámbito de la salud sexual y de la educación sexual.
3. Integrar comisiones de seguimiento desde los Ministerios de Igualdad y Sanidad que ejecuten acciones de investigación e incidencia política para fomentar la incorporación de la salud sexual integral como derecho, de manera transversal, haciendo especial hincapié en el seguimiento a las recomendaciones de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, ya suscritas por España en materia de salud sexual, así como a los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Sexual del Sistema Nacional de Salud.

# Bibliografía

1. Nebot-García, J, Ruiz-Palomino, E, Giménez-García, C, Gil-Llario, MD, Ballester-Arnal, R, Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 7 nº. 3-Septiembre 2020 - pp 19-26.
2. Tarin-Vicentea. E, Sendagorta Cudosa, E; Servera Negrea, I. Falces Romerob, J. Ballesteros Martinc, A. Martin-Gorgojod, A. Comunión Artiedad, C. Salas Marqueze, P. Herranz Pintoa. Infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el estado de alarma por la pandemia de COVID-19 en España. Actas Dermo-Sifilográficas. Vol 113. Num 2. 115 – 122. Febrero de 2022.
3. Kramer, J. ¿Por qué están aumentando los casos de ETS durante la pandemia?. 26/01/2022. <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2022/01/por-que-estan-aumentando-los-casos-de-ets-durante-la-pandemia> [Consultado: 31/05/2022]
4. Redacción Médica. Las infecciones de transmisión sexual aumentaron pese al confinamiento. 17/11/2020. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/dermatologia/covid-infecciones-transmision-sexual-its-sifilis-gonorrea-confinamiento-8679> [Consultado: 31/05/2022]
5. Diario Heraldo. Las infecciones de transmisión sexual aumentan pese a la pandemia de covid-19. 9/11/ 2020. <https://www.heraldo.es/noticias/sociedad/2020/11/09/las-infecciones-de-transmision-sexual-aumentan-pese-a-la-pandemia-de-covid-19-1404285.html> [Consultado: 31/05/2022]
6. Hurtado-Murillo F, Gómez-Balaguer M, Grau A, Alberó J, Modrego-Pardo I, Biol-Saiz M.A, Pazos-Guerra M, Ruano B, Morillas C. Impacto de la covid-19 y las medidas de distanciamiento social en el proceso de transición médica, social y administrativa de personas con incongruencia de género. Psicósomática y psiquiatría. 2021. 19:17-31.
7. Pornhub Insights. Coronavirus Insights <https://www.pornhub.com/insights/corona-virus>.
8. Dwulit, AD; Rzymiski, P. Potential associations of pornography use with sexual dysfunctions: an integrative literature review of observational studies. J. Clin. Medicina. 2019, 8, 914. <https://doi.org/10.3390/jcm8070914>.

9. Brooks S.K. Webster R.K. Smith L.E. et al. The Psychological Impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395: 912-920
10. Chen T, Bhambhani HP, Kasman AM y col. The COVID-19 Pandemic Association on Male Sexual Function in the United States: A Survey Study of Male Cannabis Users. *J Sex Med* 2021; 9: 100340
11. Gleason, N., Banik, S., Braverman, J., and Coleman, E. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on sexual behaviors: findings from a national survey in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(11), 1851–1862. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.08.008>
12. Mumm J-N, Vilsmaier T, Schuetz JM, et al. How the COVID-19 Pandemic Affects Sexual Behavior of Hetero-, Homo-, and Bisexual Males in Germany. *Sex Med* 2021; 9:100380.
13. Rodríguez-Domínguez, C., Lafuente-Bacedoni, C., & Durán, M. (2021). Predictores de la Satisfacción Sexual durante el Confinamiento por COVID-19 en España. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 627-646.
14. Pennanen-lire C, Prereira LOurenço M, Padoa A, et al. Sexual Health Implications of COVID-19 Pandemic. *Sex Med Rev*: 2021; 9:3e14.
15. Justin J. Lehmilller, Justin R. Garcia, Amanda N. Gesselman, and Kristen P. Mark (2021) Less Sex, But More Sexual Diversity: Changes in Sexual Behavior During the COVID-19 Coronavirus Pandemic, *Leisure Sciences*, 43: 1-2, 295-304, <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1774016>
16. Maroto Navarro, G, García Calvente M, COVID-19 y salud sexual y reproductiva (I): ¿Mantener la salud sexual en época de pandemia?. 15/04/2020 <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/covid-19-y-salud-sexual-y-reproductiva-i-mantener-la-salud-sexual-en-epoca-de-pandemia/> [Acceso: 31/05/2022]
17. López-Bueno, R., López-Sánchez, GF, Gil-Salmerón, A., Grabovac, I., Tully, MA, Casaña, J., & Smith, L. Confinement due to COVID-19 and sexual activity in Spain: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health, 2021, 18 (5), 2559.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052559>
- 18 Gillespie SM, Jones A, Uzieblo K, et al. Coping Using Sex During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the United Kingdom. *J Sex Med* 2021; 18:50e62.
- 19 Ballester-Arnal, Rafael et al. "Project INSIDE Sexual Health in Spain: Sexual Life During the Confinement Caused by COVID-19." *Research on Sexuality and Social Policy: Journal of the NSRC: SR&SP*, 1-19. November 16, 2020, <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00506-1>
- 20 American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://icd.who.int/es>
- 21 Costantini, E., Trama, F., Villari, D., Maruccia, S., Li Marzi, V., Natale, F., Balzarro, M., Mancini, V., Balsamo, R., Marson, F., Bevacqua, M., Pastore, AL, Ammirati, E., Gubbiotti, M., Filocamo, MT, De Rienzo, G., Finazzi Agrò, E., Spatafora, P., Bisegna, C., Gemma, L. ,... Iliano, E. (2021). The impact of confinement on the sexual life of couples. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), 1414. <https://doi.org/10.3390/jcm10071414>
- 22 Jacob L, Smith L, Butler L, Barnett Y, Grabovac I, McDermott D, Armstrong N, Yakkundi A, Tully MA. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in the United Kingdom. *J Sex Med*. 2020 Jul;17(7):1229-1236. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.001>. Epub 2020 May 14. PMID: 32411271; PMCID: PMC7221385.
- 23 Jabbar N. Policing native pleasures: a colonial history. *Br J Sociol*. 2012 Dec;63(4):704-29. doi: 10.1111/j.1468-4446.2012.01433.x. PMID: 23240839

## Enlaces de interés

WHO. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. 2020.

Accesible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.2](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2)

World Health Organization. Developing sexual health programmes: framework for action. 2010

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO?sequence=1>

World Health Organization. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. World Health Organization; 2011.

<https://familiasenred.es/wp-content/uploads/2018/03/EDUCACIoN-SEXUAL-FORO-EXPERTOS->

Plan Operativo E.N.S.S. 2019.

[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan\\_Operativo\\_ENSS\\_2019\\_20.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf)

Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Generalitat Valenciana.

<http://www.san.gva.es/web/igualdad/estrategia-de-salut-sexual-i-reproductiva>

UNICEF. <https://www.unicef.es/educa/blog/convivencia-escolar-en-tiempos-de-covid-19>

United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. 2019

<https://www.unfpa.org/es/node/20910>

# Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19 <sup>xlvi</sup>

<b>Coordinación</b>	<b>Dolores Ruiz-Berdún</b> Profesora Titular del Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales de la Universidad de Alcalá y Vicedecana de Comunicación, Tecnología, Emprendimiento y Promoción de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (UAH).
<b>Equipo redactor</b>	<b>Adela Recio Alcaide</b> Cuerpo Superior de Estadísticos del Estado. Instituto de Estudios Fiscales. <b>Inmaculada Clemente Paulino</b> Técnica del Servicio de Evaluación de la Calidad y Seguridad del Paciente. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. <b>Rosario Quintana Pantaleón</b> Facultativa Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. <b>Sheima Hossain López</b> Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales de la Universidad de Alcalá.

---

<sup>xlvi</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo.

# Palabras clave

- COVID-19
- Embarazo
- Género
- Parto
- Puerperio

## Resumen

La pandemia por COVID-19 ha tenido importantes repercusiones sobre la salud reproductiva de las mujeres en todo el planeta, y España, desafortunadamente, no se ha salvado de este impacto. Entre los aspectos que se quieren destacar en este capítulo, se encuentra el retroceso en derechos, que han sufrido las mujeres españolas, al no recibir, en algunos casos, una atención de calidad basada en la mejor evidencia científica. De igual manera, este retroceso se ha dejado notar, especialmente, en algunos de los avances conseguidos desde la publicación, en 2007, de la Estrategia de Atención al Parto Normal, en 2010, de la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, y, en 2014, de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Entre los derechos especialmente vulnerados por esta vuelta atrás, destacan aquellos que tienen que ver con la posibilidad de estar acompañadas en la dilatación, nacimiento, y puerperio, con no ser separadas después del parto de sus criaturas recién nacidas, con la limitación de acceso a los servicios de planificación familiar, así como la exclusión sistemática de las embarazadas de los ensayos clínicos de las vacunas, la ausencia y falta de priorización de estudios que condujeran a un mejor conocimiento de esta infección en gestantes, puérperas y RN. Por otro lado, la incertidumbre causada por la pandemia ha tenido como resultado, dentro del ámbito reproductivo, una disminución en el número de nacimientos y en el descenso del deseo reproductivo de las mujeres españolas y sus parejas.

# 1. Introducción

*"No olvidéis jamás que bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados. Estos derechos nunca se dan por adquiridos, debéis permanecer vigilantes toda vuestra vida".*

*Simone de Beauvoir*

No ha sido una crisis política, económica o religiosa sino una crisis sanitaria, pero con repercusiones en todas las esferas anteriores, la que ha venido a poner en cuestión, tal y como nos advertía Simone de Beauvoir, los derechos lentamente adquiridos por las mujeres en las últimas décadas. Entre los más afectados por la pandemia están los derechos relacionados con la salud reproductiva.

La salud reproductiva se definió en la «Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas» (El Cairo, 1994), como «un estado continuo de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear, y de la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia»<sup>1</sup>.

Los derechos reproductivos abarcan no solamente el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también a recibir la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada<sup>2</sup>.

## 2. Análisis de situación<sup>xlix</sup>

Se considera que las mujeres embarazadas tienen un riesgo mayor de ser infectadas por la COVID-19. El coronavirus puede causar alteraciones en el desarrollo fetal y en el embarazo, como disminución del crecimiento uterino, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte perinatal. En una primera revisión de literatura en abril de 2020 se advierte de mayores efectos adversos entre las y los recién nacidos (RN) de madres

---

<sup>xlix</sup> Debido a que las competencias sanitarias están transferidas a las comunidades autónomas, no es fácil ofrecer un panorama uniforme de las medidas tomadas en diferentes zonas del país. Incluso dentro de una misma comunidad, las intervenciones fueron muy diferentes entre los distintos centros sanitarios. Por todo ello intentamos ofrecer una visión general que puede no corresponderse con cada situación particular.

afectadas por COVID-19, con complicaciones respiratorias y algún caso de mortalidad. En la sangre de RN de madres infectadas se ha encontrado incremento de valores de anticuerpos IgG e IgM y de citoquinas inmediatamente después del parto.

Durante la pandemia se han limitado derechos y libertades individuales, para la prevención de los riesgos de transmisión del virus SARS-CoV-2, limitaciones que han afectado también al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Una de sus repercusiones más importantes ha sido la dificultad en el acceso a los servicios sanitarios y su reflejo en el preocupante descenso en la atención a otros aspectos no relacionados directamente con la infección por COVID-19, como por ejemplo en la detección y tratamiento del cáncer<sup>3</sup>. Por supuesto, esta situación ha ido cambiando durante la evolución de las diferentes olas de la pandemia y aunque vamos volviendo poco a poco a la normalidad, todavía sigue habiendo restricciones en los centros sanitarios para minimizar el riesgo de contagio.

En cuanto a la salud reproductiva se ha visto afectado, por ejemplo, el acceso a los métodos anticonceptivos, a la interrupción voluntaria del embarazo, a los controles pre y postnatales, a las consultas y tratamientos de fertilidad y a las clases de preparación al nacimiento y la crianza. Circunstancias que han tenido una mayor repercusión entre las mujeres que se encuentran en una posición de especial vulnerabilidad, ya sea debido a una situación económica de pobreza, o bien a cualquier otra condición que pueda dificultar su capacidad de acceso a los servicios sanitarios (contextos migratorios, etnia, discapacidad, etc.)<sup>4</sup>.

La pandemia también ha tenido una importante repercusión en la evolución de la natalidad y el deseo reproductivo en nuestro país, según recogen los datos de la estadística de la Estimación Mensual de Nacimientos del INE<sup>6</sup>. La figura 1 muestra, dentro de la estacionalidad propia de la serie de nacimientos, un descenso especialmente pronunciado en diciembre de 2020, nueve meses después del inicio de la pandemia en España, en marzo de 2020.

**Figura 1: Número mensual de nacimientos en España.**



Fuente: Elaboración propia usando los datos del INE.

Por otro lado, si comparamos los nacimientos producidos entre diciembre de 2020 y mayo de 2021 con los nacimientos esperados si la pandemia no hubiera existido, podemos medir el efecto que ha tenido ésta en los, ya de por sí, frágiles índices de natalidad en nuestro país.

La tabla 1 muestra que hubo una reducción de entre un 15% y un 20% de los nacimientos esperados entre diciembre de 2020 y enero de 2021. Es decir, las mujeres españolas y las mujeres extranjeras que residen en España concibieron entre un 15% y un 20% menos de lo esperado entre los meses de marzo y abril de 2020. Posiblemente la incertidumbre de la pandemia hizo que algunas de estas concepciones se aplazaran a los meses de junio y julio de 2020, donde la tabla refleja un exceso de concepciones del 5-10% respecto de las esperadas, coincidiendo con los meses en los que acabaron las medidas más duras del confinamiento y las cifras de contagios y muertes por COVID-19 en España estaban en mínimos después de la primera ola.

**Tabla 1: Nacimientos esperados entre diciembre de 2020 y mayo de 2021 y efecto de la Covid-19.**

Periodo	Nacimientos observados	Nacimientos esperados (A)	Nacimientos esperados (B)	Efecto Covid-19 (A)	Efecto Covid-19 (B)
Dec 2020	23.019	28.074	27.826	-18%	-17%
Jan 2021	23.868	29.419	27.936	-19%	-15%
Feb 2021	24.324	26.108	23.842	-7%	2%
Mar 2021	29.211	28.153	26.413	4%	11%
Apr 2021	27.523	26.215	24.935	5%	10%
May 2021	27.995	27.458	26.456	2%	6%

(A) Predicción en base al promedio de las tasas interanuales de cada mes en el periodo enero 2010 - septiembre 2020

(B) Predicción siguiendo la metodología Box-Jenkins de predicción de series temporales.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MNP (Movimiento Natural de la Población)

Es evidente que la pandemia afectó a la planificación familiar en una proporción de 1 o 2 parejas de cada diez durante marzo y abril de 2020, que decidieron, no pudieron, o no llegaron a concebir. Igualmente, en los meses de junio, julio y posteriores, cuando España salía de la primera y peor ola de COVID-19, el incremento de concepciones observado denota que algunas de ellas se habían aplazado.

### 3. Atención al embarazo, parto y puerperio

En cuanto a la atención al embarazo, parto y puerperio, ya a finales de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicaba: «Todas las mujeres embarazadas, incluso cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen la COVID-19, tienen derecho a recibir atención de alta calidad antes, durante y después del parto. Esto incluye atención de salud prenatal, neonatal, postnatal, intraparto y mental». Esta atención de alta calidad incluye aspectos como el trato respetuoso y digno, la elección de acompañante durante el parto, una comunicación clara con el personal sanitario, posibilidad de elegir la postura para parir y estrategias adecuadas de alivio del dolor<sup>7</sup>. Todas esas recomendaciones están recogidas en la EAPN<sup>8</sup> y en las GPCs del SNS<sup>9,10</sup>. Sin

embargo, como veremos más adelante, en muchas ocasiones estos derechos se han visto vulnerados prácticamente en todas las naciones del globo, incluida España<sup>11</sup>.

Desde la detección de la COVID-19, y en base a la experiencia acumulada con situaciones epidemiológicas causadas por coronavirus anteriores, los grupos de personas expertas alertaron de la especial vulnerabilidad esperada en las embarazadas y los RN y recomendaron el cribado y seguimiento ante cualquier sospecha de infección por COVID-19, durante el embarazo<sup>12</sup>. Mientras, se iban confirmando los efectos que la enfermedad podía tener sobre aquellas embarazadas con cuadros severos de COVID-19 aunque, al mismo tiempo, los primeros datos indicaban la aparente ausencia de transmisión intrauterina madre-hijo/a en casos de embarazadas afectadas por COVID-19, así como la aparición de cuadros leves en los casos identificados en RN<sup>13,14</sup>.

Sin embargo, y en ausencia de evidencia científica que las sustentara, no tardaron en publicarse protocolos de actuación recomendando medidas tales como el pinzamiento precoz del cordón, o la separación madre e hijo/a, así como evitar la lactancia materna<sup>15</sup>. Posteriormente, se han refutado estas recomendaciones, señalando, por el contrario, el balance positivo (riesgo/beneficio) del clampado tardío del cordón, del contacto piel con piel y de la lactancia materna, para todos los neonatos, incluidos los pretérmino o con bajo peso al nacer<sup>16,17</sup>.

Estas recomendaciones fueron recogidas en el documento de trabajo del Ministerio de Sanidad *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*<sup>18</sup>, en el que participaron sociedades científicas como la SEGO, la AEM, la SENE, la FAME y la IHAN entre otras. No obstante, tras su publicación, no se ha realizado una evaluación del cumplimiento de dichas recomendaciones por parte de los distintos centros sanitarios y especialmente en lo que se refiere a la prohibición de acompañamiento de las mujeres en el parto<sup>19</sup>, y también durante las consultas de seguimiento de embarazo, derecho que ha sido repetidamente vulnerado y denunciado por ciertas asociaciones profesionales<sup>20</sup>.

En el momento de la redacción de este capítulo, las estadísticas que registran indicadores perinatales a nivel nacional no han publicado aún los resultados del año

2020, lo que nos impide evaluar el impacto de la pandemia desde una visión global basada en los principales indicadores de salud reproductiva.

**Tabla 2: Porcentaje de cesáreas en el total de nacimientos por provincia de residencia de la madre.**

<b>Provincia de residencia de la madre</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
España	25,4%	25,0%	24,9%
Andalucía	26,7%	26,3%	25,7%
Aragón	21,4%	21,8%	20,4%
Asturias, Principado de	19,2%	18,8%	18,7%
Balears, Illes	23,5%	22,1%	22,8%
Canarias	21,2%	20,9%	20,5%
Cantabria	23,2%	25,1%	22,8%
Castilla y León	23,5%	23,7%	24,5%
Castilla-La Mancha	26,7%	26,3%	26,8%
Cataluña	27,8%	27,5%	27,3%
Comunitat Valenciana	29,7%	28,5%	28,3%
Extremadura	28,6%	29,5%	29,0%
Galicia	25,3%	25,0%	25,0%
Madrid, Comunidad de	24,5%	23,7%	24,3%
Murcia, Región de	26,2%	25,4%	25,1%
Navarra, Comunidad Foral de	17,9%	18,0%	15,4%
País Vasco	15,3%	15,0%	15,5%
Rioja, La	22,0%	20,7%	21,1%
Ceuta	23,6%	22,3%	22,3%
Melilla	28,7%	29,4%	30,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

Hay que señalar que los datos que refleja el INE (tabla 2) se refieren a la provincia de residencia de la madre. Aunque lo lógico es que las mujeres sean atendidas en sus partos en su lugar de residencia, puede haber un pequeño porcentaje en los que esto no sea así. No obstante, como se puede apreciar también en la tabla 2, el porcentaje de

cesáreas del total nacional se mantuvo, en 2020, en cifras similares a los años anteriores a la pandemia.

Sin embargo, la pandemia afectó a la atención al parto de una forma que los escasos indicadores de los que disponemos no pueden reflejar. La pérdida de autonomía y las prácticas obstétricas no basadas en la evidencia y que no respetan las decisiones y los derechos de las mujeres<sup>1</sup>, se han incrementado, especialmente durante la primera ola de la pandemia, rompiendo la tendencia a la mejora experimentada en los años anteriores<sup>21</sup>. Esta situación forma parte de un fenómeno global de pérdida de derechos de las mujeres durante el parto, que ha sido denunciado en otros muchos países. Según el documento de la ONU *Women's and girls' sexual and reproductive health and rights in situations of crisis* las violaciones de derechos, tuvieron que ver con las siguientes prácticas a pesar de la evidencia científica en contra<sup>22</sup>:

- Prohibir acompañamiento durante el trabajo de parto en lugar de gestionar los riesgos y permitir el apoyo seguro de un acompañante a elección de la mujer. Esta práctica aún se mantiene en algunos centros públicos y privados donde la decisión de poder estar acompañada depende del médico especialista.
- Inducciones y partos instrumentales para acelerar el trabajo de parto, minimizar la exposición viral y liberar camas de hospital.
- Separación de las criaturas recién nacidas si se sospechaba que las madres tenían infección por el virus, incluso cuando se podían tomar las precauciones adecuadas para prevenir la transmisión y pese a la evidencia de que los efectos negativos de la separación superan el riesgo de exposición al virus.
- Impedir o desaconsejar el amamantamiento a pesar de no haber datos que demostrasen la transmisión del COVID-19 a través de la leche materna y de la abundante evidencia de otros riesgos virales para los/as recién nacidos/as sin amamantar.

---

<sup>1</sup> Justo en el inicio de la pandemia, concretamente el 9 de marzo de 2020, la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de la ONU expresó la necesidad que existe en España de mejorar en estos aspectos: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25688&LangID=S>

En el caso de España, todo este tipo de quejas sobre la vulneración de los derechos de las mujeres y RN, acontecida durante el parto a consecuencia de la pandemia, han sido denunciadas por la asociación El Parto es Nuestro en el informe *Atención al parto en España y COVID-19*<sup>23</sup>. Quejas no solo de mujeres, sino también de profesionales sanitarias, en su mayoría matronas, que se produjeron fundamentalmente en la primera ola de la pandemia y que incluían falta de coordinación, de información y déficit en la gestión de la organización de la asistencia sanitaria<sup>24</sup>.

En definitiva, concluye la asociación, se ha vulnerado el derecho de las mujeres a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, reconocido en el artículo 95 de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995<sup>25</sup>, se ha incrementado la pérdida de control de sus procesos sexuales y reproductivos al no mantener el respeto por su autonomía, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas.

## 4. Embarazo y vacunación

La OMS estableció, como una de las prioridades de su hoja de ruta, la recogida específica de datos de estos grupos poblacionales y el que no fueran sistemáticamente excluidos de las investigaciones a realizar<sup>26</sup>. Sin embargo, y a pesar de las voces que clamaban por el derecho de las embarazadas a tomar una decisión informada sobre su participación en estas investigaciones, sólo algunos ensayos clínicos revisaron esta exclusión<sup>27-29</sup>.

Es innegable que la pandemia por COVID-19 ha supuesto un reto sin igual para la ciencia. Ya en marzo de 2020 la OMS alertaba de las lagunas del conocimiento en cuestiones relacionadas con la vacunación de embarazadas ante infecciones víricas y la necesidad de priorizar la recogida de datos de este grupo poblacional<sup>26</sup>. A pesar de ello, la exclusión sistemática de mujeres embarazadas de los ensayos clínicos de las vacunas del COVID-19 supuso la ausencia de datos al respecto cuando, progresivamente, se fueron autorizando y comercializando las vacunas a nivel mundial. Este hecho, como se afirmaba desde la ICMRA<sup>li</sup>, «refleja que no se tuvieron en cuenta los riesgos asociados

---

<sup>li</sup> Organización internacional surgida en 2012 después de la 65 Asamblea de OMS, cuyo objetivo es mejorar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos medicinales a nivel mundial: <https://icmra.info/drupal/history>

a las infecciones víricas en el embarazo ni la experiencia sobre el uso y los beneficios de otras vacunas para las mujeres embarazadas y los bebés»<sup>30</sup>.

La falta de evidencia y resultados de investigación específicos, ocasionó la dificultad de disponer de argumentos más tempranos para la toma de decisión efectiva respecto a la vacunación generalizada de las gestantes, y poder incluirla como recomendación en la estrategia nacional de vacunación.

No fue hasta la séptima actualización de la estrategia de vacunación, publicada el 11 de mayo de 2021, cuando se introdujo la recomendación de vacunar a las mujeres en periodo de lactancia y a las embarazadas, con el objetivo de que estas alcanzaran el periodo de mayor riesgo, final del 2º trimestre y 3º, con la pauta vacunal completa<sup>31</sup>. En el momento actual, se considera recomendable la administración de vacunas de ARNm a todas las mujeres embarazadas, estando especialmente indicada en aquellas mujeres que acumulan diversos factores de riesgo como hipertensión o preeclampsia, obesidad o diabetes, así como en mujeres de edades superiores a los 35 años<sup>32</sup>. En la última actualización de la estrategia de vacunación, a fecha de cierre de este informe, se recomienda que las embarazadas reciban su dosis de recuerdo cuando les corresponda, a los 3 o a los 6 meses de la primovacunación, dependiendo del tipo de vacuna recibida<sup>33</sup>.

## 5. Los modelos asistenciales al parto y la pandemia

Otro aspecto que la pandemia ha puesto sobre la mesa es la eficacia de los modelos asistenciales, como el de cuidados de personas mayores institucionalizadas, entre las que ha habido una gran mortalidad<sup>34</sup> y que se recoge en el capítulo 8 del presente Informe. Las mujeres embarazadas, durante la primera ola de la pandemia, desarrollaron rechazo a acudir a parir al hospital por el miedo al contagio<sup>35,36</sup>, circunstancia que ha puesto sobre la mesa la necesidad de realizar cambios en los modelos de asistencia al parto<sup>37</sup>.

En los últimos años se ha comenzado a producir un pequeño avance hacia un parto menos medicalizado pero con las mayores garantías de seguridad representado por centros de nacimiento como los ya inaugurados en Cataluña (en el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell y en el Hospital Germans Trias i Pujol), para la atención a mujeres que así lo deseen y cumplan con los criterios de embarazo y parto normal. Pero parece que la pandemia también ha tenido un efecto perjudicial en la progresión hacia estos nuevos modelos organizativos<sup>38</sup>.

## 6. Lecciones aprendidas

A modo de conclusión el planteamiento es que las crisis sanitarias, como la que todavía estamos viviendo, pueden servir para impulsar cambios necesarios que, de otra manera, hubieran tomado mucho más tiempo. Algunos de los aspectos sobre los que habrá que reflexionar después de la emergencia sanitaria se refieren tanto a los derechos reproductivos de las mujeres (además del derecho al aborto o al acceso a la anticoncepción)<sup>39</sup>, como a la oportunidad de crear centros de nacimiento que permitan la atención a partos normales sin necesidad de ingresar en hospitales generales en situación de pandemia.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Blindar las buenas prácticas en la atención al embarazo, parto y puerperio que contribuyen a que las mujeres disfruten plenamente de sus derechos reproductivos, y favorecer la formación de profesionales respetuosos con la fisiología del parto. La anunciada reforma de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva puede ser el marco adecuado para ello.
2. Avanzar hacia la posibilidad, como sucede en otros países de nuestro entorno, de que la mujer pueda elegir el lugar en el que dar a luz, dentro del sistema sanitario público español.
3. Abrir un debate dentro de la comunidad científica sobre la necesidad de incluir a las embarazadas en las fases avanzadas de los ensayos clínicos de medicamentos y vacunas con todas las medidas de seguridad posibles.

# Bibliografía

1. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Nueva York; 1995. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994>
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011; Disponible en: [www.mspsi.gob.es](http://www.mspsi.gob.es)
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Cifras del cancer en españa 2021 [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2021. Disponible en: [https://seom.org/images/Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espnaha\\_2021.pdf](https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf)
4. Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. J Racial Ethn Heal Disparities. 1 de junio de 2020;7(3):398-402.
5. Ministerio de Sanidad. Interrupcion Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2020 [Internet]. Madrid; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf)
6. Instituto Nacional de Estadística. Estimación Mensual de Nacimientos [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=7765&capsel=7765>
7. OMS. Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2007.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica de atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz; 2010. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf%0A](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf%0A)

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)

10. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid; 2014.
11. Asefa A, Semaan A, Delvaux T, Huysmans E, Galle A, Sacks E, et al. The impact of COVID-19 on the provision of respectful maternity care: Findings from a global survey of health workers. *Women and Birth* [Internet]. 2021;(May). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.003>
12. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020;20(6):652-3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2)
13. Lu Q, Shi Y. Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. *J Med Virol*. 2020;92(6):564-7.
14. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2021];395:809-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/>
15. Arnaez J, Teresa Montes M, Herranz-Rubia N, García-Alix A. The Impact of the Current SARS-CoV-2 Pandemic on Neonatal Care. *Front Pediatr* [Internet]. 2020;1. Disponible en: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
16. López M, Gonce A, Meler E, Plaza A, Hernández S, Martínez-Portilla RJ, et al. Coronavirus Disease 2019 in Pregnancy: A Clinical Management Protocol and Considerations for Practice. *Fetal Diagn Ther* [Internet]. 2019;47:519-28. Disponible en: [www.karger.com/doi/10.1159/000508487](http://www.karger.com/doi/10.1159/000508487)
17. Minckas N, Medvedev MM, Adejuyigbe EA, Brotherton H, Chellani H, Estifanos AS, et al. Preterm care during the COVID-19 pandemic: A comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to SARS-CoV-2 infection. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021;33:100733. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100733>

18. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento\\_manejo\\_embarazo\\_recien\\_nacido.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf)
19. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Protocolo De Comunicación De Mujeres Gestantes En El Momento Del Parto 04/04/2020. 2020.
20. Jan C. Valencia permite entrar a los acompañantes a los partos tras prohibirlo durante cuatro días La decisión había causado malestar en los hospitales y quejas de la asociación valenciana de matronas. El País [Internet]. 7 de abril de 2020; Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-07/valencia-permite-entrar-a-los-acompanantes-a-los-partos-tras-prohibirlo-durante-cuatro-dias.html>
21. Sadler M, Leiva G, Olza I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. Sex Reprod Heal Matters. 2020;28(1):46-8.
22. United Nations Working Group on discrimination against women and girls. Women's and girls' sexual and reproductive health and rights in situations of crisis [Internet]. 2021. Disponible en: <https://unworkinggroupwomenandgirls.org/reports/womens-and-girls-sexual-and-reproductive-health-rights-in-crisis/>
23. El Parto Es Nuestro. Atención al parto en España y COVID-19 [Internet]. Madrid, 16 de junio de 2021. 2021. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/infome\\_atencion\\_al\\_parto\\_y\\_covid\\_19\\_epen.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/infome_atencion_al_parto_y_covid_19_epen.pdf)
24. González-Timoneda A, Hernández-Hernández V, Pardo-Moya S, Alfaro-Blazquez R. Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. Women and Birth. 2021;(34):465-72.
25. The United Nations. Beijing declaration and platform for action [Internet]. Fourth World Conference on Women. Geneva: The United Nations; 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>
26. World Health Organization. A Coordinated Global Research Roadmap: 2019 Novel

- Coronavirus [Internet]. 2020. 65 p. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/a-coordinated-global-research-roadmap>
27. Whitehead CL, Walker SP. Consider pregnancy in COVID-19 therapeutic drug and vaccine trials. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10237):e92. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31029-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31029-1)
28. Maternal Coalition to Advance Therapeutics. COVID-19 and Pregnant Women and Lactating Women. 2020.
29. Klein SL, Creisher PS, Burd I. COVID-19 vaccine testing in pregnant females is necessary. *J Clin Invest*. 2021;131(5):2019-22.
30. International Coalition of Medicines Regulatory Authorities. ICMRA Pregnancy and Lactation Workshop [Internet]. 2021. Disponible en: <https://icmra.info/drupal/en/covid-19/9february2021>
31. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19. Estrategia de vacunación frente a COVID - 19 en España [Internet]. Actualización 7 (11 de mayo de 2021). 2021. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_Actualizacion7\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion7_EstrategiaVacunacion.pdf)
32. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España [Internet]. Actualización 9 modificada (2 de noviembre de 2021). 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_Actualizacion9\\_Modificada\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion9_Modificada_EstrategiaVacunacion.pdf)
33. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19. Estrategia de vacunación frente a COVID - 19 en España [Internet]. Actualización 10 (27 de diciembre de 2021). 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_Actualizacion10\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion10_EstrategiaVacunacion.pdf)
34. Cabrero GR. The coronavirus crisis and its impact on residential care homes for the

- elderly in Spain. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(6):1997.
35. Preis H, Mahaffey B, Lobel M. The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States. *Birth*. 2021;48(2):242-50.
36. Vila-Candel R, Mena-Tudela D, Gómez-Seguí A, Asensio-Tomás N, Cervera-Gasch A, Herraiz-Soler Y. Management of labour, puerperium, and lactation in SARS-CoV-2 positive women. Multicentric study in the Valencian Community. *Enferm Clin* [Internet]. 2021;31(3):184-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.006>
37. Escuriet Peiró R. Modelos de organización de los servicios de atención al parto : efecto sobre la provisión de servicios y los resultados [Internet]. *Universitar Pompeu Fabra*; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/319718>
38. Escuriet R, Arribas AM, Vélez OC. COVID's collateral damage on women's health: How to resume the path of improvement. *Eur J Midwifery*. 2020;4(26).
39. Gan-Or NY. Going solo: The law and ethics of childbirth during the COVID-19 pandemic. *J Law Biosci*. 2021;7(1):1-17.

# COVID-19, Masculinidades y salud de los hombres desde una perspectiva de género<sup>lii</sup>

<b>Coordinación</b>	<b>Jorge Marcos-Marcos</b> Dpto. de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante
<b>Equipo redactor</b>	<b>Ángel Gasch-Gallén</b> Dpto. de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza <b>Carlos Álvarez-Dardet</b> Grupo de Investigación en Salud Pública, Instituto de Investigación de Estudios de Género, Universidad de Alicante, Alicante <b>Gracia Maroto-Navarro</b> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada / Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada / Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid <b>José Tomás Mateos</b> Dpto. de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lérida, Lérida

---

<sup>lii</sup> En el epígrafe “Experiencias de interés” que se incluye al final del presente Informe, se incorporan algunos ejemplos relativos al tema central de este capítulo

# Palabras clave

- COVID-19
- Salud de los hombres
- Perspectiva de género
- Masculinidades
- División sexual del trabajo

## Resumen

El análisis epidemiológico de la COVID-19 ha puesto en evidencia que los factores biológicos no explican por sí solos la distribución por sexo del impacto del coronavirus SARS-CoV-2. Esto nos ha llevado a considerar factores de orden social y cultural que conforman el bienestar, la posición social y las conductas de hombres y mujeres, subyacentes a los procesos de salud-enfermedad-atención. Este capítulo es una aproximación a las implicaciones del estudio de las masculinidades y la salud de los hombres desde un enfoque relacional de género. El foco de atención se pone en el análisis de determinados comportamientos y prácticas de riesgo, así como en la confluencia entre los ámbitos productivo y reproductivo durante la pandemia. Los resultados ponen en evidencia cambios abruptos en los estilos de vida. En general, los hombres mostraron actitudes menos responsables hacia el cumplimiento de las medidas para la contención de la COVID-19. Del mismo modo, aunque el consumo de sustancias psicoactivas se redujo durante los periodos de confinamiento, se puso en evidencia un gran incremento en el juego en línea con dinero, siendo en este momento una vía principal de ludopatía entre los menores de 26 años. Por otro lado, los cambios producidos en el mercado laboral durante la COVID-19 reforzaron el modelo de sustentador principal masculino y la distribución tradicional de roles dentro de los hogares. Esto llevó a que los hombres soportaran una menor sobrecarga por cuidados que las mujeres, que se refleja en el impacto diferencial en la salud y el bienestar.

# 1. Introducción

El impacto de la COVID-19 ha vuelto a poner en evidencia una de las máximas de los estudios de género: la salud de mujeres y hombres es diferente, y también desigual. Diferente por la existencia de factores biológicos que se manifiestan de manera distinta tanto en los resultados en salud como en los riesgos de enfermarse; desigual porque hay factores de orden social, en parte explicados por el género, que podrían ser evitables, y que tienen un impacto en la salud de las personas, además de constituir en sí mismo un lastre para el bienestar social y el progreso socio-económico<sup>1,2</sup>.

A la hora de analizar el impacto de la COVID-19 algunos estudios han puesto el acento en las mayores tasas de mortalidad de los hombres, explicándolas mediante argumentos que remiten a factores biológicos, fundamentalmente relativos a una respuesta inmunitaria diferente en mujeres y hombres<sup>3-5</sup>. Sin embargo, dichas consideraciones no deben hacernos perder de vista que los determinantes de la pérdida de salud suelen ser múltiples. Analizar una pandemia como la provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, atendiendo también a perspectivas complementarias a las de la biomedicina, nos permite acercarnos a los procesos de salud-enfermedad-atención desde una visión más sensible a lo local y particular, interpretando la etiología desde la consideración de redes multicausales. En este caso, el hecho de que dichos argumentos biológicos no expliquen por sí solos el enorme impacto que la COVID-19 ha tenido en los hombres<sup>6</sup>, o por qué las brechas de género provocadas por el coronavirus han ido cambiando en el tiempo en distintos grupos sociales y contextos, nos obliga también a tomar en consideración otros factores de orden social y cultural que conforman el bienestar, la posición social y las conductas de hombres y mujeres<sup>7</sup>. Esto implica analizar el género no sólo como un constructo social que articula estereotipos, actitudes, valores y comportamientos que influyen en cómo hombres y mujeres viven sus vidas, sino también como un constructo que estructura la sociedad y determina el repertorio de respuestas disponibles ante situaciones de crisis, generando diferencias en la exposición y en las circunstancias de vulnerabilidad a factores de riesgo. Para contribuir al entendimiento del impacto de la COVID-19 desde este enfoque, a lo largo de este capítulo nos situamos en una perspectiva crítica dentro del estudio de los

hombres y las masculinidades, poniendo el foco de atención en el análisis de ciertos comportamientos y prácticas de riesgo, así como en la confluencia entre los ámbitos productivo y reproductivo durante la pandemia. Para profundizar en el resto de los determinantes sociales de la salud y contextos de vulnerabilidad, se invita a consultar los dos capítulos de este Informe dedicados a su análisis.

## 2. ¿Por qué poner también el foco en los hombres desde la perspectiva de género?

La progresiva incorporación de la perspectiva de género en salud pública ha ido generando un creciente interés por avanzar en el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención de los hombres desde dicha perspectiva, y sus interrelaciones con la salud de las mujeres<sup>8</sup>. Partimos de la base de que obtener una visión más integral y profunda en el análisis de las diferencias y desigualdades en salud es, en sí mismo, una invitación a realizar un acercamiento a las complejidades e implicaciones del estudio de las masculinidades y la salud de los hombres en el momento actual. En este caso, partiendo de un enfoque relacional de género<sup>9</sup>.

Analizar la evolución de la COVID-19 desde este enfoque ha puesto de manifiesto que circunstancias sociales similares, no solo pueden hacer vulnerables a hombres y mujeres, sino que también pueden producir tanto efectos diferentes como desiguales. Esto muestra la importancia de desarrollar una base más sólida de conocimiento en torno a las diferencias y semejanzas que se pueden establecer entre hombres y mujeres, pero también entre las que se puedan dar entre los propios hombres y mujeres. La COVID-19 no solo ha vuelto a poner en evidencia la importancia de considerar las necesidades y particularidades biológicas de hombres y mujeres, sino que también ha supuesto un reconocimiento a la interacción entre el sexo y el género tanto en la construcción de identidades como en la asignación de roles y responsabilidades, los cuales se reflejan en los estados de salud de hombres y de mujeres<sup>10</sup>. De hecho, tomar

en consideración un enfoque relacional en un sentido amplio, supone concebir el género como un elemento que conecta, al mismo tiempo, las relaciones socioeconómicas, las afectivas, las simbólicas y las de poder, que operan de manera simultánea en distintos niveles de la realidad social<sup>9</sup>.

Aunque el estudio de la salud de los hombres desde la perspectiva de género es relativamente reciente dentro de las ciencias de la salud, está teniendo un gran desarrollo en los últimos años. Una prueba de ello es la implementación de la *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*<sup>11</sup>. Esto refleja la creciente preocupación por las necesidades y riesgos específicos para la salud de los hombres, pero también, la necesidad de involucrarlos en políticas y programas con capacidad de promover cambios positivos en el orden de género. Cambios que, a su vez, lleven a proporcionar mejoras en los resultados en salud desde un enfoque de equidad<sup>12</sup>.

El concepto «masculinidades», relativo a las diversas formas de ser hombre, ha supuesto en la actualidad un reconocimiento a la complejidad y heterogeneidad masculina. De esta manera, aunque la literatura científica muestra que los discursos hegemónicos acerca de la masculinidad están asociados a ideales de competitividad, riesgo, independencia, autocontrol, invulnerabilidad o poder sobre los demás (especialmente sobre las mujeres)<sup>13</sup>, debemos alejarnos de nociones esencialistas sobre lo masculino y asumir que estamos ante un conjunto de significados cambiantes que se traducen en roles, actitudes, expectativas y prácticas que, al analizarlas desde una perspectiva relacional, evidencian que la identidad de género no sólo se construye a través de la relación con uno mismo (autopercepción), sino fundamentalmente a través de la relación con el mundo, con los otros hombres pero, de forma esencial, con las mujeres. Algo que cobra especial sentido cuando se ha tenido que hacer frente a una situación social hostil como la provocada por la COVID-19.

## 3. Género y salud: de los estilos de vida y los comportamientos de riesgo a la división sexual del trabajo

Este punto es una invitación a poner en valor la importancia de entender la interacción del género tanto en la construcción de las identidades como en la asignación de responsabilidades y expectativas sociales, puesto que, en el caso del estudio de los hombres y las masculinidades esto subraya los riesgos y problemas de salud que se enfrentan como consecuencia de la interpretación del rol asignado; incluyendo el mantenimiento de su posición social.

### 3.1. Comportamientos y estilos de vida: IMPACTO en la salud de los hombres

Los estudios centrados específicamente en la salud de los hombres durante la pandemia han vuelto a poner de manifiesto la visión hegemónica de la biomedicina, centrándose en problemas característicos de los hombres desde un punto de vista exclusivamente biológico<sup>3,4,14-17</sup>, alejados de una visión más integral a la hora de caracterizar el impacto de la COVID-19.

Para construir futuras formas de proteger la salud de la población, ha sido necesario prestar una mayor atención a las diferentes situaciones y circunstancias de la vida cotidiana en aspectos como los autocuidados, los comportamientos de riesgo o los cambios corporales derivados de las restricciones de movilidad, y que han influido en la autoimagen y autoestima, así como en las formas de establecer relaciones interpersonales durante una pandemia como la que nos ha tocado vivir<sup>18</sup>.

La literatura científica ha puesto en evidencia los cambios abruptos que debidos al confinamiento domiciliario se produjeron en los estilos de vida<sup>19</sup>. Dichos cambios, como en el caso de los hábitos alimentarios y de consumo, han puesto de manifiesto el

impacto tanto a nivel corporal como en el equilibrio emocional<sup>20,21</sup>; efectos que han tenido implicaciones en el autocuidado y el cuidado de otras personas.

A la hora de analizar el impacto de la COVID-19 en los estilos de vida, resulta de interés poner el punto de mira en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Los resultados de la "Encuesta web Europea Alcohol y COVID-19" apuntan a que la mayoría de las personas que fueron encuestadas habían reducido el consumo de alcohol o lo mantuvieron sin cambios, tanto en lo que respecta a la frecuencia de consumo como al número de bebidas en cada ocasión o a los episodios de consumo intensivo<sup>22</sup>. Estos resultados están en consonancia con un estudio realizado en España<sup>23</sup> en el que se observó cómo el consumo de riesgo de alcohol descendió de forma generalizada durante el periodo de confinamiento. En este sentido, aunque el alcohol pudo ser utilizado como medida de afrontamiento para reducir la intensidad de respuesta a la ansiedad, estrés o sintomatología depresiva, especialmente en ciertos grupos de población vulnerable, como en el caso de aquellos hombres que ya realizaban consumos problemáticos de alcohol antes de la pandemia, las tendencias observadas apuntan a una doble vía: por un lado, ante la reducción de ingresos económicos hubo una tendencia a disminuir el gasto en aquellos bienes que no se consideraban de primera necesidad y, por otro lado, el efecto de la reducción de la disponibilidad por las medidas de salud pública decretadas para la contención de la COVID-19<sup>24</sup>. Esta misma tendencia general de reducción también se observó en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales<sup>25</sup>.

En lo que respecta a otros comportamientos, los datos pusieron de manifiesto un claro aumento del uso de internet. En este sentido, las tendencias advierten de un incremento significativo del juego en línea, incluyendo el juego con dinero, especialmente en los hombres menores de 25 años<sup>26</sup>. Según los resultados del estudio del perfil del jugador *online*, el número de jugadores y jugadoras en activo supone un crecimiento anual del 8,36%, donde el 82% de los jugadores son hombres, habiéndose convertido ya en nuestro contexto en una vía principal de ludopatía entre la población menor de 26 años<sup>27</sup>.

Por otro lado, como se advertía al principio, el hecho de que el impacto de la pandemia fuera diferente y desigual según características socio-demográficas y contextuales, hace que haya actuado de manera específica también según la identidad de género, pero también respecto a la orientación sexual. Así, por ejemplo, en hombres que manifiestan masculinidades disidentes con la norma heterosexual, se observaron cambios importantes en sus comportamientos y estilos de vida<sup>28</sup>. En nuestro contexto, destacaron una disminución en el acceso a los recursos de salud<sup>29</sup>, y también un mayor consumo durante el periodo de confinamiento de sustancias recreativas relacionado con el *chemsex*, práctica que tiene que ver con un uso intencionado de drogas para mantener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres<sup>30</sup>.

Los hombres, en general, mostraron actitudes menos responsables hacia el cumplimiento de las medidas y recomendaciones para la contención de la COVID-19, especialmente los más jóvenes<sup>31</sup>. Entre otros aspectos, estas situaciones se relacionan con la necesidad de cumplir con determinados estereotipos de género; no en vano, la COVID-19 nos ha hecho (re)pensar las condiciones humanas de fragilidad, reciprocidad e interdependencia, que van en contra de los códigos normativos tradicionales de masculinidad, lo que pudo influir en que se tomaran con menos seriedad y se banalizaran las medidas de higiene y distanciamiento social<sup>10</sup>. En esta línea, un estudio identificó la relación entre el uso de mascarillas y la identidad de género de los hombres, observando que aquellos que se identificaban con identidades más cercanas a la individualidad, dentro de los estereotipos que describen la masculinidad hegemónica, rehusaban en mayor medida su utilización<sup>32</sup>. Por otro lado, la adopción de medidas preventivas en los hombres se incrementó a medida que tenían más relación con personas en situación de mayor vulnerabilidad. Esto pone de manifiesto cómo esta situación ha llevado a algunos hombres a adoptar otros comportamientos y reconfigurar su identidad alejándose de ciertas imposiciones propias del ideal hegemónico de masculinidad<sup>10</sup>.

La evidencia aportada por los estudios que han analizado la salud desde un punto de vista más integral muestran la importancia de aplicar un enfoque de ciclo vital. No en vano, las situaciones que determinan peores resultados en salud derivados de

comportamientos no saludables son diferentes a lo largo del curso de vida. Así, por ejemplo, aunque el aumento de peso fue generalizado durante la pandemia, los hombres adultos mayores mostraron mayor proporción de comportamientos sedentarios que las mujeres durante el confinamiento<sup>33</sup>. Por otro lado, si bien la percepción de calidad de vida y gestión del estrés emocional suelen ser mejores en mujeres y hombres en edades avanzadas, se corre el riesgo de posicionarnos desde una concepción edadista en la que disminuamos los niveles de bienestar mental en personas mayores, como ilustran algunos estudios que han descrito peores resultados en salud mental en aquellas personas que vivían solas y que sufrieron pérdidas económicas<sup>34</sup>. Por tanto, aunque sabemos que en etapas avanzadas de la vida las mujeres tienen peores resultados de salud, el análisis del impacto de las exigencias de género debe también incorporarse al estudio de las conductas de salud en hombres mayores, ya que estos factores pueden afectar también de manera diferente y desigual a mujeres y hombres a lo largo de esta etapa del ciclo vital<sup>35</sup>.

## 3.2. Género y división sexual del trabajo

La crisis sanitaria y socioeconómica provocada por la COVID-19 ha supuesto un acontecimiento histórico sin precedentes que vino a movilizar globalmente cambios significativos en la vida personal, laboral y familiar de mujeres y hombres. Al impacto psicológico de la pandemia, analizado en el capítulo dedicado a la salud mental del presente Informe, se suman factores sociales como el nivel de ingresos económicos, el espacio físico disponible en la vivienda, la convivencia con personas más vulnerables o el miedo a cómo será la recuperación social-económica<sup>36</sup>. Sea como fuere, se ha puesto en evidencia cómo las dinámicas hegemónicas de privilegio masculino en las relaciones familiares y parentales siguen imponiendo una fuerte fragmentación entre los ámbitos productivo y reproductivo.

### 3.2.1. La conciliación de la vida familiar y laboral en tiempos de COVID-19

Los vínculos personales y el tipo de relaciones que se propician en torno a la crianza son una vía para el apego emocional<sup>13</sup>. En este sentido, los periodos de confinamiento han supuesto una oportunidad para estar en familia<sup>37</sup>. Ahora bien, dependiendo de diferentes circunstancias individuales y sociales, la paternidad también puede suponer una importante fuente de sobrecarga física y emocional. Las condiciones especiales de crianza intensiva que se generaron durante la pandemia, han colocado el bienestar de las familias en situación de especial vulnerabilidad. Se ha comprobado cómo las relaciones de pareja durante las fases de confinamiento no fueron equilibradas, incrementándose la angustia y el malestar cuando había niños y/o niñas en el hogar<sup>38</sup>.

Los hombres manifestaron menos malestar subjetivo que las mujeres, explicable por la mayor exposición de ellas a situaciones estresantes y la menor verbalización del desasosiego por parte de ellos<sup>36</sup>. Se ha observado que, de forma general, los hombres soportaron menor carga de trabajo doméstico y de cuidados que las mujeres durante la pandemia, aunque se dieron ciertos pasos hacia un reparto más equitativo; especialmente, en hogares con parejas heterosexuales en los que los hombres no tenían trabajo remunerado, vieron interrumpido su contrato o perdieron el trabajo<sup>39</sup>.

El circunstancial incremento de responsabilización con el trabajo reproductivo por parte de los hombres durante la COVID-19 respalda la hipótesis de exposición a las necesidades<sup>40</sup>, tal como se interpretó también durante la Gran Recesión de la pasada década<sup>41</sup>. De esta manera, el incremento de la participación masculina en el hogar se entiende impulsado, fundamentalmente, por una disminución del poder de negociación de aquellos hombres que dejaron de ser los principales contribuyentes a los ingresos del hogar; lo cual también se puede entender como una consecuencia directa de la desigualdad persistente entre hombres y mujeres en el ámbito laboral<sup>42</sup>.

Durante los periodos de confinamiento, aquellos hombres que eran padres y tenían empleo remunerado, tuvieron más posibilidades para reducir sus horas de trabajo frente a los que no eran padres. Esta circunstancia impulsó su posición dentro los

hogares, y supuso una ampliación del tiempo que pasaban con sus hijos e hijas; sobre todo quienes tenían un nivel educativo medio y bajo<sup>43</sup>. En las tareas domésticas, la mayor implicación de los hombres se ha identificado principalmente en aquellas tareas consideradas menos desagradables, como cocinar y otras actividades relacionadas, pero manteniéndose una gran brecha en el caso de otras tareas domésticas, incluyendo el cuidado infantil<sup>44</sup>. El hecho de que los hombres siguieran asumiendo en menor medida las tareas no remuneradas, muestra, entre otros aspectos, las implicaciones de la alfabetización en salud en la construcción de las identidades de género, así como la persistente infravaloración de los cuidados, que implican suplencia de/o ayuda para necesidades de tipo más básico<sup>12,45</sup>.

Los hombres, en general, salieron más de sus domicilios durante todo el periodo de confinamiento que las mujeres; también salieron en mayor medida para desplazarse al trabajo, aunque tuvieran la posibilidad de teletrabajar<sup>46</sup>. Por otra parte, ante la incertidumbre de las primeras semanas, cuando había que quedarse en casa y se proponía la posibilidad de alargar el confinamiento hasta 6 meses, los hombres manifestaron, en mayor medida, que podían sobrellevar esta situación dado que tenían más oportunidad de mantener el trabajo en casa sin perjuicio de su rendimiento, ya que las mujeres se hacían cargo, en mayor medida, de los cuidados familiares, como se analiza en mayor profundidad en otro de los capítulos de este Informe. Esto pone de manifiesto las desiguales oportunidades y condiciones que se dieron en torno al teletrabajo<sup>46</sup>. Los hombres también perdieron en menor medida sus empleos o ahorros, y fueron los que menos se ausentaron de sus trabajos<sup>47</sup>. Esta mayor facilidad que se observó en los hombres para salir de casa y conservar sus empleos podría tenerse en cuenta como una estrategia positiva si se favoreciera su incorporación en tareas de cuidado, redirigiendo las salidas a un reparto más equitativo de las responsabilidades domésticas y comunitarias, situación que no se dio de forma generalizada. Estamos ante aspectos comportamentales que, como estamos viendo, están imbricados a la confluencia en los ámbitos productivo y reproductivo.

En este sentido, la crisis por COVID-19 no ha supuesto un cambio drástico en la reorganización de roles tradicionales de género (en todo caso se han visto reforzados). Además, se ha comprobado que el transitorio aumento de la implicación paterna en los

hogares ha impactado disminuyendo su satisfacción con la conciliación entre trabajo remunerado y dedicación familiar respecto a la etapa pre-pandémica<sup>48</sup>. En el caso del grupo minoritario de hombres que han ejercido de cuidadores principales y han intensificado las tareas de crianza, las distintas fases de confinamiento impactaron de forma significativa en su salud psicosocial, alcanzando niveles negativos similares a los que vivencian habitualmente las mujeres<sup>49</sup>.

La gestión de situaciones de conflicto entre trabajo y familia resultó más compleja para aquellos hombres con trabajos manuales y una mayor precariedad laboral, así como para aquellos padres separados que antes de la pandemia organizaban los cuidados infantiles contando con las madres de sus hijos e hijas y con la familia extensa, pero que durante la pandemia vieron limitados estos apoyos y tuvieron que lidiar con dificultades de organización y falta de tiempo, incrementando de forma significativa sus niveles de fatiga y malestar psicológico<sup>49</sup>. En cualquier caso, aunque los hombres en situación de separación tuvieron que hacer frente a las repercusiones del confinamiento, como la interrupción de los intercambios y/o las variaciones en la comunicación y tiempo compartido con sus hijos e hijas, los y las menores permanecieron en mayor medida en el domicilio materno, situación que, en general, fue bien aceptada tanto por las propias madres (independientemente de sus cargas de trabajo) como por los padres. Esto advierte de los avances que aún quedan por hacer en la incorporación simbólica y real de la figura paterna en la crianza, y la perpetuación del ideal de la madre como la principal responsable de las hijas e hijos<sup>50</sup>. Seguir potenciando otras reglas de juego alternativas, permitirá internalizar la labor reproductiva y la paternidad cuidadora como un rol esperado en los hombres, con beneficios no solo para las mujeres y la infancia, sino también para el desarrollo personal de los propios hombres y, en general, para el bienestar y el progreso social<sup>51</sup>.

### 3.2.2. COVID-19, roles de género y (des)empleo: algunas claves asociadas al análisis del sustentador principal

La distribución de roles dentro de la pareja heterosexual tradicional, como se ha mencionado, aún mantiene hoy un desequilibrio hacia las mujeres, que asumen una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, mientras que los hombres mantienen una mayor presencia en el ámbito laboral<sup>52</sup>. En España, el modelo de cuidados ha sido tradicionalmente “familiarista”. Esto implica que, en comparación con otros países del entorno, tiene menor apoyo de las políticas públicas y la responsabilidad de los cuidados a menores y dependientes recae en las familias; fundamentalmente en las mujeres<sup>53</sup>. Si bien, este modelo ha evolucionado hacia una redistribución de estos roles, la incorporación de las mujeres al ámbito laboral ha avanzado de forma más rápida que la incorporación de los hombres al trabajo de cuidados, lo que conlleva una mayor carga para ellas<sup>54</sup>. Esta situación, además, ha reforzado la posición de los hombres como sustentadores económicos principales, que pese a ser una estructura cada vez más minoritaria frente a modelos de sustentación doble, sigue componiendo las expectativas y los roles en la familia heterosexual tradicional<sup>55</sup>. Más allá de la importancia de las conexiones sociales para el bienestar de las personas, estos roles tradicionales representan mecanismos cruciales a la hora de analizar las necesidades psicosociales básicas<sup>56</sup>. Así, por ejemplo, la responsabilidad financiera y la presión relacionada con el trabajo, en combinación con las funciones de cuidado, son un factor de alto riesgo para la reducción del bienestar<sup>57</sup>.

Las medidas llevadas a cabo para controlar el incremento de casos de COVID-19, especialmente durante la primera ola, modificaron sustancialmente estas dinámicas familiares<sup>58</sup>. Además, el impacto en el trabajo remunerado tuvo características distintas a otras crisis financieras que impactaron en el mercado laboral, principalmente con despidos en sectores laborales masculinizados como el de la construcción<sup>59</sup>. A diferencia de las anteriores, en la crisis laboral provocada por la COVID-19 las mujeres estuvieron sobrerrepresentadas en muchos de los sectores “sociales” que, como la hostelería, el comercio o las actividades artísticas, fueron de las más afectados por los

cierres temporales derivados de las medidas decretadas para promover el distanciamiento social<sup>60</sup>; a diferencia de otros sectores relacionados con profesiones de “cuello blanco” y asociados a un mayor nivel educativo, que pudieron mantener su actividad a través del teletrabajo. Aunque previamente a la epidemia de COVID-19 era una forma de trabajo que ya realizaban más hombres que mujeres, con el inicio de la pandemia se revirtió la situación, siendo las mujeres las que mayoritariamente adoptaron esta modalidad<sup>61,62</sup>. A su vez, los sectores considerados esenciales durante la pandemia, que mantuvieron su actividad de forma habitual, estuvieron representados de forma equiparable por hombres y mujeres (43% y 41% del empleo total respectivamente)<sup>62</sup>.

Este escenario ha planteado la posibilidad de analizar desde una perspectiva de género diferentes situaciones en las parejas: a) aquellas donde solo una o ambas personas teletrabajaban, b) aquellas en las que una o las dos personas de la pareja perdieron temporal o definitivamente su empleo y c) aquellas en las que una o ambas personas siguieron manteniendo su actividad laboral de forma presencial. En un estudio se compararon aquellas parejas heterosexuales con menores a cargo en las que ambos miembros tuvieron acceso a teletrabajo y flexibilización horaria con aquellas que no tuvieron la oportunidad de adoptar estas medidas<sup>63</sup>. Si bien, en ambos grupos, los hombres destinaron más tiempo al trabajo remunerado y menos al trabajo de cuidados, la brecha fue menor en aquellas parejas en las que ambos tuvieron acceso a teletrabajo y flexibilidad horaria. Sea como fuere, esta situación durante la pandemia se relacionó con una mayor caída del empleo femenino y un aumento de la brecha salarial de género, puesta también en evidencia en otros contextos<sup>64</sup>, donde los hombres con hijas o hijos mostraron menos probabilidades que las mujeres de reducir sus horas de trabajo o dejar el empleo durante la pandemia<sup>65,66</sup>. Este equilibrio para conciliar la vida laboral con la familiar supuso, especialmente para las mujeres, un mayor impacto emocional en comparación con aquellas personas sin menores a su cargo<sup>67</sup>. Hombres y mujeres enfrentaron de forma distinta esta situación; las mujeres fueron las que sufrieron el mayor impacto en las primeras semanas de confinamiento, mientras que en las semanas posteriores, los datos muestran cómo la sintomatología depresiva aumentó significativamente tanto en hombres como en mujeres<sup>68</sup>. Los padres que

experimentaron conflicto entre su rol como cuidadores y como sustentador principal, percibieron el confinamiento más negativamente y llegaron a reportar mayor fatiga que las madres con el mismo nivel de conflicto entre ambos roles<sup>67</sup>.

Pero las repercusiones de los cambios producidos en el empleo van más allá del conflicto con el trabajo de cuidados. Para los hombres, los ingresos obtenidos actuaron como un factor de protección emocional durante la pandemia; por el contrario, para las mujeres tener mayores ingresos se asoció a un incremento del riesgo de mala salud mental<sup>69</sup>. De la misma forma, el desempleo afectó en mayor medida al bienestar emocional de los hombres que de las mujeres<sup>69</sup>. Esto pone de manifiesto que el empleo tiene otras funciones más allá de los ingresos, como pueden ser los beneficios que supone tener una rutina diaria, las relaciones sociales asociadas o la configuración de un determinado estatus social, y cuya ausencia durante la pandemia estuvo directamente relacionada con el aumento de los problemas de salud mental, incluso en los casos en los que el empleo se mantuvo por medio de teletrabajo<sup>70</sup>

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción

1. Fortalecer el papel de los hombres en el logro de la igualdad de género con medidas específicas en el ámbito laboral, que permitan corregir los grandes desequilibrios aún existentes en los hogares, incrementando su participación en la crianza y el cuidado de familiares en situación de dependencia.
2. Impulsar la implementación de programas de promoción de salud e intervenciones preventivas que aborden las necesidades específicas de salud de los hombres, pero que no estén limitados al abordaje de factores de riesgo, dando cabida a enfoques transformadores de género que contribuyan a visibilizar formas más positivas de desarrollar la identidad masculina en relación a áreas claves de actuación como la salud sexual y reproductiva, o la prevención de la violencia.
3. Potenciar la investigación que contribuya a poner en evidencia cómo el abordaje de las desigualdades de género favorece el progreso socioeconómico e impacta en la salud y el bienestar tanto de hombres como de mujeres.

# Bibliografía

1. Betron Myra, Gotttert Ann, Pulerwitz Julie, et al. Men and COVID-19: Adding a gender lens. *Global Public Health* 2020;15:1090–2.
2. Wenham Clare, Smith Julia, Morgan Rosemary. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 2020;395:846–8.
3. Lipsky Martin S, Hung Man. Men and COVID-19: A Pathophysiologic Review. *Am J Mens Health* 2020;14:155798832095402.
4. Sharma Garima, Volgman Annabelle Santos, Michos Erin D. Sex Differences in Mortality From COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol Case Rep.* 2020;2:1407–10.
5. Meléndez Karima, Vilcarrómero André, Pillaca-Pullo Omar. La estratificación de la información por sexo en la COVID-19: un eslabón importante en la identificación de riesgos. *Gac Sanita* 2021;S0213911121000066. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.12.032>.
6. Ruíz-Cantero María Teresa. Impacto de la COVID-19 en mujeres y hombres. *Gac Sanita* 2021;S0213911121000054. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.12.031>.
7. Castellanos-Torres Esther, Mateos José Tomás, Chilet-Rosell Elisa. COVID-19 en clave de género. *Gac Sanita* 2020;34:419–21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>.
8. Marcos-Marcos Jorge, Mateos José Tomás, Gasch-Gallén Àngel, et al. El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud Colect* 2020;16:e2246.
9. Connell Raewyn. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med* 2012;74:1675–83.
10. Ruxton Sandy, Burrell Stephen. Masculinities and COVID-19: Making the Connections. Washington, D.C.: Promundo-US; 2020.
11. World Health Organization, Regional Office for Europe. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2018.
12. Marcos-Marcos Jorge, Gasch-Gallén Àngel, Mateos José Tomás, et al. Advancing gender equ(al)ity, lifting men's health: dealing with the spirit of our time. *J Epidemiol Community Health* 2021; 75:100-104.
13. Heilman Brian, Barker Gary, Harrison Alexander. The man box: A study on being a young man in the US, UK, and Mexico. Promundo-US & London, UK: Unilever; 2017.

14. Patel Darshan, Punjani Nahid, Guo Jingtao, Alukal Joseph, Li Philip S, Hotaling James M. The impact of SARS-CoV-2 and COVID-19 on male reproduction and men's health. *Fertil Steril.* 2021;115:813-823.
15. Sansone Andrea, Mollaioli Daniele, Ciocca Giacomo, et al. "Mask up to keep it up": Preliminary evidence of the association between erectile dysfunction and COVID-19. *Andrology* 2021;9:1053-9.
16. Shoar Saeed, Khavandi Siamak, Tabibzadeh Elsa, et al. A Late COVID-19 Complication: Male Sexual Dysfunction. *Prehosp Disaster Med* 2020;35:688-9.
17. Goren Andy, Vaño-Galván Sergio, Wambier Carlos Gustavo, et al. A preliminary observation: Male pattern hair loss among hospitalized COVID-19 patients in Spain – A potential clue to the role of androgens in COVID-19 severity. *J Cosmet Dermatol* 2020;19:1545-7.
18. Griffith Derek M, Sharma Garima, Holliday Christopher S, et al. Men and COVID-19: A Biopsychosocial Approach to Understanding Sex Differences in Mortality and Recommendations for Practice and Policy Interventions. *Prev Chronic Dis* 2020;17:200247.
19. Sañudo Borja, Fennell Curtis, Sánchez-Oliver Antonio J. Objectively-Assessed Physical Activity, Sedentary Behavior, Smartphone Use, and Sleep Patterns Pre- and during-COVID-19 Quarantine in Young Adults from Spain. *Sustainability.* 2020; 12:5890. <https://doi.org/10.3390/su12155890>
20. Di Renzo Laura, Gualtieri Paola, Pivari Francesca, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med* 2020;18:229.
21. López-Moreno Miguel, López María Teresa, Miguel Marta, et al. Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from COVID-19 Home Confinement in the Spanish Population. *Nutrients* 2020;12:3445.
22. Kilian Carolin, Rehm Jürgen, Allebeck Peter, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction* 2021:add.15530. <https://doi.org/10.1111/add.15530>.
23. Villanueva Víctor J, Motos Patricia, Isorna Manuel, et al. Impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia de Covid-19 en el consumo de riesgo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública* 2021;95:e1-13.
24. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2020.
25. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). Mini-EWSD (European web Survey on Drugs): Impacto del COVID-19 en la pautas de consumo de

drogas ilegales en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2020.

26. Dirección General de Ordenación del Juego. Análisis del perfil del jugador online 2020. Madrid: Dirección General de Ordenación del Juego; 2020.

27. Megías Ignacio, Orgaz Christian, García M<sup>a</sup> Cruz, et al. ¿Qué nos jugamos? Análisis del juego off y online a partir de las experiencias y las autorrepresentaciones de las personas jóvenes dentro de contextos socioeconómicos, culturales y relacionales. Estudio comparado en Madrid y Vitoria-Gasteiz. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad; 2021.

28. Tabler Jennifer, Schmitz Rachel M, Charak Ruby, et al. Perceived weight gain and eating disorder symptoms among LGBTQ+ adults during the COVID-19 pandemic: a convergent mixed-method study. *J Eat Disord* 2021;9:115.

29. Santos Glenn-Milo, Ackerman Benjamin, Rao Amrita, et al. Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav* 2021;25:311–21.

30. Curto Javier, Dolengevich Helen, Soriano Raúl, et al. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. Madrid: MSD; 2020.

31. de la Vega Ricardo, Ruíz-Barquín Roberto, Boros Szilvia, et al. Could attitudes toward COVID-19 in Spain render men more vulnerable than women? *Glob Public Health* 2020;15:1278–91.

32. Cassino Dan, Besen-Cassino Yasemin. Of Masks and Men? Gender, Sex, and Protective Measures during COVID-19. *Politics Gend.* 2020;16:1052–62.

33. Carriedo Alejandro, Cecchini José A, Fernandez-Rio Javier, et al. COVID-19, Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28:1146–55.

34. García-Fernández Lorena, Romero-Ferreiro Verónica, López-Roldán Pedro David, et al. Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *The Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28:1040–5.

35. Ruiz-Cantero María Teresa, Álvarez-Dardet Carlos. El desafío de la COVID 19 en Alicante. Efectos en la salud y resistencia ciudadana durante el confinamiento. *Universitat d'Alacant*; 2020.

36. Parrado-González Alberto, León-Jariego José C. COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública* 2020;94:8:e202006058.

37. Serrano-Martínez Cecilia. Emotional impact and upbringing of children under four years old during COVID-19. *Perifèria* 2020;25:74.
38. Günther-Bel C, Vilaregut A, Carratala E, et al. A Mixed-method Study of Individual, Couple, and Parental Functioning During the State-regulated COVID-19 Lockdown in Spain. *Fam Proc* 2020;59:1060–79.
39. Oliver Nuria, Barber Xabier, Roomp Kristen. Assessing the Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: Large-Scale, Online, Self-Reported Population Survey. *J Med Internet Res* 2020;22:e21319.
40. Shafer Kevin, Scheibling Casey, Milkie Melissa A. The Division of Domestic Labor before and during the COVID-19 Pandemic in Canada: Stagnation versus Shifts in Fathers' Contributions. *Can Rev Sociol* 2020;57:523–49..
41. Fraquer Lluís, Navarro-Varas Lara, Antón-Alonso Fernando, et al. La implicación paterna en el cuidado de los hijos en España antes y durante la recesión económica. *RES* 2019;28:249–68.
42. Kulic Nevena, Dotti Sani Giulia M, Strauss Susanne, et al. Economic disturbances in the COVID-19 crisis and their gendered impact on unpaid activities in Germany and Italy. *Eur Soc* 2021;23:S400–16.
43. Kreyenfeld Michaela, Zinn Sabine. Coronavirus and care: How the coronavirus crisis affected fathers' involvement in Germany. *DemRes* 2021;44:99–124.
44. Meraviglia Cinzia, Dudka Aurore. The gendered division of unpaid labor during the Covid-19 crisis: did anything change? Evidence from Italy. *Int J Sociol* 2021;51:64–75.
45. Paakkari Leena, Okan Orkan. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health* 2020;5:e249–50.
46. Soto Sara, Cardelús Clara, Ercilla Gemma, et al. Informe de resultados de la encuesta "El impacto del confinamiento en la corresponsabilidad: conciliación y teletrabajo". Madrid: CSIC; 2020.
47. Farré Lidia, Fawaz Yarine, González Libertad, et al. How the COVID-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra;2020.
48. Craig Lyn, Churchill Brendan. Working and Caring at Home: Gender Differences in the Effects of Covid-19 on Paid and Unpaid Labor in Australia. *Feminist Economics* 2021;27:310–26.
49. Waddell Nina, Overall Nickola C, Chang Valerie T, et al. Gendered division of labor during a nationwide COVID-19 lockdown: Implications for relationship problems and satisfaction. *J Soc Pers Relat* 2021;38:1759–81.

50. Iztayeva Aimzhan. Custodial Single Fathers before and during the COVID-19 Crisis: Work, Care, and Well-Being. *Social Sciences* 2021;10:94. <https://doi.org/10.3390/socsci10030094>.
51. Maroto-Navarro Gracia. Discursos, prácticas y producción científica sobre paternidad desde la perspectiva de género [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2020.
52. European Institute for Gender Equality. Gender inequalities in care and consequences for the labour market. LU: Publications Office; 2021.
53. Aboim S. Gender Cultures and the Division of Labour in Contemporary Europe: A Cross-National Perspective. *Sociol Rev.* 2010;58:171–96.
54. Artazcoz Lucía, Cortès Imma, Benavides Fernando G., et al. Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health Place* 2016;40:161–8.
55. Moreno-Mínguez Almudena, Ortega-Gaspar Marta, Gamero-Burón Carlos. A Socio-Structural Perspective on Family Model Preferences, Gender Roles and Work–Family Attitudes in Spain. *Social Sciences* 2018;8:4. <https://doi.org/10.3390/socsci8010004>.
56. Myers Kristen, Demantas Ilana. Breadwinning and bread-losing: Exploring opportunities to rework manhood: Reworking manhood. *Sociol Compass* 2016;10:1119–30.
57. Rudert Selma, Gleibs Ilka H., Gollwitzer Mario, et al. Us and the virus: understanding the COVID-19 pandemic through a social psychological lens. *Eur Psychol* 2021; 26: 259-271.
58. Seiz Marta. Desigualdades en la división del trabajo en familias con menores durante el confinamiento por COVID-19 en España. ¿Hacia una mayor polarización socioeconómica y de género? *Igualdades* 2020:403–35.
59. Cook Rose, Grimshaw Damian. A gendered lens on COVID-19 employment and social policies in Europe. *Eur Soc* 2021;23:S215–27.
60. Instituto de la Mujer. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19 Madrid: Ministerio de Igualdad; 2020.
61. Del Boca Daniela, Oggero Noemi, Profeta Paola, et al. "Women's work before and during covid-19." London: Centre for Economic Policy Research; 2020.
62. Hupkau Claudia, Victoria Carlos. Covid-19 y desigualdad de género en España. Barcelona: ESADE; 2020.
63. Seiz Marta. Equality in Confinement: Nonnormative Divisions of Labor in Spanish Dual-Earner Families During the Covid-19 Lockdown. *Feminist Economics* 2021;27:345–61.

64. European Commission. Joint Research Centre. How will the COVID-19 crisis affect existing gender divides in Europe?. LU: Publications Office; 2020.
65. Qian Yue, Fuller Sylvia. COVID-19 and the Gender Employment Gap among Parents of Young Children. *Can Pub Policy* 2020;46:589–101.
66. Collins Caitlyn, Landivar Liana C., Ruppner Leah, et al. COVID-19 and the gender gap in work hours. *Gender Work Organ* 2021;28:101–12.
67. Harth Nicole S., Mitte Kristin. Managing multiple roles during the COVID-19 lockdown: Not men or women, but parents as the emotional “loser in the crisis.” *Soc Psychol Bull* 2020;15:e4347.
68. Ausín Berta, González-Sanguino Clara, Castellanos Miguel Ángel, et al. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *J Gend Studies* 2021;30:29–38.
69. Escudero-Castillo Israel, Mato-Díaz Fco. Javier, Rodríguez-Alvarez Ana. Furloughs, Teleworking and Other Work Situations during the COVID-19 Lockdown: Impact on Mental Well-Being. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:2898.
70. Aguado Empar, Aguado Anna, Benloch Cristina. Análisis sociológico desde la perspectiva de género de los efectos de la pandemia sobre la (re)conciliación durante el tiempo de confinamiento. Valencia: Universidad de Valencia; 2020.

# Una mirada de género desde la gobernanza local y la participación

<b>Coordinación</b>	<b>Rosana Peiró Pérez</b> Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica
<b>Equipo redactor</b>	<b>Inmaculada Clemente Paulino</b> Técnica de calidad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica <b>Luis López Cerrillo</b> Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica

# Palabras clave

- COVID-19
- Género
- Participación
- Promoción de salud
- Redes comunitarias
- Salud local

## Resumen

El ámbito municipal es el entorno vital más cercano a la ciudadanía y ha tenido una contribución importantísima mitigando el impacto de la pandemia en la población con mayor necesidad. La pandemia ha impactado principalmente sobre las mujeres por estar sobrerrepresentadas en el trabajo sanitario y de servicios esenciales, en las tareas de cuidados, y en algunos de los sectores más afectados como el comercio, turismo y hostelería. Adicionalmente, sufren mayor precariedad laboral y pobreza, y el confinamiento aumentó el riesgo de violencia de género. En la Comunitat Valenciana se envió un cuestionario a todos los ayuntamientos con preguntas sobre cómo se afrontaba la situación en diferentes temas clave y con quién se estaba trabajando. Además, se hicieron 3 entrevistas abiertas al Ajuntament de Gandia y a las asociaciones "Por ti mujer" y "Dones de Vila-Real". Se presenta como un estudio de caso y se pretende que los resultados ayuden a reflexionar acerca del papel de las mujeres en este contexto municipal, su contribución a mitigar las situaciones más apremiantes, su trabajo de coordinación con las administraciones públicas y el impacto de la pandemia en diferentes aspectos.

Los resultados muestran que las mujeres han sufrido mayormente el impacto de la pandemia al estar sobrerrepresentadas en las situaciones donde la pandemia ha tenido mayor impacto. También que en el ámbito municipal han contribuido a dar respuesta frente a la pandemia desde una perspectiva de gobernanza participativa a través del

trabajo con asociaciones. Esta colaboración ha sido más importante donde ya existía experiencia previa de gobernanza local participativa.

# 1. Introducción

## 1.1. Gobernanza local y resiliencia

La pandemia por COVID-19 ha hecho que la salud estuviese en las “agendas” políticas, incluidas las regionales y locales. El ámbito municipal es el entorno más cercano a la ciudadanía, y el que más ha contribuido a mitigar su impacto sobre la población con mayor necesidad. Constituye un nivel de gobierno donde suceden y mejor se pueden impulsar los procesos de acción comunitaria mediante las acciones individuales, colectivas e intersectoriales, orientadas a mejorar la salud mediante trabajo en el territorio, análisis de situación, intervención y evaluación con participación de agentes de la comunidad, y perspectiva de equidad <sup>1-4</sup>.

Desde su comienzo, se produjeron muchas situaciones de privación y la población se autoorganizó creando apoyos -formales, informales, redes de asociaciones, etc.- para, junto con los ayuntamientos, intentar darles respuesta. Uno de los aprendizajes de esta situación es que se ha vislumbrado la necesidad de orientarnos a la construcción de ciudades y comunidades más resilientes, es decir, a organizarse de tal manera que, cuando se dan situaciones de desastres inesperados y coyunturales, tienen recursos para poder afrontarlos y “un colchón” social para reducir su impacto negativo en la población más vulnerable. <sup>5</sup>

Los procesos de gobernanza en salud, que actúan sobre los determinantes sociales e incorporan la mirada de equidad, encuentran su espacio en mesas intersectoriales, que serán más ambiciosas y transversales cuanto más alto sea el nivel político del que dependan. El desarrollo de mesas intersectoriales, con participación de diferentes sectores municipales y asociaciones, son un instrumento para la innovación social en salud y han contribuido también a dar respuesta a esta crisis ya que brindan apoyo, reparto de responsabilidades, y puesta en común de recursos, que permite incrementar

el alcance de las intervenciones y abarcar a toda la población de una forma más eficaz.<sup>3-8</sup>

Muchas mujeres vieron la necesidad de participar en redes de apoyo para mitigar los efectos de la pandemia, a pesar de encontrarse con más limitaciones por la doble jornada y la sobrecarga de cuidados. A través de estos procesos de participación se comparten experiencias en gran variedad de espacios como barrios, colegios o centros cívicos, donde se ha podido dialogar, compartir y apoyar a otras mujeres, y donde se han generado experiencias muy positivas para ellas, a pesar de la situación pandémica.

## 1.2. Género y COVID-19

Las medidas de confinamiento buscaban proteger la salud pública y evitar el colapso de los servicios de salud; sin embargo, su aplicación no fue neutra desde el punto de vista de género. Algunas de las consecuencias de la situación pandémica han tenido un impacto diferencial y se ha mostrado con mayor intensidad en las mujeres<sup>9-10</sup>:

- Sobrecarga del trabajo sanitario y de servicios esenciales: las mujeres representan el 70% del personal sanitario y son mayoría en sectores del comercio de alimentación, de los servicios de limpieza hospitalaria y de las residencias.
- Centralidad de las tareas de cuidados: realizan la mayor parte del trabajo doméstico y cuidado de personas dependientes, remunerado y no remunerado.
- Mayor precariedad y pobreza laboral, lo cual las sitúa en un peor lugar para afrontar una crisis. Algunos de los sectores más afectados, como el comercio, turismo y hostelería, están altamente feminizados; y mujeres se vieron abocadas a no poder seguir trabajando por tener que hacer frente a las tareas de cuidado.
- Aumento del riesgo de violencia de género y otros tipos de violencia contra las mujeres derivado de la situación de confinamiento.

Por otro lado, las mujeres continúan infrarrepresentadas en los lugares de decisión, por ejemplo, el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud para COVID-19 sólo contaba con un 24% de representación femenina <sup>11</sup>.

## 2. Justificación

Existe un movimiento importante a nivel municipal de gobernanza local participativa, con una larga tradición, donde las acciones conjuntas entre administraciones locales y asociacionismo van creando redes comunitarias para la implantación de acciones más exitosas, y esto se ha visto incrementado durante la pandemia. Sin embargo, por su dispersión en los ayuntamientos y la no existencia de sistemas de información que permitan recoger, describir y analizar las acciones concretas emprendidas, queda invisibilizado. Con este capítulo nos proponemos dar visibilidad y poner en valor la gobernanza local participativa a través de una mirada de género.

El objetivo es mostrar, a modo de estudio de caso, los aspectos de gobernanza local participativa y de las redes comunitarias en la Comunitat Valenciana (CV) que han ido dando respuesta a las necesidades que surgían durante la pandemia. También tiene el propósito de, utilizando una metodología de análisis sistematizado, mostrar sus resultados de cara a estudiar la posibilidad de su generalización a otros contextos locales

## 3. Contexto

La Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la CV, creó en 2017 "la red de municipios por la salud de la CV: XarxaSalut". Actualmente cuenta con más de 240 municipios adheridos. Los compromisos al adherirse son, entre otros, la creación de una mesa intersectorial con participación de la ciudadanía para trabajar los temas que afectan a la salud desde diferentes perspectivas implicando a distintas concejalías, otras administraciones locales, asociaciones o personas líderes en su comunidad. En estos espacios de gobernanza local confluyen los niveles político, técnico y ciudadano, contribuyendo a potenciar la acción comunitaria y a mejorar la salud.

## 4. Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo por cuestionario autoadministrado virtual que se envió a todos los ayuntamientos de la CV, N= 542, y que permaneció abierto durante 4 meses (de julio a octubre de 2020). Los centros de salud pública enviaron este mismo enlace a las asociaciones con las que mantenían contacto en sus departamentos de salud. El cuestionario se estructuraba en 2 bloques: uno sobre la forma de gobernanza local mediante 14 preguntas; y otro sobre alimentación, educación, bienestar emocional, trabajo, vivienda, cultura y salud, compuesto por 4-6 preguntas cerradas de cada tema como, por ejemplo: "¿han realizado acciones para apoyar a personas en riesgo de violencia de género?". Además, incorporaba 2 preguntas abiertas por tema del tipo: "¿puede describir que actuaciones han realizado?".

Además, se realizaron 3 entrevistas abiertas (al ayuntamiento de Gandía y dos asociaciones: Dones de Vila-Real y Por ti mujer) para profundizar en las cuestiones de género que no se abordaban en el cuestionario general.

Recogida toda la información se hizo un análisis descriptivo cuantitativo y cualitativo, tanto sobre las cuestiones de género específicas, como sobre aquellas acciones dirigidas mayoritariamente a mujeres o con perspectiva de género que se ejecutaron en ayuntamientos y asociaciones.

## 5. Resultados globales<sup>liii</sup>

Contestaron el cuestionario 172 ayuntamientos de los 542, englobando a casi tres millones de habitantes de la CV y 30 asociaciones (3 autonómicas, 22 municipales y 5 barrio). El 68% de los ayuntamientos que contestaron están adheridos a la Red de municipios para la salud: XarxaSalut.

---

<sup>liii</sup> Los literales que acompañan este apartado están extraídos de las entrevistas al Ajuntament de Gancia y las asociaciones "Dones de Vila-Real" y "Por ti mujer". En su versión original, la mayoría de ellos estaban escritos o hablados en lengua valenciana, pero han sido traducidos al castellano para la publicación de este Informe.

Los ayuntamientos que respondieron colaboraron en conjunto con más de 240 asociaciones locales durante el confinamiento. Entre ellas, Cruz Roja, Cáritas y Protección Civil fueron las que apoyaron en casi al 100% de los ayuntamientos.

El 86% de los ayuntamientos realizaron un estudio de necesidades: consultaron a la ciudadanía (el 56%), a Servicios Sociales y otras redes (el 27%), al censo (el 11%) o las identificaron a través de demandas directas (el 11%). 22 ayuntamientos describieron que las mujeres fueron una de sus poblaciones diana prioritarias.

### **Ajuntament de Gandia**

*"No hubiera sido lo mismo la pandemia en Gandía si no hubiéramos tenido la experiencia de trabajo en XarxaSalut, que ya estábamos colaborando con salud pública y con las asociaciones, el hospital..."*

De las 30 asociaciones, 12 trabajaron específicamente con mujeres (de las cuales 5 ya eran asociaciones dirigidas a mujeres); el 69% participaban en una mesa intersectorial con administraciones locales y otras asociaciones; y el 90% había trabajado en colaboración directamente con la administración local o con los centros de salud. 26 asociaciones realizaron algún proceso de identificación de necesidades; 22 afirmaron que se habían unido a otras redes, grupos o asociaciones en su mismo ámbito territorial. La población a la que iban dirigidas principalmente sus acciones era a población general (el 56,6% de las asociaciones), a mujeres (el 40%), a migrantes (el 26,6%), a infancia (el 16,6%), a adolescencia (el 16,6%), a juventud (el 20%), a diversidad funcional (el 16,6%), a personas sin hogar (13,3%), a población gitana (el 6,6%), a personas con cáncer y sus familias (el 6,6%), a población vulnerable (el 6,6%), a personas mayores (el 6%) y a personal sanitario (el 3%).

## **5.1. Primera línea de respuesta municipal frente a la COVID y género**

Desde el inicio del confinamiento, los ayuntamientos tuvieron que dar respuesta a las necesidades más perentorias las concejalías de servicios sociales, de salud, e igualdad y a través de los servicios de limpieza. En estas áreas las mujeres están

sobrerrepresentadas, en 2018 en España, el 89% de profesionales de trabajo social eran mujeres, el personal sanitario está así mismo muy feminizado <sup>12</sup>,

### **Ajuntament de Gandía**

*"[...] los servicios sociales desde el primer momento facilitando pedir las ayudas a través de llamadas... todo el equipo, más de 20 personas, y todas son mujeres. El departamento de sanidad desde el primer día que se puso a trabajar, todo mujeres, además el estrecho trabajo en colaboración con salud, salvo la dirección, quienes trabajaban y se relacionaban telefónicamente con apoyo psicológico eran mujeres [...] Yo diría que un 80% de las personas que estuvieron trabajando desde el ayuntamiento eran mujeres"*

En los servicios de limpieza, los sectores del comercio y alimentación, el trabajo doméstico remunerado y cuidado de personas dependientes, también están sobrerrepresentadas las mujeres. <sup>10,13</sup>.

### **Ajuntament de Gandía**

*"Las direcciones de las residencias eran mujeres también"  
"Abrimos un centro para la gente que vivía en la calle y quienes se contrataron para atenderlo fueron la gran mayoría mujeres, excepto la vigilancia, que eran hombres"  
"Todos los colectivos con relación directa con el ayuntamiento, o sea, con quienes trabajamos habitualmente, muy mayoritariamente fueron mujeres, excepto Caritas y Cruz Roja que había hombres y mujeres"*

### **Dones de Vila-Real**

*"Las personas que han colaborado para reducir los estragos de la pandemia COVID19 son sobre todo mujeres. Tanto en la concejalía de Sanidad como en la de Servicios Sociales. Las asociaciones más activas han sido Fibromialgia, amas de casa, grup de dones Vila-Real..."*

Los servicios asistenciales de salud han estado en primera línea del cuidado de las personas enfermas, pero para mitigar el impacto negativo sobre las personas más vulnerables también han estado a la cabeza los entornos locales y municipales.

### **Dones de Vila-Real**

*"La concejalía de servicios sociales organizó el trabajo las 24 horas del día con la colaboración de las asociaciones mayormente formadas por mujeres, aunque en los primeros días de la pandemia al no trabajar los hombres había más participación masculina. Incluso los agricultores desinfectaron las calles".*

Los llamados trabajos “esenciales” durante la pandemia están precarizados y muy feminizados, además algunos de ellos racializados (cuidados y limpieza del hogar) <sup>13</sup>, presentando barreras idiomáticas y culturales entre otras que, en muchas ocasiones, dificultaron seguir las recomendaciones propuestas por las autoridades sanitarias.

## 5.2. Actuaciones

### Alimentación

Los ayuntamientos, junto con la sociedad civil en multitud de ocasiones, se organizaron para distribuir alimentos.

Necesitaron más apoyo para acceder a alimentos quienes perdieron el trabajo o las personas mayores que vivían solas, situaciones que se dieron mucho más entre las mujeres. El 86% de los ayuntamientos llevaron a las casas productos de alimentación mediante diferentes tipos de acciones dirigidas a: personas de riesgo o que vivían solas y/o tenían problemas de movilidad; personas que vivían en zonas rurales donde no había acceso a supermercados o mercados; y personas que durante el confinamiento no podían recibir ayuda familiar. También se realizaron acuerdos entre supermercados y ayuntamientos para el reparto de lotes de comida, tanto a personas derivadas por el Ayuntamiento, como a personas valoradas por el equipo de trabajo social propio del ayuntamiento. Personas voluntarias de las asociaciones fueron llamando para detectar necesidades sin cubrir que comunicaban a los servicios sociales municipales.

#### ***Ajuntament de Gandía***

*“Para el sector más vulnerable se hacía la compra directamente. Las personas más directamente implicadas en este proceso, que trabajaban en las tiendas y con las que se organizaban las compras, eran muy mayoritariamente mujeres. Las personas que llevaban el comedor social antes de la pandemia eran todo mujeres, pero al ser mayores y de riesgo, tuvieron que dejarlo”*

*“En el comedor social había muchas mujeres mayores, familias y población inmigrante, y había que llevarlo a casa”*

Las asociaciones contribuyeron repartiendo lotes de alimentos a familias en situación de extrema vulnerabilidad, incluyendo a personas radicadas en asentamientos; repartiendo las tarjetas monedero impulsadas por los ayuntamientos; o recogiendo alimentos de empresas privadas y del banco de alimentos para repartirlos en los domicilios. Una asociación atendió a más de 530 familias, otra a más de 90 familias.

Un par de ayuntamientos y una asociación promovieron la instalación de huertos urbanos. Esta actuación puede contribuir al mantenimiento de sistemas alimentarios resilientes, equitativos y culturalmente apropiados, donde la sociedad civil, junto con la administración local, pueden contribuir a reducir las desigualdades en salud y a afrontar con mayor éxito los problemas de alimentación en situación de crisis. El trabajo agrícola es una actividad donde las mujeres históricamente han tenido una fuerte presencia, y sirve como herramienta de integración y apoyo social cuando se sitúan en los barrios más vulnerables <sup>14</sup>.

En las mujeres migrantes, por su situación laboral precarizada y, en algunos casos también por su situación de irregularidad, el impacto ha sido mayor. Además, en algunos casos, debido al colapso que se produjo en los servicios sociales, no fue fácil conseguir cita o ayuda de manera rápida para poder comprar comida, y varias asociaciones tuvieron que desarrollar esta actividad con fondos propios.

#### ***Asociación "Por ti mujer"***

*"las mujeres se quedaron sin trabajo, y como son irregulares no podían tener apoyo del gobierno [...] Hicimos una caja comunitaria alimentaria y se hicieron 'Bonos violeta'"*

Desde las corporaciones locales y las asociaciones ciudadanas, han sido fundamentalmente las mujeres quienes han contribuido a amortiguar los efectos de la falta de alimentos, tanto en la provisión y recogida como en la distribución.

## Educación

Los ayuntamientos apoyaron el acceso a internet y a dispositivos, mediante financiación, para que niños y niñas pudieran seguir las clases online durante el tiempo

de confinamiento estricto. Lo hicieron complementado las ayudas de la Conselleria de Educación.

Muchas de las personas con habilidades digitales básicas son mujeres que no trabajan fuera de casa, extranjeras, desempleadas y quienes cuentan con ingresos inferiores a 900 euros al mes, grupos que tienen en común la alta representación de mujeres: 90% en las amas de casa, 65% de personas con discapacidad, 52% de personas desempleadas y 51% de personas extranjeras<sup>10,13</sup>. Se trata de una brecha digital que se produce en intersección entre las desigualdades de género, la falta de "habilidades digitales" y otras desigualdades de carácter socioeconómico (falta de dispositivos, acceso a Wifi, etc.). Esta la brecha digital de género limitado por tanto el acceso a la información y la formación.

El despliegue de plataformas digitales de formación realizado durante este tiempo ha incrementado la brecha digital. Por ejemplo, en el caso de las mujeres migrantes, incluso aunque tengan un smartphone, muchas carecen de conectividad y habilidades para su uso.

#### ***Asociación "Por ti mujer"***

*"la gran brecha digital de género durante la COVID se agudizó en todas las mujeres, y en las mujeres migrantes más..."*

#### ***Dones de Vila-Real***

*"La pandemia ha visibilizado la necesidad de mejorar el acceso a las nuevas tecnologías de la comunicación para las mujeres. El contacto físico se ha sustituido por el Whatshap, Facebook... evidenciando la necesidad de formación a las mujeres en tecnologías de la comunicación"*

Algunas asociaciones ofrecieron cursos de formación online y gratuitos para que fueran accesibles durante el periodo de confinamiento. Su acción educativa dio prioridad a jóvenes, mujeres y personas migrantes. Una asociación de mujeres puso en marcha el programa "Más conectadas" para ayudar a reducir la brecha digital de género.

También los Ayuntamientos, algunas asociaciones y AMPAS<sup>liv</sup> colaboraron para apoyar a las familias en la matriculación on-line para el curso siguiente, ya que algunas no

---

<sup>liv</sup> Asociaciones de madres y padres

tenían habilidades para realizarlo. En la misma línea, hubo asociaciones que colaboraron recogiendo e imprimiendo trabajos escolares de quienes no tenían impresoras o dificultades con Internet.

### ***Ajuntament de Gandía***

*"La coordinación con las AMPAs fue muy importante. Había un coordinador de todas las AMPAS hombre, pero el resto de las personas con que trabajamos eran mujeres"*

La accesibilidad, tanto material como funcional a los recursos digitales, ha sido fundamental para la formación del alumnado y para la comunicación de la población usuaria y sus familiares con los centros sanitarios, sociosanitarios y educativos, siendo las mujeres las que más dificultades de accesibilidad presentaron.

## Bienestar emocional

Las personas que viven solas, con menor apoyo social o que experimentan soledad no deseada, son mayoritariamente mujeres debido a factores como mayor esperanza de vida, entre otros. En España, en 2018, el 25% del total de hogares eran unipersonales, en el 43,1% de ellos vivían personas de 65 años de las cuales el 71,9% de estas personas eran mujeres <sup>15</sup>.

115 ayuntamientos trabajaron en el apoyo a las personas mayores que viven solas mediante el seguimiento a través de llamadas telefónicas, en colaboración con atención primaria y/o asociaciones. Hubo que incorporar, además, personas que este cuidado lo ejercían familiares que vivían en otras ciudades o CCAA y las restricciones de movilidad, exigió una ayuda complementaria por parte de los ayuntamientos.

El 37% de los ayuntamientos colaboraron con su centro de salud para realizar seguimiento de las personas con soledad no deseada, realizadas mediante llamadas telefónicas periódicas, visitas a domicilio a través de los servicios de ayuda a domicilio, de personal del ayuntamiento, de asociaciones o personas voluntarias.

### Ajuntament de Gandia

*"La mayoría de la gente que vive sola son viudas y son mayoritariamente mujeres (70%). Además, las personas que hacían el seguimiento teléfono todas mujeres"*

### Ajuntament de Gandia

*"Pusimos carteles con un teléfono de contacto en cada escalera para que quienes necesitaran algo o algún vecino sabia que había alguna persona que pudiera necesitar nos llamaran por teléfono y poder conocer su situación y ayudar".*

*"Las coordinadoras de los centros de personas mayores llamaron por teléfono para hacer seguimiento"*

Muchas asociaciones contribuyeron también a este seguimiento.

### Dones de Vila-Real

*"La colaboración con servicios sociales ha sido puntual, para atender a algunas familias. Hemos realizado acompañamientos a las mujeres para asistencia sanitaria y apoyo a las cuidadoras con las personas enfermas a su cargo. Encontramos a faltar un programa de descanso de las cuidadoras financiado por el municipio. "*

### Asociación "Por ti mujer"

*"las mujeres (inmigrantes) que cuidaban tenían mucho miedo a salir por su situación irregular, aunque sabíamos que se había suspendido, pero es un miedo que cargan han sido muchas veces víctimas de la violencia institucional".*

Durante el confinamiento estricto y posteriormente, las asociaciones han mantenido una colaboración continua con los servicios sociales de los ayuntamientos en apoyo de las personas solas y/o cuidadoras domiciliarias que mayoritariamente son mujeres.

## Violencia de género

Durante la pandemia se generó un incremento del riesgo de violencia de género y otros tipos de violencia contra las mujeres derivado de la convivencia forzosa durante los periodos de confinamiento o cuarentena con su maltratador y que han agravado en gran medida estas situaciones. Según el Ministerio de Igualdad, desde el 1 de marzo al

15 de abril de 2020 se incrementaron un 650% las consultas online al número de atención a víctimas de violencia y otras peticiones de ayuda.

84 de 172 municipios respondieron que realizaron acciones para apoyar mujeres en riesgo de violencia de género o maltrato con diferentes tipos de medidas como el seguimiento telefónico, o video, redifusión de campañas, contrato específico de personal: psicólogas o técnica de igualdad o trabajaron con asociaciones de voluntarias. una asociación de ámbito de la CV, que trabajo con muchos ayuntamientos, refiere que atendieron a más de 600 mujeres víctimas de violencia de género.

### ***Dones de Vila-Real***

*"Desde el grupo de mujeres se han atendido telefónicamente, casos de violencia y situaciones de pobreza y marginación"*

### ***Ajuntament de Gandia***

*"El servicio de igualdad hacían seguimiento telefónico a las mujeres a riesgo de violencia. Contribuyó también a este seguimiento la asociación "rosa de los vientos" "*

### ***Asociación "Por ti mujer"***

*"Ya teníamos un WhatsApp, ...muchísimas mujeres conviven con su maltratador por sus papeles, dependen económicamente de ellos, o porque tienen hijos en común y las amenazan, ...y tienen el tema cultural, muchas dependen de familias en territorio y la presión social que reciben hacia no romper esa relación, aunque sea violenta, es grande".*

*"Detectamos violaciones en el marco de trabajo, aquellas mujeres que están internas..., ...acoso laboral, ansiedades, insomnio...etc.*

*"Tenemos unas redes sociales muy activas y abrimos ese espacio para explicar a las mujeres migrantes que estábamos para ellas las 24h, si necesitaban, si estaban en peligro..., las íbamos llamando, no podían hablar, nos contestaban otras cosas, ... ¿cómo te sientes hoy?, el chiquillo está bien, porque a veces tenían a su maltratador al lado".*

*"Las invitábamos a talleres online de empoderamiento, ...los hombres no estaban pendientes durante la realización del taller. Se aprovechaba para revisar como estaban los casos (cuando era jurídico) "*

Los ayuntamientos y las asociaciones, conscientes del aumento de riesgo que suponía el confinamiento y el aislamiento de las mujeres con sus maltratadores, desplegaron una serie de acciones para prevenir la violencia de género y los peligros que esta supone.

## Trabajo

El trabajo se ha visto profundamente afectado por la pandemia y se ha puesto en peligro los medios de vida y el bienestar de millones de personas fundamentalmente mujeres <sup>2</sup>. Desde el comienzo de esta crisis, las empresas han optado por reducir las horas o los salarios antes que por despedir a sus trabajadores <sup>3</sup>. Pero afectó más a las mujeres en 3 aspectos; por estar ocupadas en limpieza y cuidados, en muchos casos en situación precaria o sin contrato; por estar teletrabajando o formando parte de la primera línea de acción contra la pandemia junto con el cierre de los centros escolares y los centros de día supuso un reto para la conciliación familiar; porque los comercios locales vieron fuertemente menguada su actividad. Para paliar esto, el 50,33% de los ayuntamientos encuestados tomó alguna medida en el ámbito del trabajo en su municipio.

### Ajuntament de Gandia

*"...muchas mujeres de la limpieza por horas o que cuidaban personas mayores se quedaron sin trabajo ya que a las familias les daba miedo que les contagiaran."*

*"Llamaban para ver si teníamos trabajo para ellas y como se incrementó mucho la limpieza se intentó contratarlas..."*

La pandemia ha supuesto sacar a la luz la realidad que sufren las mujeres que, desde el sector de los cuidados, sobreviven en situaciones de precariedad y son mayormente inmigrantes. Muchas empleadas del hogar internas vivieron una situación de secuestro o bien de pérdida habitacional. En muchas ocasiones no se les permitía salir de la vivienda en la cual trabajaban por miedo a que pudiesen transmitirla la COVID a las personas que cuidaban, pasaron meses sin ver a sus propias familias. En otras ocasiones, si la persona cuidadora fallecía, quedaban sin hogar y sin ingresos, si a esto se le añadía vulnerabilidad por migración, algunas de estas las mujeres se vieron avocadas a vivir en la calle.

### Asociación "Por ti mujer"

*"Unas quedaron, yo digo siempre, secuestradas con el abuelo, porque no las dejaron salir más... otras las despidieron, para que no contagiaran al abuelo, quedaron cesantes... sin empleo"*

Un 57,1% de los ayuntamientos tomaron acciones para apoyar el consumo de proximidad, y por tanto el pequeño comercio. Algunos ayuntamientos movilizaron asociaciones que facilitaban el contacto telefónico y los horarios, o la incorporación del servicio a domicilio en estos comercios, se apoyaron las compras en establecimientos locales por parte del voluntariado o a través de los bonos de consumo para los establecimientos del municipio.

Se produjo también un aumento sin precedentes de las necesidades de cuidado en la sociedad y en los hogares al decretarse el cierre de guarderías, escuelas, centros de día y servicios de apoyo al cuidado de personas mayores, etc. Y las mujeres soportaron desproporcionadamente la peor parte de estas múltiples responsabilidades. Los datos de la encuesta Eurofound (abril 2021) muestra que esta concentración de la actividad en el hogar provocó un deterioro generalizado del equilibrio entre la vida laboral y personal, especialmente en el caso de las mujeres. Entre las mujeres y los hombres con hijos pequeños (de 0 a 11 años), a casi un tercio de las mujeres trabajadoras les resultó difícil concentrarse en su trabajo (frente a un sexto de los hombres), mientras que las responsabilidades familiares impidieron a más mujeres (24%) que hombres (13%) dedicar el tiempo que querían a sus tareas profesionales. Pero el trabajo también está incidiendo en la vida familiar: el 32% de las mujeres de este grupo dijo que su trabajo les impedía centrarse en su familia, frente al 25% de los hombres <sup>16</sup>. Por tanto, hubo una gran necesidad de arbitrar medidas de conciliación. Un 31,13% de los ayuntamientos afirma que se adoptaron medidas de conciliación de la vida laboral y familiar entre su propio personal para el cuidado de niños/as realizando actuaciones como organizar el teletrabajo, habilitar espacios de conciliación familiar en el propio ayuntamiento para su personal; en algunos ayuntamientos existían "redes informales" de apoyo a la conciliación que facilitó la adecuación del horario de trabajo.

Las asociaciones también contribuyeron a paliar esta situación, trabajando en la conciliación de la vida laboral y familiar, cuidado de niños/as, continuaron con su programa de empleo "Actúa" o promovieron la orientación para la inserción sociolaboral de las mujeres.

### ***Dones de Vila-Real***

*Las mujeres han tenido más trabajo durante la pandemia. Como cuidadoras de la infancia (no iban al colegio) y cuidadoras de las personas ancianas y/o enfermas. Han sido expulsadas del ámbito laboral con más frecuencia que los hombres*

El doble rol de la mujer de productora y reproductora ha tenido una repercusión negativa en las mujeres, ya que por un lado las mujeres con trabajos precarios fueron despedidas en un primer momento, el teletrabajo hizo también que recayera el doble papel sobre ellas.

## **Vivienda**

La vivienda ha cobrado vital importancia durante la pandemia de COVID-19 al haberse declarado el estado de alarma con un confinamiento total. La puesta en cuarentena y el autoaislamiento han sido medidas clave de control de la pandemia. Un 43% de los Ayuntamientos respondió que había realizado algún tipo de acción relacionado con la vivienda como búsqueda de espacios, apoyo a quienes no podían o querían estar con sus familiares durante el confinamiento, como profesionales sanitarias, búsqueda de espacios a personas sin hogar, o para quienes viven en situación de hacinamiento. La mayoría contribuyeron con ayudas económicas destinadas a afrontar los gastos de la vivienda, en especial a aquellas personas que han perdido ingresos al verse afectadas a causa de la COVID-19 por ejemplo de alquiler y suministros de energía, así como toda la tramitación de las ayudas del gobierno regional o nacional.

### **Ajuntament de Gandia**

*"se habilitó un edificio para profesionales sanitarios por si necesitaban un espacio para dormir, solo lo utilizaron 6 mujeres"*

### **Ajuntament Gandia**

*"Abrimos un centro para la gente que vivía en la calle, quienes se contrataron para atenderlo fueron la gran mayoría mujeres"*

10 de las 30 asociaciones realizaron acciones relacionadas con vivienda dirigidas a personas sin hogar como la acogida temporal en sus propias instalaciones, búsqueda de espacios, derivación a recursos de emergencia, apoyo, abastecimiento de productos de desinfección e higiene, intervención en asentamientos, o contacto a los servicios sociales correspondientes para su asesoría y derivación, pero también gestión de ayudas de alquiler de vivienda, intercambios de información desde el grupo de WhatsApp de autoayuda.

## Cultura:

La cultura impregna nuestra vida, aunque no nos demos cuenta <sup>17</sup>. Tenemos, en las circunstancias más adversas, la capacidad de crear, innovar y en este caso aprovechar los resquicios que dejaba la COVID para la expresión de muestras culturales. Así los balcones se llenaron de actividades creativas y culturales como la música de todo tipo, el baile, canciones, los ritmos etc. El cierre de los museos durante el confinamiento, la reducción de aforo durante la desescalada y las restricciones de movilidad de los últimos meses no ha impedido que las pinacotecas y galerías se hayan convertido en lugares de referencia. Los museos han sabido adaptarse a esta nueva realidad y aumentado notablemente su presencia en internet <sup>18</sup>. El 63% de las personas en españolas habría realizado una visita virtual a un museo o exposición durante la pandemia, muy por encima de la media internacional, que se sitúa en el 40%; y sobre todo estas visitas fueron realizadas entre las mujeres y mayores de 55 años <sup>19</sup>.

Los ayuntamientos también contribuyeron a la transformación virtual de la cultura, el 35,80% de los ayuntamientos han llevado a cabo algún tipo de iniciativa para crear música, artes escénicas, pintura u otro tipo de actividad cultural de forma online para que la gente pudiera realizarlas desde casa. También mediante la programación y realización de jornadas y actividades en línea, como la feria del libro o la fiesta de los mayos, en coordinación con diversas asociaciones como las bandas de música o asociación de jotas y rondallas e incluso la celebración de fiestas populares on line, con banda de música que tocaban en cada uno de sus hogares.

### **Ajuntament de Gandia**

*"hemos dado a conocer la biblioteca online"*

*"Las actividades de diferentes talleres que llevaba el ayuntamiento se pasaron rápidamente online".*

El 43,3% de las asociaciones realizaron acciones para paliar el impacto de la COVID-19 sobre las cuestiones relacionadas con cultura. Se crearon vídeos de baile y música con jóvenes y mujeres, se celebró online el 8 de marzo, o voluntarias escribieron cuentos para ser distribuidos a las familias.

## Salud

Los pueblos y ciudades tienen un enorme potencial para mejorar la salud y la calidad de vida a través de la innovación social en salud. Esto representa un cambio organizacional en el nivel municipal, que implica el abordaje de los determinantes de la salud, desde una gobernanza intersectorial, participativa y con perspectiva de equidad <sup>20</sup>. El 73% de los ayuntamientos refieren que realizaron actividades relacionadas con la salud.

Además, el 84% de los ayuntamientos se involucraron en la distribución de mascarillas a población vulnerable, infantil, servicios sanitarios y en algún caso a toda la población. Durante los primeros momentos de la pandemia, y ante el desabastecimiento de medidas de protección, los ayuntamientos junto con asociaciones, Protección Civil y/o voluntariado se coordinaron para la fabricación de mascarillas higiénicas u otras medidas de protección (trajes, pantallas), apoyados, en muchos casos, por el empresariado local.

### **Ajuntament de Gandia**

*"Más de 500 mujeres voluntarias voluntarias de diversas nacionalidades (Ecuador, Bolivia, etc.) y de colectivos y asociaciones, colaboraron haciendo mascarillas y protecciones" "Una empresa (vickyfoods) contribuyó también pagando los materiales etc,"*

*"Teníamos voluntarias que hacían manguitos, etc con sábanas de algodón, equipo de protección con bolsas de basura para los hospitales"*

El 73% de los ayuntamientos contribuyeron en la recogida de recetas desde los centros de salud y al reparto de medicamentos, también se ponían en contacto telefónico con la población que no podía salir y en colaboración con los centros de salud, organizaron el reparto a través del personal del ayuntamiento, personal del servicio de ayuda a domicilio, voluntariado y farmacias.

### *Dones de Vila-Real*

- *"El alcalde, ha propuesto que las asociaciones colaboren en la realización de mascarillas y reparto a los domicilios".*

El 56,6% de las asociaciones realizaron acciones como el apoyo a los ayuntamientos en el reparto de material, llevar medicación a las personas de riesgo, entrega y explicación del uso de mascarillas, entrega de medicamentos, seguimientos de salud; apoyo y acompañamiento a las familias para visitas o gestiones telefónicas con los centros de salud y hospitales; asesoría para adquisición de la tarjeta sanitaria y servicios de acceso al sistema sanitario; información y derivación en materia de recursos de salud; apoyo y coordinación desde los diferentes espacios de trabajo (Mesa Intersectorial de Salud, Comisión de Salud), o trabajando como voluntarias haciendo y repartiendo mascarillas.

# Recomendaciones y/o propuestas para la acción:

La pandemia ha puesto de manifiesto que para mitigar el impacto negativo de la pandemia son fundamentales las estructuras más cercanas a la población como son los ayuntamientos y las asociaciones, y, además, ha puesto sobre la mesa el papel de las mujeres en el cuidado informal comunitario en situación de crisis, así como algunos aspectos organizacionales que contribuyen a la resiliencia comunitaria y al apoyo social. Por tanto, a partir de esta experiencia se podría recomendar:

1. Crear mesas intersectoriales municipales con participación de asociaciones y con objetivos de reducción de las desigualdades en salud, que incorporen asociaciones de personas vulnerables, de mujeres y asegurar que participen otras asociaciones lideradas por mujeres, potenciando la cohesión social y haciendo visible el papel de las mujeres en conseguirla.
2. Reducir la brecha digital mediante formación específica a mujeres y a mujeres en situación vulnerable
3. Reducir la precariedad laboral en los sectores especialmente feminizados como los cuidados de personas mayores y la limpieza del hogar.

## Agradecimientos

A todos los ayuntamientos, asociaciones y personas voluntarias que contribuyeron a mitigar el impacto negativo de la pandemia sobre nuestras vidas. Especialmente a los 174 ayuntamientos y 30 asociaciones que contestaron el cuestionario y nos permitieron tener información que hiciera visible el papel de la administración local, las redes comunitarias y las mujeres. Agradecimientos especiales a Liduvina Gil y Nagore Navarrete del Ayuntamiento de Gandía, a Lucy de la asociación "Por ti mujer", y a las mujeres de Vila-Real por su sensibilidad y apoyo a otras mujeres, su implicación en este trabajo y el tiempo que le han dedicado.

# Bibliografía

1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. C. Sobrino Armas et al. / Gac Sanit. 2018;32(S1):5–12
2. Municipalismo y salud comunitaria: transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018. V. López Ruiz et al. / Gac Sanit. 2018;32(S1):26–31
3. Documento “Redes comunitarias en la crisis de COVID-19”. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 30/04/2020
4. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. M.P. López-Sánchez et al. / Gac Sanit. 2018;32(S1):32–40
5. Bach R, Doran R, Gibb L, Kaufman D, Settle K. Policy Challenges in Supporting Community Resilience. Working Paper presented at the London Workshop of the Multinational Community Resilience Policy Group. [Internet] [http://s3-us-gov-west-1.amazonaws.com/dam-production/uploads/20130726-1752-25045-8947/policy\\_challenges\\_in\\_supporting\\_community\\_resilience\\_london\\_2010for\\_release122210.pdf](http://s3-us-gov-west-1.amazonaws.com/dam-production/uploads/20130726-1752-25045-8947/policy_challenges_in_supporting_community_resilience_london_2010for_release122210.pdf)
6. Banai R. Pandemic and the planning of resilient cities and regions. Cities, 2020; <https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102929>
7. Ley 33/2011, de 5 de octubre, General de Salud Pública». 4 de octubre de 2011. Consultado el 18 de enero de 2020.
8. Medidas prácticas para mejorar la preparación de las ciudades frente a la pandemia de COVID-19 y a otros sucesos: Lista de verificación provisional para las autoridades locales [Practical actions in cities to strengthen preparedness for the COVID-19 pandemic and beyond: an interim checklist for local authorities]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (WHO/2019-nCoV/ActionsforPreparedness/Checklist/2020.1). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Oertelt-Prigione S. The impact of sex and gender in the COVID-19 pandemic. Case study. [Internet] Report, 2020 . In <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/4f419ffb-aoca-11ea-gd2d-01aa75ed71a1/language-en>
10. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades. Ministerio de Igualdad. Gobierno de

- España. Informe [Internet] [https://www.inmujeres.gob.es/disenovovedades/impacto\\_de\\_genero\\_del\\_covid\\_19\\_\(uv\).pdf](https://www.inmujeres.gob.es/disenovovedades/impacto_de_genero_del_covid_19_(uv).pdf)
11. ¿Qué sabemos del impacto de género en la pandemia de la COVID-19?. Instituto de Salud Global Barcelona. Autoras: Sheila Fernández-Luis, Elena Marbán Castro, Leire Pajín Iraola, Belén Saavedra Cervera y Sara M. Soto González (ISGlobal).
  12. III informe sobre los servicios sociales en España. Coordinadores: Emiliana Vicente González Rafael Arredondo Quijada Cayetana Rodríguez Fernández. Investigaciones e informes del consejo general del trabajo social. Edita: consejo general del poder judicial .ISBN N: 978-84-09-16549-0 [https://www.cgtrabajosocial.es/files/5de783c0056f8/ISSE\\_III\\_WEB.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/5de783c0056f8/ISSE_III_WEB.pdf)
  - 13- La situación de las mujeres en el mercado de trabajo 2019 Encuesta de Población Activa. [https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec\\_trabajo/ analisis\\_mercado\\_trabajo/situacion-mujeres/Mujeres-y-Mercado-de-Trabajo-2019.pdf](https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec_trabajo/ analisis_mercado_trabajo/situacion-mujeres/Mujeres-y-Mercado-de-Trabajo-2019.pdf)
  14. <https://raicesyafalto.wordpress.com/2017/12/20/ciudad-y-azada-se-escriben-en-femenino-agricultura-urbana-ecofeminismo-y-soberania-alimentaria-en-la-ciudad/>
  15. Encuesta Continua de Hogares (ECH)-Año 2018. INE (Instituto nacional de Estadística).
  16. Martina Bisello, Anamaria Maftai and Massimiliano Mascherini. Eurofound (2020), Women and labour market equality: Has COVID-19 rolled back recent gains?, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
  17. Culture in times of Covid-19 or how we discovered we cannot live without culture and creativity. Impressions and lessons learnt from Covid-19. <https://rm.coe.int/culture-in-times-of-covid-19-or-how-we-discovered-we-cannot-live-witho/1680a18dco>
  18. <https://www.lavanguardia.com/cribeo/cultura/20210518/7459845/visita-museos-manera-virtual-convirtio-pasatiempo-favorito-pandemia.html>
  19. <https://blog.musement.com/es/encuesta-sobre-museos/>
  20. Joint Action Health Equity Europe. Healthy Living Environments: Policy Framework for Action. Report [Internet] In <https://jahee.iss.it/wp-content/uploads/2020/12/D6.1-WP6-PFA.pdf>

21. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Informe [Internet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?ua=1>
22. [https://eurosocial.eu/bitacora/cohesion-social-con-enfoque-de-genero-clave-para-reducir-las-desigualdades/#\\_ftn5](https://eurosocial.eu/bitacora/cohesion-social-con-enfoque-de-genero-clave-para-reducir-las-desigualdades/#_ftn5)

# Experiencias de interés

Este epígrafe reúne distintas experiencias de interés en el marco de los contenidos principales que se han abordado en el Informe. Para cada una de ellas se cita, en el capítulo de referencia en la primera fila.

A continuación, se lista el título de las experiencias de interés recopiladas, y más abajo, puede verse cada una de ellas con más detalle:

- Proyecto sexo, género y Covid-19.
- Supermanzanas sociales
- Etxean Ondo y Etxean Blzi
- Abierto hasta el amanecer
- Cuidándonos para un futuro mejor
- Campaña Arcópoli #EnMiPuebloSinArmarios
- Muestra de Cine LGBTI durante el confinamiento
- PsiCovid
- IMPRESIONA (Impacto familiar, personal y profesional de la pandemia por SARS-CoV-2 en los profesionales de la salud en España)
- Infografía Disfruta de tu sexualidad durante la Covid-19
- Clases de preparación al nacimiento y la crianza online
- Proyecto NEO 50
- En tiempo de Coronavirus, +cuidados. Hagamos nuestra parte.

<b>CAPÍTULO</b>	<b>Síndrome Post-COVID-19 y género</b>
<b>TÍTULO</b>	<b>Proyecto sexo, género y Covid-19.</b>
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Todos los países del mundo que notifican datos desagregados por sexo y género.
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	University College London
<b>CONTACTO</b>	Salud Global 50/50 APaHRCAaIcFroWI.2021
<b>RESUMEN</b>	El proyecto internacional Sex, Gender and COVID-19 de la University College London para una agrupación de los datos sobre sexo/género y COVID-19 nos parece la experiencia más innovadora para poder hacer un seguimiento de la pandemia, de la vacunación y de la evolución de la enfermedad en la mayoría de los países del mundo que notifican sus datos. El proyecto está construyendo la base de datos más grande del mundo desglosados por sexo sobre COVID-19, investigando el impacto que los roles de género pueden estar desempeñando en los brotes.
<b>URL con información más completa</b>	<a href="https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/">https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/</a>

<b>CAPÍTULO</b>	Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores
<b>TÍTULO</b>	Supermanzanas sociales
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	CATALUÑA (Barcelona)
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Ayuntamiento de Barcelona
<b>CONTACTO</b>	Tfno.: 93 413 27 17
<b>RESUMEN</b>	<p>Iniciativa impulsada a finales de 2017 por el servicio de planificación e innovación del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, actualmente en fase de implementación. Nace por la necesidad de organizar acciones que respeten la preferencia de envejecer en casa y afrontar el incremento de las necesidades de atención de las personas mayores. La finalidad es mejorar la calidad del SAD en base a dos objetivos: mejorar las condiciones laborales y adaptar la atención a las necesidades y preferencias de las y los usuarios del servicio.</p> <p>Se parte de la idea de que la concentración de personas mayores en determinadas áreas de la ciudad es tan grande que conforman una especie de "residencia distribuida". Los principios sobre los que se basa la iniciativa son la proximidad física de las personas usuarias atendidas por un equipo de profesionales de referencia, la personalización del servicio y la proximidad con otros recursos comunitarios; así como la autogestión de los equipos. Para ello, la provisión del servicio se basa en la creación de equipos de profesionales adscritos al territorio, que realizan su actividad en una zona geográfica reducida, formada por una o varias manzanas de edificios. Los servicios se organizan de manera que las trabajadoras y trabajadores tengan desplazamientos máximos de cinco minutos entre un domicilio y otro y puedan adaptar su actividad según las necesidades de las personas atendidas y no según lógicas burocráticas. Esto facilita, además, que los contratos sean a tiempo completo.</p>
<b>URL con información más completa</b>	<a href="https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/innovacio-social/superilles-socials">https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/innovacio-social/superilles-socials</a>

<b>CAPÍTULO</b>	Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores
<b>TÍTULO</b>	Etxean Ondo y Etxean Blzi
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	PAIS VASCO
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Gobierno Vasco, posteriormente Diputación Foral de Gipuzkoa, Matia Fundazioa y Matia Instituto Gerontológico
<b>CONTACTO</b>	Tfno.: 943317123 info@matiafundazioa.eus
<b>RESUMEN</b>	<p>Iniciativa desarrollada del 2011 al 2014 por Matia Fundazioa y Matia Instituto Gerontológico con la financiación del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, dirigida a la transformación del modelo de atención tradicional que se desarrolla en los Centros Gerontológicos.</p> <p>Se basa en la creación de unidades de convivencia que faciliten estilos de atención favorecedores de la autonomía y bienestar; en base a las necesidades, capacidades y preferencias de residentes o usuarias y usuarios de centros de día. El objetivo es crear ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas. Para la consecución de todo ello, se incorporaron modificaciones tanto en los entornos, como de carácter organizativo, así como en los contenidos y desarrollo de las actividades a realizar.</p> <p>Se trata de aplicar el modelo de la Atención Centrada en las Personas, lo que requiere un cambio en la organización del trabajo y también en las culturas del trabajo, de manera que los equipos profesionales sepan escuchar a la persona, interpreten sus deseos o necesidades, y tengan la flexibilidad de adaptarse a situaciones cambiantes y a horarios prácticamente personalizados. Este cambio empodera a las trabajadoras de atención directa, las convierte en referentes para las familias y genera mayor satisfacción con el trabajo.</p> <p>Este proyecto abordó también la transformación del modelo de atención domiciliaria en varios municipios vascos, ofreciendo una atención integrada en los domicilios a través de la coordinación de sistemas y recursos y en torno al perfil profesional de gestora del caso.</p> <p>Esta experiencia se ha continuado desarrollando en tres municipios de Gipuzkoa bajo la denominación Etxean Blzi. Actualmente preside el modelo de atención domiciliaria que desarrolla Pasaia.</p>
<b>URL con información más completa</b>	<a href="https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/proyecto-etxean-ondo-residencias-modelo-de-atencion-centrado-en">https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/proyecto-etxean-ondo-residencias-modelo-de-atencion-centrado-en</a>

<b>CAPÍTULO</b>	Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores
<b>TÍTULO</b>	Abierto hasta el amanecer
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	MADRID
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Abierto hasta el amanecer
<b>CONTACTO</b>	abierto@abiertomadrid.coop 917786017
<b>RESUMEN</b>	<p>Cooperativa de iniciativa social formada y constituida por mujeres en el año 2002. Ofrece distintos programas y acciones formativas para la educación en la participación social y promoción de hábitos de vida saludable, así como la prestación de servicios relacionados con la protección y mejora de las condiciones de vida de la mujer, inmigrantes, infancia, juventud, minorías étnicas y cualquier colectivo en situación de desigualdad social.</p> <p>Los programas de inserción laboral ofrecen información, formación, asesoramiento y coaching para el autoempleo cooperativo, promoviendo la constitución de cooperativas de Servicios a Domicilio y a la Comunidad, con el fin de hacer emerger la economía sumergida y facilitar la gestión de estos servicios tanto a personas trabajadoras como a hogares empleadores. De ese proceso surgieron cuatro cooperativas, dos de la cuales siguen funcionando (una creada en 2010 y la otra en 2017).</p> <p>En el año 2019 impulsaron la creación de la cooperativa "A 3 calles: cuidados en territorio", una propuesta innovadora e el ámbito de los cuidados y de la Economía Social y Solidaria. Se estructura para facilitar a las familias y personas vecinas de Vallecas el derecho a ser cuidadas y a cuidar en condiciones dignas de trabajo. La cooperativa agrupa socias y socios consumidores, hogares consumidores, socias trabajadoras y cooperativas de trabajo.</p> <p>La formación de cooperativas de trabajadoras ofrece posibilidades interesantes y ventajas evidentes frente a las empresas mercantiles que han entrado en este sector y que se ofrecen como intermediarias para el empleo en los hogares.</p>
<b>URL con información más completa</b>	<a href="https://abiertomadrid.coop/wordpress/tag/cooperativa/">https://abiertomadrid.coop/wordpress/tag/cooperativa/</a>

<b>CAPÍTULO</b>	Contextualización, transversalidad y situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19
<b>TÍTULO</b>	Cuidándonos para un futuro mejor
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Estatal y Comunidad de Madrid
<b>CONTACTO</b>	<a href="mailto:arabadan@fademur.es">arabadan@fademur.es</a> ; <a href="mailto:mjlunar@fademur.es">mjlunar@fademur.es</a>
<b>RESUMEN (400 p)</b>	<p>Envejecimiento saludable, activo y participativo en el entorno del medio rural donde viven las personas mayores, y sus familias.</p> <p>Actividades participadas por mayores, y especialmente mesas de trabajo que alimentan nuevas estrategias de trabajo intergeneracionales con mayores.</p> <p>Esta iniciativa también tuvo lugar en otras demarcaciones territoriales como la Comunidad Canaria y el Principado de Asturias. En esta última Comunidad Autónoma, se desarrolló específicamente un programa de atención personalizada a personas mayores cuidadoras y sus familias, para que durante la pandemia y en momentos más difíciles como las épocas de confinamiento, tuvieran disponibles teléfonos de atención y otros recursos para cubrir necesidades básicas, así como para ser asesoradas sobre acceso a recursos y actividades preventivas creadas por y para la comunidad.</p> <p>En la comunidad de Madrid se creó el programa "Bioenvejecimiento", con actividades dedicadas a la detección de necesidades, empoderamiento, e integración social por y para mayores, orientación en envejecimiento saludable y participativo.</p>
<b>URL con información más completa</b>	<a href="http://envejeciendobien.org/">Cuidándonos para un futuro mejor; http://envejeciendobien.org/</a>

<b>CAPÍTULO</b>	Contextualización, transversalidad y situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19
<b>TÍTULO</b>	Campaña Arcópoli #EnMiPuebloSinArmarios
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Comunidad de Madrid
<b>CONTACTO</b>	<a href="mailto:buzon@arcopoli.org">buzon@arcopoli.org</a>
<b>RESUMEN (400 p)</b>	<p>Se detecta la necesidad de actuar ante la invisibilidad y agresiones hacia personas LGBTI, desde entidades locales y autonómicas.</p> <p>Un ejemplo es el acuerdo firmado por el Ayuntamiento de Bustarviejo (Madrid) para visibilizar al colectivo LGTBI en el medio rural.</p> <p>La presión social en los entornos rurales provoca el exilio de muchas personas LGTB+, que buscan en el anonimato de la gran ciudad el afecto, respeto o libertad que no han obtenido en sus localidades. Estos movimientos migratorios se conocen como <i>sexilio</i>, algo todavía común en España. Solo en la Comunidad de Madrid hay 179 municipios, de los cuales 131 tienen menos de 10.000 habitantes. Uno de los objetivos de Arcópoli —coordinadora del Observatorio Madrileño contra la LGTBfobia— es llegar a acuerdos de colaboración con los consistorios y establecer un servicio de denuncia y seguimiento de estos delitos en los pueblos.</p>
<b>URL con información más completa</b>	Arcópoli ( <a href="https://arcopoli.org">https://arcopoli.org</a> ) y Observatorio madrileño contra la homofobia, bifobia y transfobia ( <a href="https://contraelodio.org/wp/">https://contraelodio.org/wp/</a> )

CAPÍTULO	Contextualización, transversalidad y situaciones de mayor vulnerabilidad en tiempos de COVID-19
TÍTULO	Muestra de Cine LGBTI durante el confinamiento
LOCALIZACIÓN TERRITORIAL	Comunidad de Aragón
CONTACTO	<a href="mailto:info@zinentiendo.org">info@zinentiendo.org</a>
RESUMEN	<p>Las necesidades de ocio durante confinamiento supusieron una vía muy importante para el mantenimiento del bienestar de las personas LGBTI, así como para el mantenimiento de relaciones, nuevos espacios de socialización y desarrollo de referentes, identidades y redes de apoyo.</p> <p>Así, actividades como la presentada supusieron un espacio abierto a comunicación y debates personas LGBTI desde el mundo virtual. La muestra de cine ha propiciado la generación de espacios seguros de interacción, en un territorio diverso, con dispersión geográfica y mayores dificultades en el medio rural, como es Aragón. Durante la pandemia se realizaron proyecciones online, con apoyo de distribuidoras e instituciones y sesiones de debate, charlas y coloquios.</p> <p>Esta muestra de cine LGBTIQ venía realizándose de manera presencial, pero a realidad surgida con la pandemia obligó en primer lugar a su suspensión, a la espera de encontrar acomodo en un mes en el que la coyuntura lo permitiera, pero la demanda de personas que ya conocían la muestra propició una respuesta que ofreció alternativas durante la pandemia. Las sesiones contemplaron también cierta presencialidad, con las medidas necesarias, como la del <b>aforo limitado</b>, la <b>preceptiva distancia</b>, el <b>uso de mascarilla</b> (por si hiciera falta, la organización vende FFP2 lavables con el logo de la muestra de este año) y el <b>acceso mediante invitación/reserva previa a través de la web</b>. Para los visionados 'online', aplicados en el apartado de documentales, se incluyeron enlaces a diferentes plataformas que permitían fórmulas con la ventaja de que, aunque el pase comenzara de modo oficial a las 19.00 horas por ejemplo, las propuestas seleccionadas podían verse hasta la medianoche del día de su proyección. La organización llevó a cabo esta práctica durante el confinamiento y la experiencia fue positiva. Además de mostrar documentales y cortos, realizó una charla sobre webseries de temática lésbica.</p>
URL con información más completa	Zinentiendo Muestra de Cine LGBTI ( <a href="http://zinentiendo.org">http://zinentiendo.org</a> ) y Colectivo Towanda ( <a href="http://www.colectivotowanda.org">http://www.colectivotowanda.org</a> )

<b>CAPÍTULO</b>	COVID-19 y salud mental. desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia
<b>TÍTULO</b>	PsiCovid
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Nacional
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	<i>Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa)</i>
<b>CONTACTO</b>	<i>nacho.ricci.cabello@gmail.com</i> Tfno.: 971175883
<b>RESUMEN</b>	<p>En España han surgido diversas iniciativas innovadoras para ofrecer ayuda psicológica a las personas más afectadas durante la pandemia. Las aplicaciones móviles (Apps) de ayuda psicológica son un ejemplo a destacar, debido a su alta escalabilidad (pueden llegar fácilmente a un elevado número de personas) y bajo coste. Investigadores de diferentes Comunidades Autónomas desarrollaron PsiCovid, una App especialmente dirigida a ofrecer apoyo psicológico a profesionales sanitarios al frente de la pandemia. PsiCovid ha mostrado una gran usabilidad y aceptabilidad (más del 90% de los participantes solicitaron seguir teniendo acceso a la App tras el estudio. PsiCovid ha sido puesta a disposición para su uso gratuito tanto en España como también para cualquier persona de habla hispana que resida en países donde Google Play y Apple Store tengan capacidad de descarga<sup>(52)</sup>)</p>
<b>URL con información más completa</b>	N/A

<b>CAPÍTULO</b>	COVID-19 y salud mental. desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia
<b>TÍTULO</b>	IMPRESIONA (Impacto familiar, personal y profesional de la pandemia por SARS-CoV-2 en los profesionales de la salud en España)
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	<b>Nacional</b>
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Unidad de Investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii).
<b>CONTACTO</b>	<a href="mailto:impresionafbbva@gmail.com">impresionafbbva@gmail.com</a>
<b>RESUMEN</b>	Se pretende conocer el impacto personal, laboral y familiar de la pandemia SARS-CoV2 en los profesionales de la salud de instituciones sanitarias que han atendido pacientes SARS-CoV2 de forma global y según los diferentes ámbitos de trabajo mediante estudios de investigación. También se ofrecen recursos online a demanda usando el modelo "Estoy Aquí para lo que Puedas Necesitar" (EAPN)(53)
<b>URL con información más completa</b>	<a href="https://impresiona.isciii.es/recursos/">https://impresiona.isciii.es/recursos/</a>

<b>CAPÍTULO</b>	<b>Reflexionando sobre la salud sexual en tiempos de COVID-19</b>
<b>TÍTULO</b>	<b>Infografía Disfruta de tu sexualidad durante la Covid-19</b>
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	<i>Comunidad Valenciana</i>
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	<i>Plena inclusión CV</i>
<b>CONTACTO</b>	<i>Área Diversidad Sexual</i>
<b>RESUMEN</b>	Durante el confinamiento se crearon dos infografías de recomendaciones para ofrecer apoyos en casa a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.
<b>URL con información más completa</b>	<i>infografías en facebook de Plena inclusión CV</i> <a href="https://www.facebook.com/PlenainclusionCV/photos/2915249475229387">https://www.facebook.com/PlenainclusionCV/photos/2915249475229387</a>  <a href="https://www.facebook.com/PlenainclusionCV/photos/2915249491896052">https://www.facebook.com/PlenainclusionCV/photos/2915249491896052</a>

<b>CAPÍTULO</b>	Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19
<b>TÍTULO</b>	Clases de preparación al nacimiento y la crianza online
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Comunidad de Madrid
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Centros de Atención Primaria de Salud
<b>CONTACTO</b>	Ejemplo: Centro de Salud de las Fronteras (Torrejón de Ardoz) 916775077
<b>RESUMEN</b>	<p>Para paliar la falta de presencialidad debido al confinamiento, de las propias matronas de Atención Primaria partió la idea de impartir las clases de preparación al nacimiento y la crianza online a través de la plataforma zoom. De esta forma se ha conseguido seguir realizando la educación grupal síncrona en el parto y en el postparto, lo cual permite a las embarazadas y a las madres recientes resolver sus dudas minimizando los riesgos del contagio por COVID-19.</p> <p>Hay que recalcar que, de nuevo, las gestantes más vulnerables han tenido más dificultad para poder acceder a este tipo de formaciones online.</p>
<b>URL con información más completa</b>	<a href="https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/11/01/hemos-ofrecido-educacion-maternal-online-18000-mujeres-inicio-pandemia">https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/11/01/hemos-ofrecido-educacion-maternal-online-18000-mujeres-inicio-pandemia</a>

<b>CAPÍTULO</b>	COVID-19, Masculinidades y salud de los hombres desde una perspectiva de género
<b>TÍTULO</b>	Proyecto NEO 50
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Madrid
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Red de 37 centros territoriales en 9 Comunidades Autónomas, una Ciudad Autónoma
<b>CONTACTO</b>	Fundación Cepaim: <a href="https://www.cepaim.org/contacto/">https://www.cepaim.org/contacto/</a>
<b>RESUMEN</b>	<p>El proyecto de innovación social NEO 50 aborda, entre otros, los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar currículos e itinerarios formativos en igualdad, intervención social con hombres y masculinidades para empresas, entidades sociales y agentes clave.</li> <li>• Ofrecer una ruta para la construcción de una agenda para la incorporación del trabajo en masculinidades en las políticas públicas de igualdad y empleo.</li> <li>• Experimentar itinerarios de inserción con hombres desempleados incorporando un enfoque sobre masculinidades.</li> <li>• Desarrollar talleres con mujeres para la reflexión sobre el cambio en los hombres y el impacto en sus itinerarios laborales.</li> <li>• Sensibilizar a la población en general y a los hombres en particular acerca de la necesidad de un cambio en la forma en la que se construyen socialmente las masculinidades.</li> </ul> <p>Estos objetivos se articulan en torno a 4 líneas de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación sobre la carga mental y emocional de los cuidados.</li> <li>• Formación sobre Perspectiva de Género y masculinidades para profesionales, administraciones públicas y empresas.</li> <li>• Campaña 365 para la toma de conciencia del importante papel que pueden jugar los hombres en el camino hacia la igualdad.</li> <li>• Talleres con hombres en situación de desempleo o en situación de mejora de empleo.</li> </ul> <p>En lo que respecta a esta última línea de actuación se ha tratado de una serie de talleres que, en algunas sedes regionales de la Fundación, salieron ofertados bajo el título</p>

	<p>“Desempleo y masculinidades: nuevos escenarios tras la Covid-19”. Concretamente, esta actividad de formación ha tenido como objetivo orientar laboralmente y mejorar las capacidades, habilidades y recursos en la búsqueda de empleo, pero también hacer reflexionar a los hombres sobre la construcción social de la masculinidad e incentivar actitudes igualitarias y de corresponsabilidad.</p> <p>Algunos de los aspectos esenciales trabajados en estos talleres han sido la mejora en la búsqueda de empleo a través de sesiones de orientación laboral, dar a conocer ámbitos laborales que tal vez no se habían planteado, reflexionar en grupo acerca de la experiencia del desempleo en los hombres y en el entorno, o desarrollar habilidades necesarias para cuidar de los demás y de uno mismo. Del mismo modo, durante la participación en los talleres se hicieron llegar a los participantes información sobre ofertas de empleo.</p>
<b>URL</b>	<a href="http://365.cepaim.org/">http://365.cepaim.org/</a>

<b>CAPÍTULO</b>	COVID-19, Masculinidades y salud de los hombres desde una perspectiva de género
<b>TÍTULO</b>	En tiempo de Coronavirus, +cuidados. Hagamos nuestra parte.
<b>LOCALIZACIÓN TERRITORIAL</b>	País Vasco
<b>LOCALIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Vitoria - Gasteiz (Araba/Álava)
<b>CONTACTO</b>	Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer: emakunde@euskadi.eus
<b>RESUMEN</b>	<p>Campaña de la iniciativa Gizonduz de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer dirigida a hombres y que les propone asumir la parte que les corresponde del trabajo doméstico y de cuidado, dado que sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres. Desde la iniciativa Gizonduz, la crisis producida por el COVID-19 fue entendida como una oportunidad para reflexionar y generar un cambio positivo de los hombres a favor de la igualdad de mujeres y hombres. Por tanto, esta iniciativa surge desde el convencimiento de que en situaciones de pandemia es más importante si cabe cuidar y cuidarse. Concretamente, los objetivos que vertebran esta campaña han sido:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicar a más hombres en el trabajo doméstico y de cuidado.</li> <li>• Aumentar la dedicación de los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado.</li> <li>• Sensibilizar sobre la importancia de los cuidados en nuestra sociedad.</li> </ul> <p>Para ello, la campaña utilizó diversos materiales y espacios de reflexión que servían para promover una mayor implicación de los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado, pero no limitados al contexto de confinamiento, sino que se extendieran y se consolidaran en el futuro. Entre otros materiales de carácter didáctico se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo virtual: "Hombres y cuidados".</li> <li>• Audio: "Kontziliazioa pandemiak eragindako konfinamenduan" (Euskadi Irratia).</li> <li>• Documental Aitak: Documental en donde once padres muestran su faceta más íntima y desconocida: el mundo de los afectos y del cuidado, con las dudas, miedos, alegrías y contradicciones que se despliegan con especial intensidad alrededor de la experiencia de la paternidad.</li> <li>• Cursos online sobre masculinidades e igualdad: oferta formativa diseñada para aprovechar momentos, como los tenidos durante el confinamiento, para formarse sobre los hombres, las masculinidades y la igualdad en general. Este curso consta de dos módulos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Módulo de sensibilización online: "Hombres, masculinidades e igualdad" (10 horas).</li> <li>• Módulo formativo online: "Masculinidades. Hombres e igualdad: Retos y resistencias" (25 horas).</li> </ul> </li> </ul> <p>Del mismo modo, la web del proyecto ha proporcionado acceso a información y medidas del Gobierno Vasco sobre salud, conciliación y medidas económicas en relación al COVID-19.</p>
<b>URL</b>	<p><a href="https://www.emakunde.euskadi.eus/gizoncas/-/covid19-gizonduz/">https://www.emakunde.euskadi.eus/gizoncas/-/covid19-gizonduz/</a></p> <p><a href="https://www.emakunde.euskadi.eus/u72-appemak/es/aco1aConstruyendoligualdadWar/persona/inicio?ambito=1&amp;locale=es">https://www.emakunde.euskadi.eus/u72-appemak/es/aco1aConstruyendoligualdadWar/persona/inicio?ambito=1&amp;locale=es</a></p>

# Índice de abreviaturas y acrónimos

AEM: Asociación Española de Matronas

AH: Atención hospitalaria

AP: Atención primaria

ATP: Adenosín trifosfato

BRIS-MHC : Barcelona Resilience Survey for Mental Health COVID-19

CCAA: Comunidades Autónomas

CERMI: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

CFS: Síndrome de Fatiga Crónica (acrónimo en inglés)

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

CLD: cuidados de larga duración

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

COTS: Condiciones de trabajo, inseguridad y salud de los y las trabajadoras residentes en España en el contexto del COVID-19

CV: Comunidad Valenciana

DDHH: Derechos Humanos

DDSS: Derechos Sexuales

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud

EEMM: Estados miembro.

EM: encefalomielitis miálgica

EMA: Agencia Europea del Medicamento

ENE-COVID19: Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España

EPI: Equipos de Protección Individual

FADEMUR: Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCM: Fundación CERMI Mujeres

GPC: Guía de Práctica Clínica

Gripe H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>:

HCE. Historias Clínicas Electrónicas

HSH: Hecho Sexual Humano

ICMRA: International Coalition of Medicines Regulatory Authorities

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISGlobal: Instituto de Salud Global de Barcelona

IT: Incapacidad Temporal

JCR: Journal Citation Reports

LGBTI: Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex

MCGSM: Grupo Colaborativo Multidisciplinar para el Seguimiento Científico de la COVID-19

MERS: Síndrome respiratorio de oriente Medio

MNP: Movimiento Natural de la Población

Momo: Vigilancia de la mortalidad diaria

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

OP: Órdenes de protección

PACS: Síndrome de COVID postagudo

PCR: *Reacción en Cadena de la Polimersa* (Prueba diagnóstica mediante PCR)

PRAC: Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

RN: Recién nacido/a

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

SARS: Síndrome respiratorio agudo grave.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Medicina General

SENEO: Sociedad Española de Neonatología

SESCAM: Servicios de Salud de Castilla la Mancha

SFC: Síndrome de Fatiga Crónica (acrónimo en castellano)

SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada

SiViES: Sistema de Vigilancia en España.

SM: Salud Mental

SNS: Sistema Nacional de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

TOC: trastorno obsesivo compulsivo

UCI: Cuidados Intensivos

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

VCI: violencia del compañero íntimo

VG: Violencia de género

WAS: World Association For Sexology

# Índice de figuras y tablas<sup>lv</sup>

## **Mujeres y pandemia por covid-19: evidencias en torno a su invisibilidad política, mediática y científica**

Figura 1. Exceso de mortalidad según causa (Covid-19 identificado, Covid-19 sospechoso, otras causas) %. España enero 2020-mayo 2020

Figura 2. Porcentaje de mujeres en los comités de personas expertas creados en las comunidades autónomas y de ámbito estatal (13 de noviembre de 2020 a 15 de enero 2021).

Figura 3. Presencia de hombres y mujeres en las autorías de los artículos, según mes de publicación (abril 2020 y mayo 2021) (n=4.905)

Figura 4. Presencia de hombres y mujeres en primeras autorías de los artículos, según mes de publicación (abril 2020 y mayo 2021) (n=915)

Figura 5. Presencia de hombres y mujeres en últimas autorías de los artículos, según mes de publicación (abril 2020 y mayo 2021) (n=856)

Figura 6: Nivel de desagregación por sexo de los datos de los artículos seleccionados (abril 2020 y mayo 2021) (n=559)

Tabla 1. Presencia (n y %) de hombres (H) y mujeres (M) y ratio H/M en las autorías de los artículos, según revista, entre abril 2020 y mayo 2021.

## **Historia natural de la COVID-19 desde la perspectiva de género**

Figura 1. Distribución por edad y sexo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE desde el inicio de la pandemia.

---

<sup>lv</sup> Las figuras y tablas inician con el número (1) en cada capítulo.

Figura 2. Porcentaje de personas hospitalizadas, porcentaje de ingreso en UCI entre personas hospitalizadas, letalidad entre casos y personas hospitalizadas. Por grupo de edad y sexo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE y diagnosticados a partir del 22 de junio de 2020.

Figura 3. Número de personas atendidas en consultas médicas de Atención Primaria durante el año 2020 por sexo.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de riesgo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE diagnosticados a partir del 22 de junio de 2020

Tabla 2. Días transcurridos entre diferentes eventos. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE diagnosticados antes y después del 22 de junio de 2020

### **COVID-19 y sesgos de género en la atención sanitaria. Las desigualdades de género que revelan las diferencias por sexo**

Figuras 1a, 1b1, 1b2 y 1c. Tendencias según sexo en las manifestaciones clínicas (signos/síntomas) de la COVID-19 a comienzos de la pandemia. Año 2020.

a) Signos Clínicos de similar frecuencia en hombres y mujeres con COVID-19

B1) Signos Clínicos más frecuentes en Mujeres que en Hombres con COVID-19.

B2) Síntoma Clínico más frecuente en Mujeres que en Hombres con COVID-19

C) Patología, síndromes y síntomas clínicos más frecuente en Hombres que en Mujeres con COVID-19

Figura 2. Tendencias de la comorbilidad según sexo en pacientes con COVID-19 a comienzos de la pandemia. Año 2020.

Figura 3: Tendencia de Fallecimientos por COVID-19 según su frecuencia sea superior en un sexo respecto a otro (marzo, 2020-agosto, 2021).

Figura 4. Tasa de fallecimientos por COVID-19 en mujeres y hombres según modelo de tendencia a lo largo del período pandémico (marzo, 2020-noviembre, 2021).

Figura 5. Lugar de ocurrencia de las defunciones por COVID-19 en España. Datos desagregados por sexo. Avance enero - mayo, 2020

Figura 6. Lugar de ocurrencia de las defunciones por COVID-19 (%) y tipo (confirmado vs. sospechoso) en España. Avance enero - mayo, 2020

Tabla 1. Fallecimientos por COVID-19 según edad y sexo en España. 13/Feb/2020-27/Jul/2021

Tabla 2. Riesgo de Fallecer según el sexo de las personas hospitalizadas por COVID-19. (20/02/2020-27/07/2021)

Tabla 3. Probabilidad de hospitalización según el sexo de los/las pacientes de COVID-19 que fallecieron (20/02/2020-27/07/2021)

Tabla 4. Ingresos en la UCI en función del sexo de las personas fallecidas (2/1/2020-25/5/2021)

Tabla 5. Ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos en personas fallecidas por COVID-19, según estrato de edad y sexo. Fechas de defunción: 13/02/2020 y 27/07/2021.

Tabla 6. Ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos en personas que padecían NEUMONIA fallecidas por COVID-19, según estrato de edad y sexo. Fechas de defunción: 13/02/2020 y 27/07/2021.

Tabla 7. Ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes de COVID-19 con COMORBILIDAD fallecidos/as, según estrato de edad y sexo. Fechas de defunción: 13/02/2020 y 27/07/2021.

### **Los cuidados no remunerados en tiempos de pandemia y su impacto en la salud de las mujeres**

Gráfico 1. Salud percibida, sobrecarga y características de los cuidados prestados, según sexo de la persona cuidadora (%) (2021) (Diferencias por sexo estadísticamente significativas, excepto para sobrecarga)

Gráfico 2. Consecuencias de la pandemia sobre los cuidados prestados y distintas dimensiones de la vida, según sexo de la persona cuidadora (%) (2021) [\* Diferencias por sexo estadísticamente significativas]

Gráfico 3. Consecuencias percibidas en salud por el hecho de cuidar, según sexo de la persona cuidadora (%) (2019 y 2021)

## **Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores**

Tabla 1. Entrevistas realizadas

Tabla 2. Inseguridad y salud de las trabajadoras/es de servicios de cuidado en el contexto de la Covid-19 (porcentaje respecto al total preguntado). Años 2020-2021

## **Determinantes sociales de la salud y vulnerabilidad frente a la COVID-19**

Gráfico 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud

Gráfico 2. Modelo de análisis de vulnerabilidad social, clínica y epidemiológica frente a la COVID-19

## **Impacto del confinamiento por COVID-19 en la violencia de género y las respuestas del sector salud**

Gráfica 1. Tasas trimestrales de llamadas al 016, órdenes de protección y denuncias por 10 000 mujeres de 15 o más años y tasas de víctimas mortales por VG por 1 000 000 de mujeres de 15 o más años de edad (2016-2020).

Gráfica 2. Violencia de género en España: Tasas notificadas por Partes de Lesiones en el Sistema Nacional de Salud.

Gráfica 3. Violencia de género en España: Tipo de violencia detectada por Partes de Lesiones en el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1. Recomendaciones de la OMS a gobiernos y responsables de políticas para asistir a víctimas de violencia durante la pandemia por COVID 19 y medidas implementadas por el Estado español

### **COVID-19 y salud mental. desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia**

Figura 1. Cambios en la prevalencia de trastornos de depresión mayor durante la pandemia COVID-19, 2020.

Figura 2. Cambios en la prevalencia de trastornos de ansiedad durante la pandemia COVID-19, 2020.

Tabla 1. Principales variables relacionadas con ansiedad y depresión durante el confinamiento, según modelos multivariantes (Odds Ratios ajustadas)

### **Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19**

Figura 1: Número mensual de nacimientos en España.

Tabla 1: Nacimientos esperados entre diciembre de 2020 y mayo de 2021 y efecto de la Covid-19.

Tabla 2: Porcentaje de cesáreas en el total de nacimientos por provincia de residencia de la madre.