

Evaluación de Impacto en Salud de las medidas adoptadas para el control y la gestión de la pandemia de la COVID-19 en la Euroregión de Nueva Aquitania, Euskadi y Navarra



osmeten la zabal 2020v



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

**BORDEAUX
POPULATION
HEALTH** | Centre de
Recherche - U1219

Inserm

université
de **BORDEAUX**

Cita sugerida:

Urtaran-Laresgoiti M, González-Rábago Y, Rivadeneyra-Sicilia A. et al. Evaluación de Impacto en Salud de las medidas adoptadas para el control y la gestión de la pandemia de la COVID-19 en la Euroregión de Nueva Aquitania, Euskadi y Navarra; 2021.

Disponible en: <https://www.ehu.eus/es/web/opik/evaluaci%C3%B3n-de-impacto-en-salud-de-las-medidas-de-gesti%C3%B3n-y-control-de-la-covid-19-en-euskadi-y-nueva-aquitania>

Septiembre 2021

Autores/as:

- Maider Urtaran-Laresgoiti ^{a,b}
- Yolanda González-Rábago ^{a,b}
- Ana Rivadeneyra-Sicilia ^c
- Maite Morteruel Arizcuren ^{b,d}
- Unai Martín Roncero ^{a,b}
- Viviane Ramel ^e
- Marcela Benavides ^f
- Elena Aldasoro ^g
- Laurence Kotobi ^f

^a Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK

^c ISPED, Universidad de Burdeos; INSERM Bordeaux Population Health;

^d Departamento de Enfermería, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

^e Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine; INSERM Bordeaux Population Health

^f Facultad de Antropología, Universidad de Burdeos; INSERM Bordeaux Population Health

^g Departamento de Salud del Gobierno Vasco

© Derechos de propiedad Opik-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico es el titular de todos los derechos de propiedad intelectual de los artículos originales publicados aquí, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.



Edita: Opik-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

ISBN: 978-84-09-39337-4

Este trabajo ha contado con la financiación de la Fundación Euskampus a través de la convocatoria Resiliencia COVID-19



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	04
OBJETIVOS	07
METODOLOGÍA	09
RESULTADOS DE LA EIS	21
1. CRIBADO	21
2. EVALUACIÓN	22
2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES DE LA POBLACIÓN DE EUSKADI, NAVARRA Y NUEVA AQUITANIA	22
Contexto socioeconómico de Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania	22
• Crecimiento poblacional y proceso del envejecimiento	22
• Movimientos naturales y migratorios de la población	23
• Entorno económico y laboral	25
• Condiciones de empleo y trabajo	27
• Educación	28
• Desigualdades sociales y pobreza	28
Caracterización de la salud en Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania	31
• Esperanza de vida y autovaloración de salud	31
• Problemas de salud crónicos	33
• Salud mental	34
• Calidad de vida y dependencia	35
• Determinantes sociales de la salud	36

ÍNDICE

2.1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA COVID-19	44
2.1.2.1 Irrupción de la pandemia de la Covid-19 y respuesta de los poderes públicos	44
2.1.2.2 Contexto epidemiológico de la COVID-19 en el estado español	46
• Indicadores en perspectiva acumulada: ¿qué ha pasado desde enero 2020 a junio de 2021?	47
• Indicadores en perspectiva temporal: ¿cómo ha sido la evolución de las CCAA en las cuatro primeras olas epidémicas?	49
2.1.2.3 Contexto epidemiológico de la COVID-19 en el estado francés	53
• Situación epidemiológica a 30 de junio de 2021	54
• Evolución de la pandemia desde marzo 2020 hasta junio de 2021	55
2.2 IMPACTO EN LA SALUD Y EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y GESTIÓN DE LA COVID-19	61
2.2.1 EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO Y LA REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD	62
• Impactos en la salud mental	62
• Impactos en las conductas relacionadas con la salud	71
• Impactos en las relaciones familiares y violencia de género	78
• Elementos amortiguadores o intensificadores de los impactos del confinamiento domiciliario y la reducción de la movilidad	81
2.2.2 RESTRICCIONES EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS FORMALES	90
• Residencias de mayores y otros centros de cuidados residenciales	90
• Cobertura de las necesidades de acompañamiento y cuidados a domicilio	91
• Cobertura de las necesidades terapéuticas y de cuidados en centros de día y ocupacionales	92
• Trabajo de cuidados en la esfera familiar o doméstica	93
2.2.3 RESTRICCIÓN DE ESPACIOS DE OCIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	94

ÍNDICE

2.2.4 RESTRICCIONES EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN FORMAL	97
• Impacto en el derecho y acceso a la educación, condiciones de estudio y efectos derivados sobre la salud	97
• Impacto en las conductas relacionadas con la salud de la población infantil y adolescente	102
• Impacto en las relaciones sociales y afectivas de la población infantil y adolescente	103
• Impacto en la salud y las condiciones de vida de la población adulta con niños y niñas a cargo	104
2.2.5 RESTRICCIONES EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN FORMAL	107
• Impacto en las condiciones de empleo y trabajo en sectores considerados esenciales y efectos derivados sobre la salud	107
• Impacto en el teletrabajo y las condiciones de trabajo productivo y reproductivo y efectos derivados sobre la salud	109
• Impacto en el desempleo e inseguridad laboral y efectos derivados sobre la salud	111
• Impacto sobre las condiciones materiales de vida	113
2.2.6 CAMBIOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA	115
• Impacto en el acceso al sistema sanitario y atención de calidad	115
• Impacto en colectivos con necesidades específicas	116
• Impacto en los programas preventivos	118
• Atención no presencial y sus efectos sobre el acceso y calidad de la atención	119
3. RECOMENDACIONES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXO 1: Estrategia de búsqueda	159

1

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19, las medidas adoptadas por los poderes públicos para su control y gestión han impactado de forma directa o indirecta en la salud y en un amplio rango de determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de la salud (1) son aquellos factores que condicionan nuestra salud y nuestras oportunidades para tener una vida saludable desde el nivel más micro, centrados en las características del individuo; pasando por un nivel meso, que incluye tanto los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, o las condiciones de vida y de trabajo; y hasta un nivel más estructural, que alude a las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y medioambientales de una sociedad. Estos determinantes sociales de la salud, al distribirse de forma desigual en la población, contribuyen a generar desigualdades sociales en salud.

Las desigualdades sociales en salud están condicionadas por los denominados determinantes estructurales, que incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político y las características de la estructura social de una sociedad y sus ejes de desigualdad (como el género, el nivel socioeconómico, el lugar de origen o el territorio); y por los determinantes intermedios, que aluden a las condiciones de empleo, la vivienda, el trabajo de cuidados, el entorno físico y social en el que residimos, o las redes de apoyo. Todos estos determinantes repercuten en las oportunidades de las personas de tener buena salud, de poder tener conductas saludables, y finalmente en los resultados en salud de las personas y los grupos sociales (2).

Las medidas de amplio rango, sanitarias y no sanitarias, que se han adoptado para el control de la pandemia de la COVID-19, es previsible que hayan impactado considerablemente, de manera directa e indirecta, en los determinantes de la salud produciendo un inequívoco efecto en la salud, tanto física como mental y en la calidad de vida de las personas y poblaciones. Las medidas adoptadas, más allá de la efectividad mostrada para frenar la propagación del virus, han tenido también un impacto socialmente desigual en los determinantes de la salud y en el bienestar de los distintos grupos de población, que se hará visible en el corto y medio-largo plazo (3,4).

La naturaleza de la crisis generada por la COVID-19, su complejidad y la amplitud de su repercusión a todos los niveles y sectores, supuso la adopción de medidas en un contexto de urgencia e incertidumbre que ha dificultado el análisis de los potenciales impactos en la salud y en la equidad en salud. En este contexto, resulta imprescindible realizar una evaluación integral del impacto en la salud y bienestar de las poblaciones que acompañe a la toma de decisiones informada sobre las consecuencias a corto, medio y largo plazo de las medidas implementadas.

El enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP) considera sistemáticamente las implicaciones para la salud de las decisiones en todos los sectores, con el fin de evitar los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud, y contribuir a la mejora de la salud poblacional, a la equidad en salud, y al desarrollo sostenible de las sociedades (5). Dentro del enfoque de SeTP, la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) se presenta como una de las herramientas útiles en el proceso de toma de decisiones, al apoyar el análisis integral de los efectos en salud de la población y de los distintos grupos sociales de las medidas y políticas implementadas. El objetivo último de la utilización de esta herramienta es poder emitir recomendaciones para la adopción de medidas de salud pública a nivel político que maximicen sus potenciales efectos positivos y eviten los posibles efectos adversos (6).

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la EIS es una herramienta óptima cuando se realiza de forma prospectiva, permitiendo la incorporación de modificaciones en las intervenciones planificadas para la mejora de la salud, el enfoque que plantea la EIS también resulta útil de forma retrospectiva (7), ya que, ante contextos de gran urgencia y escasez de tiempo, dada la imposibilidad de evaluar prospectivamente los impactos de las medidas a adoptar, la evaluación retrospectiva ayuda a estimar la dimensión y los diferentes aspectos que han podido ser afectados por dichas medidas, así como a identificar los grupos sociales más vulnerables ante ellas. Ello aportará información relevante sobre el impacto sobre la salud, los determinantes sociales de la salud y sus desigualdades, que cabe tener en cuenta en futuras intervenciones similares.

Este trabajo se realiza bajo el proyecto “Evaluación de Impacto en Salud de las medidas de gestión y control de la COVID-19 en Euskadi y Nueva Aquitania”, financiado por la Fundación Euskampus. Este proyecto es la continuación de un estudio con similares objetivos y liderado por el mismo grupo de investigación que se realizó entre mayo y julio de 2020 en la Comunidad Foral de Navarra y financiado por el Gobierno de Navarra. De esta manera, los resultados presentados en este informe incluyen tanto aquellos relativos al proyecto en Euskadi y Nueva Aquitania en relación al trabajo de búsqueda, revisión, análisis de datos secundarios, generación de datos primarios cualitativos y análisis de los mismos en estos dos contextos, como aquellos procedentes del análisis de datos primarios cualitativos que se produjeron en el contexto del proyecto circunscrito a Navarra.

El informe tiene la siguiente estructura. Los tres primeros capítulos se corresponden con una introducción, los objetivos generales y específicos, así como con la metodología llevada a cabo para dar respuesta a cada uno de ellos, consistente en la herramienta de Evaluación de Impacto en Salud (EIS). Así, se ofrece una explicación detallada de la metodología de la revisión bibliográfica realizada, así como de las técnicas de producción de datos cualitativos y el análisis de la información obtenida.

En el capítulo cuatro, se describen los resultados de la evaluación de impacto en salud para las fases de cribado, evaluación y recomendaciones. Específicamente, en la fase de evaluación, se describen los contextos correspondientes al Estado español y francés en los que se han implantado las medidas de control y gestión de la pandemia de la COVID-19 para las que posteriormente se recoge la evidencia. Esta descripción se basa en el análisis de una serie de indicadores del contexto socioeconómico y una caracterización de la salud y los determinantes sociales de la salud. Además, se realiza una descripción breve de la irrupción de la pandemia de la COVID-19 en ambos contextos y de los diferentes momentos y medidas adoptadas para su control, así como un análisis de datos epidemiológicos de la COVID-19.

Seguidamente, se presentan los resultados de la evidencia en base a 1) la búsqueda y revisión de la literatura científica y documental a nivel internacional, así como una búsqueda de documentos y estudios específica a nivel estatal; 2) la producción y el análisis de la información cualitativa a través de entrevistas y grupos focales con personas expertas e informantes clave de diferentes ámbitos de actuación y con ciudadanía asociada y no asociada. La identificación y descripción de los impactos recogidos se han ordenado según los grandes paquetes de medidas de gestión y control de la COVID-19 y los aspectos de la salud y de determinantes sociales que se han visto afectados.

En el último bloque, se presentan, en base a los resultados obtenidos, las conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones en salud pública a nivel político, de forma intersectorial e informada, que puedan servir para posibles escenarios futuros, tanto de situaciones que precisen la adopción de nuevas medidas dentro del contexto de la pandemia de la COVID-19, como de posibles crisis sanitarias similares.

¹ Proyecto financiado dentro de la Convocatoria Euskampus Resilience COVID19. <https://euskampus.eus/es/programas/euskampus-resiliencia-covid19/resultados-convocatoria-euskampus-resilience-covid19>

2

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general ha sido realizar una evaluación del impacto en salud y en sus determinantes sociales, de las principales medidas adoptadas para el control y la gestión de la pandemia de la COVID-19 en el contexto de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la Comunidad Foral de Navarra y la región de Nueva Aquitania.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1

Describir los impactos positivos y negativos de las medidas de control y gestión en la salud y los determinantes sociales de la salud de la población general.

2

Identificar los impactos diferenciales de las medidas de control y gestión de la pandemia de la COVID-19 en la salud y en los determinantes sociales de la salud en diferentes grupos sociales.

3

Elaborar recomendaciones orientadas a maximizar los efectos positivos y minimizar los negativos en la salud y la equidad en salud de futuras decisiones sobre la gestión de crisis epidémicas similares.



3 METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Para responder a los objetivos anteriormente mencionados, se aplicaron los procedimientos y herramientas propias de una EIS (figura 1). Para ello, se ha llevado a cabo un diseño que combina diferentes metodologías de investigación. En el presente informe se exponen las fases de cribado y evaluación, así como las recomendaciones emitidas.

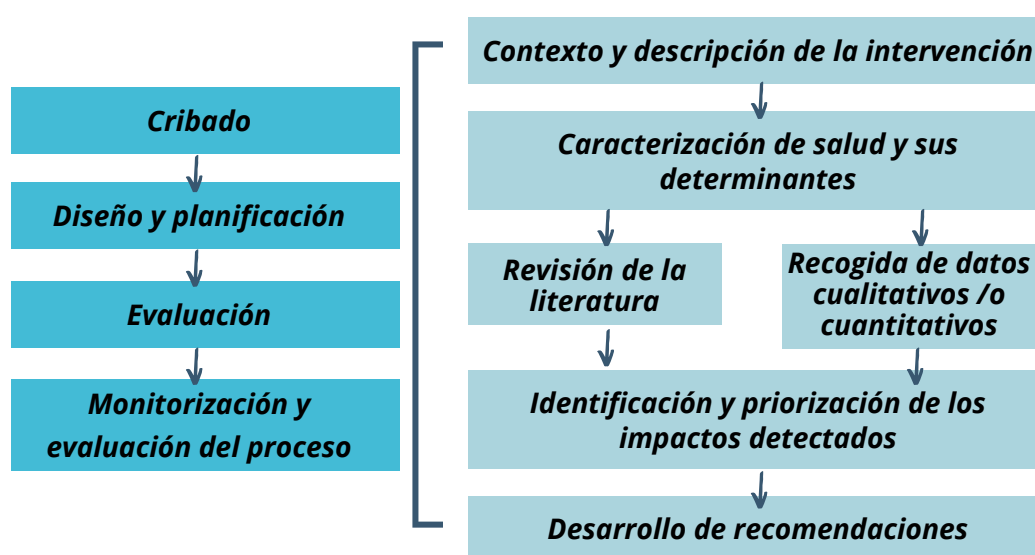
En primer lugar, en la fase de cribado, se llevó a cabo una selección de las medidas adoptadas desde el inicio de la pandemia con previsible o ya conocido mayor impacto en la salud y sus determinantes, así como en las desigualdades en salud. Para ello, el grupo de trabajo utilizó una herramienta validada para dicha identificación.²

En segundo lugar, para desarrollar la fase de evaluación, se ha realizado, por un lado, una descripción del contexto en el que se han adoptados las medidas de control y gestión de la pandemia de la COVID-19, tanto desde un punto de situación de salud y socioeconómica previa a la pandemia, como en relación a la situación epidemiológica de la COVID-19 y su evolución durante la pandemia.

Por otro lado, se han empleado metodologías mixtas para recabar evidencia sobre los impactos en salud y determinantes sociales de la salud de las medidas de control. Por un lado, a través de una revisión bibliográfica y documental y, por otro lado, a partir de la realización de un estudio cualitativo con técnicas de investigación social.

En la base de todo el trabajo subyace el enfoque del modelo social de la salud, esto es, la idea de que factores sociales de diferente tipo, relacionados con la vivienda, el urbanismo, el medio ambiente, el empleo, la protección social y una multiplicidad de políticas públicas juegan un papel crucial en el nivel de salud de las poblaciones. En este sentido, la revisión de la evidencia ha partido de la identificación de los determinantes intermedios y estructurales que se recogen en los marcos teóricos, y ha seguido con la búsqueda del impacto de las medidas para la gestión de la COVID-19 en la salud y en dichos determinantes.

Figura 1: La herramienta: Evaluación de Impacto en Salud (EIS)



Adaptado de Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K., (2001) The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition

² Aldasoro, E., Bacigalupe, A., Calderon, C., Esnaola, S., Sanz, E., Morteruel, M. (2016). Diseño y Validación de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud de las políticas autonómicas. Informe Osteba D-16-0. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco

METODOLOGÍA

De forma breve, en el proceso de elaboración del trabajo, se han realizado las siguientes tareas:

1

Cribado de las medidas de control y gestión de la pandemia de la COVID-19 en los contextos analizados, para la selección de las consideradas con mayor impacto potencial en la salud y los determinantes sociales de la salud.

2

Descripción del contexto en el que se han adoptado las medidas de control y gestión:



Análisis descriptivo en cada territorio de los principales indicadores de estado de salud y de los determinantes sociales más relevantes, por sexo y edad y en función de otros ejes de desigualdad, como el nivel socioeconómico o lugar de residencia, entre otros.



Análisis descriptivo de la situación epidemiológica de la COVID-19 y su evolución en España por Comunidades Autónomas, así como en la región de Nueva Aquitania en Francia, desde enero de 2020 hasta junio de 2021.

3

Revisión y generación de evidencia sobre los impactos en salud y en determinantes sociales de la salud, y sus desigualdades.



Revisión de la literatura científica y documental publicada en España y Francia y a nivel internacional acerca de los impactos en la salud y los determinantes sociales de la salud de las principales medidas adoptadas para el control y la gestión de la pandemia de la COVID-19.



Producción y análisis de información cualitativa recogida a través de entrevistas individuales semiestructuradas a informantes clave y de grupos focales con representantes de grupos sociales afectados por las medidas.



Elaboración de recomendaciones para la toma de decisiones en base a los resultados relativos a cada tipo de medidas adoptadas

1. Caracterización de salud y sus determinantes

Para la descripción del contexto en el que se ha producido la pandemia de la COVID-19, se han utilizado los indicadores disponibles más recientes y comparables de las regiones de Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania. Las principales fuentes utilizadas han sido:

METODOLOGÍA

TABLA 1: Listado de indicadores y fuentes de datos

INDICADOR	FUENTE DE DATOS	CONTEXTO
Tasa crecimiento interanual población	Eustat; Instituto Estadística de Navarra; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Porcentaje personas de 65 y más años	Eustat; Instituto Estadística de Navarra; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Tasa de natalidad	Eustat; Instituto Estadística de Navarra; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Saldo migratorio	Eustat; Instituto Estadística de Navarra; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Origen de la población migrante	Eustat; Instituto Estadística de Navarra; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Tasa de variación del PIB	EPIE. Gobierno Vasco; Observatorio de la Realidad Social de Navarra; Insee chiffres détaillés 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Tasa de paro	Eustat; Instituto Estadística de Navarra; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Tasa de paro de larga duración	EPA. INE; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Nivel de renta	Eustat; Observatorio de la Realidad Social de Navarra; Insee Analyses Nouvelle Aquitaine n° 98	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Precariedad laboral	INE; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania

METODOLOGÍA

Distribución del trabajo productivo-reproductivo	ESCAV 2018; Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010. Instituto Estadística de Navarra; Insee Flash Nouvelle Aquitaine nº 64	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Nivel de estudios	EPA. INE; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Tasa riesgo de pobreza	Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales de Euskadi de 2020; Encuesta de necesidades sociales 2018; Instituto Estadística Navarra; Insee Analyse Nouvelle Aquitaine nº 70	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Índice Gini	Encuesta de necesidades sociales 2020; Instituto Estadística de Navarra	CAPV; Navarra
Cociente S80/S20	Encuesta de condiciones de vida. INE	CAPV; Navarra
Esperanza de vida	Eustat; INE; Insee chiffres clé 2021	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Años de vida saludable	ESCAV 2018; Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra	CAPV; Navarra
Autovaloración de salud	ESCAV 2018; Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2017; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Problemas de salud crónicos	ESCAV 2018; ENSE 2017; Diagnostic regional de santé ARS-NA 2017	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Problemas de salud mental	ESCAV 2018; Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania

METODOLOGÍA

Nivel de dependencia (ABVD)	ESCAV 2018; ENSE 2017	CAPV; Navarra
Prevalencias de dolor y malestar	ESCAV 2018; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Nueva Aquitania
Consumo de tabaco	ESCAV 2018; Encuesta Social y de Condiciones de Vida de Navarra (ESyCV) 2017; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Consumo de alcohol	ESCAV 2018; ESyCV 2017; ENSE 2017; Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Actividad física y sedentarismo	ESCAV 2018; ESyCV 2017; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Prevalencia de obesidad	ESCAV 2018; Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Consumo fruta y verduras	ESCAV 2018; ESyCV, 2017; Enquete Zoom Santé 2018	CAPV; Navarra; Nueva Aquitania
Apoyo social	ESCAV 2018	CAPV
Soledad no deseada	ESCAV 2018	CAPV

Fuente: Elaboración propia

2. Contexto epidemiológico de la COVID-19

Para la descripción del contexto epidemiológico de la COVID-19 y su evolución se han utilizado los indicadores de los casos diagnosticados, las hospitalizaciones, los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y defunciones por COVID-19, así como la incidencia analizado sólo en el caso francés, y el exceso de mortalidad, en este último caso solo para el contexto español. La descripción de la situación epidemiológica se ha realizado por Comunidades Autónomas (CCAA) en España, con especial énfasis en la evolución de los indicadores en Euskadi y Navarra, así como en la región de Nueva Aquitania en Francia.

En el caso del contexto español, el análisis de datos de la COVID-19 y sobre el exceso de mortalidad se basa en tasas estandarizadas por sexo y edad utilizando la estructura de España a mediados de 2020 como población estándar. Los números de casos, hospitalizaciones, ingresos en UCI, y defunciones COVID-19 en cada iso-semana, por grupo de edad decenal, Comunidad Autónoma y sexo, están relativizados a la población estimada a mediados de 2020 multiplicado por 7/365.25 para aproximar la exposición semanal. Para el denominador de los acumulados se ha utilizado la población a mediados de 2020 multiplicado por 1.44 como aproximación de la exposición, ya que se trata de un periodo de acumulación más largo que un año. El exceso de mortalidad se ha calculado en grupos de edad quinquenales por iso-semana, Comunidad Autónoma y sexo restando el promedio de defunciones en los años 2016-2019 en cada subgrupo del observado en 2020 y hasta mediados junio 2021. Las exposiciones y el estándar nacional de ponderación están calculadas igual que para los indicadores COVID-19, pero en grupos quinquenales.

Las fuentes de datos para el contexto español han sido el Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología; la Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de la Covid-19 (EDeS) y las Cifras de Población del Instituto Nacional de Estadística (INE); y Eurostat.

Todo el código para recopilar, armonizar, analizar, y visualizar los datos de la COVID-19 y el exceso de mortalidad en España es abierto, actualizable, y reproducible en el siguiente repositorio:

https://github.com/timriffe/covid_eus

En el caso del contexto francés, la Agencia nacional de salud pública, Santé Publique France, es la responsable de gestionar el sistema nacional de vigilancia de la COVID-19 y de proporcionar a las autoridades sanitarias los indicadores necesarios para el seguimiento de la pandemia. Se nutre para ello de la información facilitada desde la red asistencial hospitalaria, los médicos generalistas y las residencias de mayores y otros establecimientos sociosanitarios implantados en el territorio. Además, el sistema de vigilancia recoge los datos relativos a las defunciones por diagnóstico COVID-19 y los resultados de las pruebas diagnósticas reportadas por los laboratorios y el Centro Nacional de Referencia de Infecciones Respiratorias. Los datos se han obtenido a través de los registros de Géodes, el observatorio cartográfico de indicadores epidemiológicos elaborado por Santé publique France, accesible en: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

Los datos acerca de la situación epidemiológica en Francia y en la región de Nueva Aquitania refieren a fecha de 30 de junio de 2021 en 5 indicadores básicos (casos confirmados, incidencia, ingresos hospitalarios, ingresos en UCI y defunciones), así como su evolución desde que existen datos disponibles. A este respecto, los indicadores hospitalarios y de defunciones están disponibles desde el inicio de la pandemia en la segunda semana de marzo 2020, mientras que los relativos a casos confirmados y tasas de incidencia lo están a partir de mayo de 2020, cuando se reajustó el sistema nacional para la detección de casos (SI-DEP) en consonancia con la evolución de las pruebas diagnósticas PRC.

3. Revisión de la literatura científica y documental

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos PUBMED y Web of Science (WoS), combinando términos clave para incorporar estudios que recojan la evidencia, 1) en contexto COVID-19; 2) sobre los distintos tipos de medidas de gestión y control de la pandemia; y 3) de los diferentes grupos de población y en relación a los determinantes intermedios y estructurales que impactan de desigual manera en la salud, así como en el acceso a la atención y los cuidados de la población. Para ello, se han combinado un conjunto de términos que recogieran la amplia variedad de formas en las que han publicado resultados sobre el impacto en la salud y los determinantes sociales de la salud de las principales medidas adoptadas para el control y la gestión de la pandemia de la COVID-19 y desde una perspectiva de equidad en salud (ver la estrategia de búsqueda para PUBMED en el anexo 1).

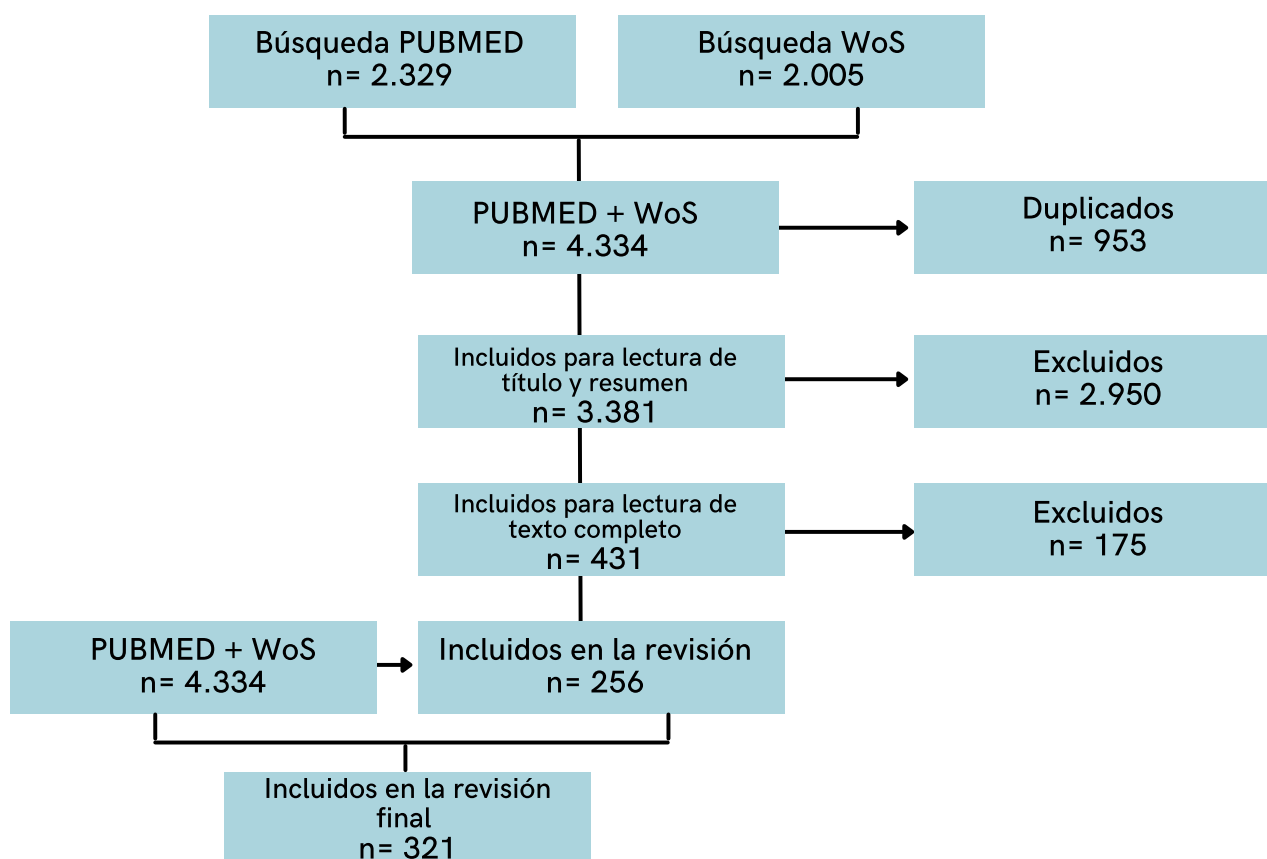
Los criterios de inclusión de los artículos seleccionados han sido: 1) corresponder a un estudio realizado en contexto COVID-19; 2) evaluar el impacto de una medida de gestión y control de la COVID-19 (medida “primaria” no “secundaria”- una medida para paliar el efecto de las medidas); 3) estudios empíricos, revisiones o meta-análisis. Se incluyeron publicaciones realizadas entre 2020 y 2021 (búsqueda hasta el 18 de mayo de 2021), en inglés, castellano o francés. Se incluyeron también artículos que se consideraron de interés y se citaban en los recogidos en nuestra búsqueda.

Se excluyeron las publicaciones que presentaran: 1) casos de estudio en países y/o contextos no comparables a la realidad de España y Francia; 2) medidas no aplicadas en nuestro contexto o contextos cercanos; 3) resúmenes de congresos, estudios no empíricos (editoriales, cartas al director, protocolos, etc.) 4) estudios clínicos y epidemiológicos sobre mortalidad o morbilidad por COVID-19. En el caso de la búsqueda en WoS también se han aplicado los siguientes filtros para solo incluir resultados en las siguientes categorías de estudio: Public Environmental Occupational Health, Psychiatry, Health Care Sciences Services, Environmental Sciences, Health Policy Services, Psychology Multidisciplinary, Education Educational Research, Environmental Studies, Economics, Social Sciences Interdisciplinary, Gerontology, Social Work, Sociology, Psychology Social, Primary Health Care, Management, Public Administration, Women S Studies, Social Sciences Biomedical, Ethics, Political Science, Law, Psychology Developmental, Education Scientific Disciplines, Substance Abuse, Social Issues, Area Studies, Urban Studies, Psychology Applied, Behavioral Sciences, Psychology Experimental, Anthropology, Regional Urban Planning, Psychology Educational, Demography, Ecology, Ethnic Studies, Humanities Multidisciplinary, Cultural Studies.

En una primera fase de la revisión, todos los títulos y / o resúmenes de las referencias identificadas fueron examinados por dos investigadoras. Después de la selección de los estudios incluidos (Gráfico 1), se leyeron a texto completo y se extrajo la información más relevante en relación a: medida de control de la pandemia analizada, indicador de salud o de determinante social de la salud estudiado, impacto sobre grupos sociales específicos, y contexto geográfico del estudio. Los principales hallazgos se resumieron de manera narrativa.

METODOLOGÍA

GRÁFICO 1: Diagrama de flujo de los estudios incluidos



Fuente: Elaboración propia

La búsqueda sistemática de la literatura científica se ha completado con una búsqueda no sistemática de la literatura gris, centrada en informes de carácter científico-técnico de entidades académicas, sociales o instituciones públicas o informes de carácter divulgativo, publicados desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 hasta la actualidad. Ello ha permitido completar los resultados con información actualizada y correspondiente a la realidad del entorno de las regiones de Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania, y con respecto a las materias específicas recogidas en la búsqueda (por ejemplo, el entorno educativo, entorno laboral o los hábitos de consumo de alcohol). La búsqueda no sistemática se ha realizado a través de buscadores de Internet (Google, en concreto)

4. Producción y análisis de la información cualitativa

En segundo lugar, se ha realizado un estudio de tipo cualitativo en base a entrevistas individuales y grupos focales, para recoger los impactos que, desde una perspectiva más local y contextualizada en Euskadi y Navarra, se hubieran producido como consecuencia de las medidas de control y gestión de la pandemia de la COVID-19, así como profundizar en las problemáticas y complejidades del contexto cercano.

METODOLOGÍA

Así, se han realizado, por un lado, diez entrevistas individuales a personas expertas e informantes clave de diferentes ámbitos de las medidas analizadas y, por otro, seis grupos focales, involucrando a 63 personas en diferentes ámbitos del territorio navarro y vasco con diferentes perfiles de ciudadanía asociada y no asociada (Tabla 2). El contacto con las personas participantes se llevó a cabo por vía telefónica y correo electrónico, en base a la red de contactos formales en el caso de las personas expertas y mediante la técnica de bola de nieve en el caso de los grupos de ciudadanía o asociaciones, partiendo de las/os informantes clave o personas con las que se establecieron los primeros contactos dentro de cada perfil. Las personas participantes firmaron el consentimiento informado de la investigación de forma previa. Las entrevistas y grupos se realizaron siguiendo un guion semiestructurado en base a las dimensiones de interés en función de los distintos perfiles participantes y los objetivos del estudio. Las sesiones fueron grabadas y transcritas, y se realizó un análisis de contenido temático, contrastándose los temas abordados con el marco conceptual de referencia. Los resultados se presentan de forma complementaria e intercalada a la evidencia recogida en la revisión bibliográfica.

TABLA 2: Participantes en los grupos focales y las entrevistas individuales y código utilizado

TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	Nº GRUPOS (Y PARTICIPANTES)	CÓDIGO UTILIZADO
GRUPOS FOCALES	10 (63)	
Asociaciones vecinales	2 (8 y 5)	GF AAVV
Personas mayores de 60 años/	2 (6 y 6)	GF mayores
Personas mayores de 65 años en situación de fragilidad o vulnerabilidad	2 (7 y 6)	GF madres y padres
Madres, padres o tutores con menores a cargo	2 (6 y 9)	GF jóvenes
Jóvenes de 19 a 25 años	2 (6 y 4)	GF mujeres

METODOLOGÍA

ENTREVISTAS INDIVIDUALES (10)

ÁMBITO	CÓDIGO UTILIZADO
Servicios Sociales y política social	ENT SSyPS
Género	ENT género
Educación	ENT educación
Economía Social y Solidaria	ENT economía social
Entorno rural	ENT rural
Asociaciones de personas con discapacidad	ENT discapacidad
Servicios sociales en Administración Pública	ENT trabajadoras sociales
Salud mental y adicciones colectivos vulnerables	ENT SMyAdicciones
Migración	ENT migración
Pobreza y exclusión social	ENT pobreza

Fuente: Elaboración propia

4

**RESULTADOS
DE LA EIS**

RESULTADOS DE LA EIS

En este apartado, se expondrán los resultados correspondientes a las distintas fases de la EIS que se exponen en este informe: cribado, evaluación –dentro de la cual, se describirá la caracterización de salud y sus determinantes de la población afectada por las medidas en los territorios analizados; la contextualización de la implementación de las medidas para el control de la pandemia en los contextos español y francés; la identificación de impactos en la salud procedente de la revisión de la literatura y el estudio cualitativo- y la emisión de recomendaciones.

1 CRIBADO

Para la selección de las principales medidas adoptadas para el control de la pandemia que se pretendían evaluar en términos de su impacto en salud y en los determinantes sociales de la salud, se realizó una fase inicial de cribado de las medidas mediante la descripción de su extensión, potencial afectación de determinantes intermedios de la salud y grupos sociales potencialmente más impactados por las mismas.

La magnitud, intensidad y extensión de las medidas que se pusieron en marcha en las primeras fases de la pandemia, y el potencial impacto negativo o incierto en numerosos determinantes de la salud y en las desigualdades sociales en salud, supuso la inclusión en la EIS de una gran diversidad de medidas que se han clasificado en los siguientes grandes bloques:



El confinamiento domiciliario y la reducción de la movilidad

Restricciones en los servicios de cuidados formales



Restricción de espacios de ocio y participación social

Restricciones en el ámbito de la educación formal



Cambios en el entorno laboral y medidas en materia de empleo

Cambios en la atención sanitaria



2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES DE LA POBLACIÓN DE EUSKADI

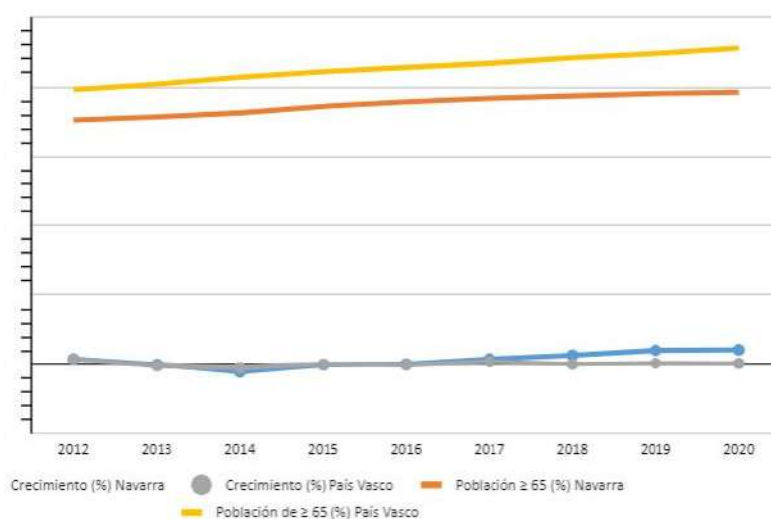
Contexto socioeconómico de Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania

a. Crecimiento poblacional y proceso del envejecimiento

Desde finales de los años 2000 hasta 2014 en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y en Navarra se venía produciendo un descenso de la población. Sin embargo, en los últimos años se ha registrado una tasa de crecimiento interanual ascendente y positiva, y en el año 2020 había 2.178.998 habitantes en la CAPV y 661.197 en Navarra. En el caso de Nueva Aquitania, la región ha venido registrado un crecimiento sostenido en las últimas décadas. Con un total de 6.039.092 habitantes en enero de 2021, constituye la segunda región más poblada del país aglutinando el 9% de la población nacional (Chiffres clé INSEE 2021).

Si bien en Navarra y País Vasco la evolución de la población no ha sido homogénea, ni ascendente en el último siglo, el grupo de población de mayores de 65 años ha venido creciendo en los últimos 20 años, una tendencia también observada en Nueva Aquitania. Así, la CAPV y Navarra se sitúan entre las regiones más envejecidas de la UE-28, por detrás de Italia, con un 22,8% de su población mayor de 65 años en el 2020 (Eustat) y cuyas proyecciones de población a 2030 prevén que este porcentaje llegue al 28,2% (Eustat). En Navarra, la población de 65 y más años asciende al 19,6% de la población total y en la última década se ha incrementado más de 2 puntos porcentuales (Instituto de Estadística de Navarra). En Nueva Aquitania el porcentaje de personas mayores de 65 años es aún mayor que en los otros dos territorios, representando el 24,4% del total de la población regional (Chiffres clé INSEE 2021).

GRÁFICO 2: Tasas brutas de variación interanual de la población y porcentaje de personas de 65 y más años en la CAPV, Navarra y Nueva Aquitania.2012-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat⁴

³ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁴ Se emplean datos del Eurostat para elaborar las gráficas, ya que permiten extraer datos comparativos a nivel regional

b. Movimientos naturales y migratorios de la población

Por otro lado, la tasa de natalidad en la CAPV se ha reducido significativamente en los últimos 10 años, pasando de un 9,7 a un 7,0 por 1.000 habitantes entre 2009 y 2019. Tasas muy por debajo de las registradas en otros contextos europeos, como son el caso de Irlanda y Francia (con tasas de 12,1 y 11,2 por 1.000 habitantes, respectivamente) (Eustat). En Navarra, desde 2009 la tasa bruta de natalidad ha descendido en 3,4 puntos por cada mil (de 11,1 en 2009 a 7,7 en 2020) (Instituto Estadística de Navarra).

Nueva Aquitania también registra una caída en la tasa de natalidad, si bien más suave que los otros dos territorios. Esta tendencia se inició en 2010, con un descenso progresivo que llevó a que en 2018 se registraron 7.000 nacimientos menos que en 2010 (caída del 3% anual). También ha bajado la tasa de fecundidad, de 1,86 en 2010 a 1,66 en 2018, al tiempo que se retrasa la edad media del primer hijo (de 29,5 años en 2008 a 30,4 en 2018) (Chiffres clé INSEE 2021). Todo ello ha generado un saldo natural negativo a partir de 2012 reforzado por un aumento significativo de las defunciones (53.700 nacimientos por 65.100 defunciones en 2018).

Se espera además que éstas últimas sigan aumentando en los próximos años, dado que las generaciones del baby boom de la posguerra están llegando a una edad avanzada. Además, Nueva Aquitania sigue siendo una región atractiva para los jubilados, lo que acentúa el envejecimiento demográfico: entre el año 2000 y 2018 el porcentaje de personas de 75 años ha pasado del 16% al 22% (Insee Flash Nueva Aquitania nº 54, 2020)

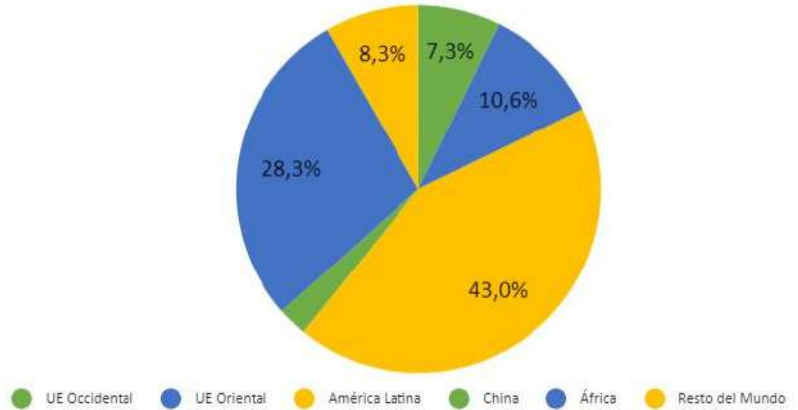
Al contrario, el saldo migratorio presenta una tendencia positiva en los tres territorios. En la CAPV en el 2019 se registró un saldo positivo con la contribución de 19.468 personas más, el dato más alto registrado en los últimos 20 años (Eustat). En la Comunidad Foral de Navarra, el saldo migratorio ha crecido en un 11,7% desde principios de siglo, si bien esta tendencia no ha sido constante todos los años, en el año 2020 se contabilizaron 3.158 personas más (Instituto Estadística de Navarra).



RESULTADOS DE LA EIS

Los datos de la última Encuesta de la Población Inmigrante Extranjera en el País Vasco muestran que, atendiendo a su área geográfica de origen, el 43% venían de América Latina, el 28,2% de África, el 10,6% de la UE Oriental, el 7,3% de la UE Occidental, el 2,6% de China y 8,3% del resto del mundo (Gráfico 3). Entre las personas inmigrantes, el 16% llevaba menos de 5 años empadronado en la CAPV, mientras que el 4,9% estaba en una situación irregular (EPIE 2018).

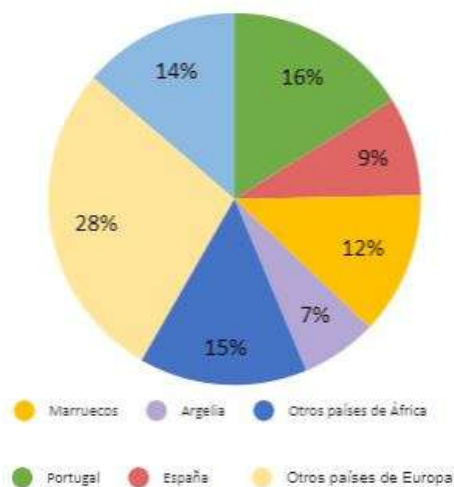
GRÁFICO 3: Porcentaje de la población de origen extranjero por área geográfica de origen en la CAPV, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de la Población Inmigrante Extranjera de 2018 (EPIE-2018).

En el caso de Navarra, son las zonas más vinculadas a la agricultura y a la industria de transformación agroalimentaria las que reciben de forma proporcional el mayor número de inmigrantes. La población latinoamericana tiende a situarse por el conjunto del territorio, mientras que la población Magrebí se concentra en las zonas del sur de la comunidad y más vinculadas a la agricultura y transformación de productos agrarios (Observatorio de la Realidad Social de Navarra).

GRÁFICO 4: Porcentaje de la población de origen extranjero por área geográfica de origen en Nueva Aquitania, 2021

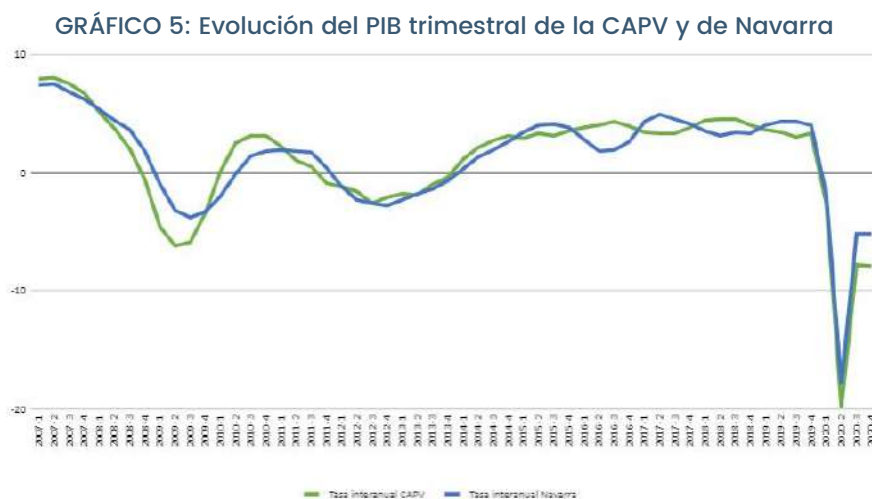


Fuente: Elaboración propia a partir del Insee

En Nueva Aquitania entre enero de 2018 y enero 2021 se registró un incremento medio anual del 0,5% entre 2018 y 2021, en contraste con el 0,1% a nivel nacional. En este sentido cabría destacar el flujo migratorio interno procedente de otras regiones, en particular jóvenes de 18-25 años, jóvenes trabajadores y jubilados, con un pico significativo en torno a los 60 años. En relación a la población inmigrante extranjera, en 2018 representaba un 6,4% de la población regional, 4 puntos por debajo de la media nacional, lo que la sitúa entre las cinco regiones con menos población extranjera. En relación a los países de origen, éstos procedían principalmente de otros países europeos, principalmente Portugal (16,1%) y España (8,6%), de Marruecos (12,4%), Argelia (6,6%) y de otros países africanos (14,6%) (INSEE Chiffres détaillés 2021).

c. Entorno económico y laboral

Si bien en los últimos años, desde la crisis financiera, económica y social iniciada en 2008 en el Estado español, se habían registrado tasas de variación del PIB positivas en la CAPV, la situación de pandemia ha ocasionado un retroceso de un 9,5% en el conjunto del año 2020, con una reducción del PIB del segundo trimestre de 2020 del 19,9% con respecto al trimestre del año anterior (Eustat). En Navarra, la evolución de los datos ha sido similar, con una reducción del PIB trimestral del 17,8% en el segundo trimestre de 2020 (Instituto Estadística de Navarra).



*Datos corregidos de efectos estacionales y de calendario Precios corrientes (miles euros)

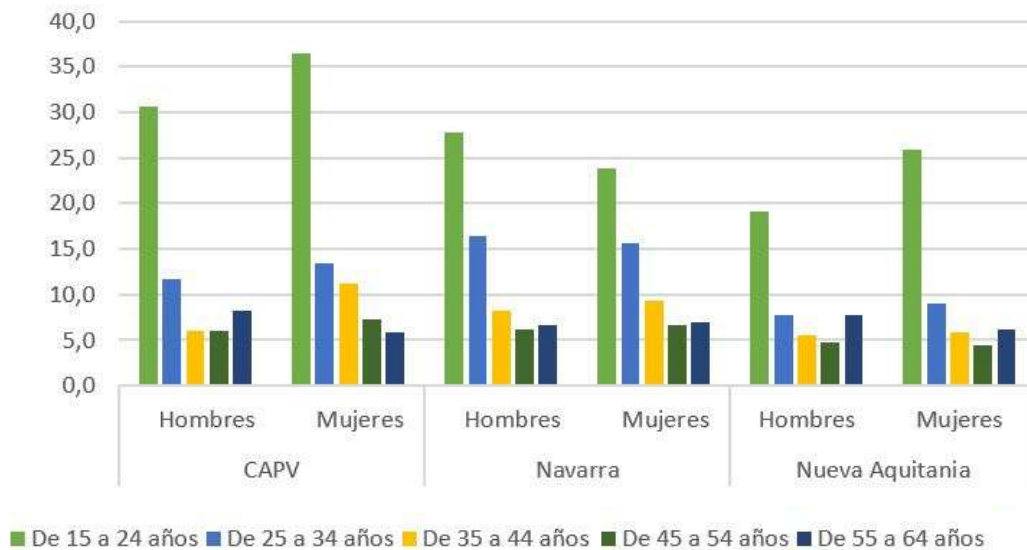
Fuente: Elaboración propia a partir de las Cuentas Corrientes Trimestrales. Eustat e Instituto de Estadística de Navarra

En Nueva Aquitania la pandemia llevó al cierre parcial o total de algunas actividades productivas con efectos heterogéneos sobre el territorio según las condiciones y el tipo de actividad predominante. No obstante, el descenso de la actividad ha sido ligeramente menor que en otras regiones, con una caída en el número de horas remuneradas de un 8,3%, frente al 9,4% a nivel nacional (Insee Analyses Nueva Aquitania, nº 98). Fuera del contexto de crisis, cabría destacar que, con un PIB de 177.000 millones de euros en 2018, Nueva Aquitania es la tercera región que más riqueza genera en Francia (7% del PIB nacional). No obstante, esta aportación es inferior al peso de su población y empleo (9%), con lo que el PIB per cápita es inferior a la media nacional. (INSEE Chiffres clé 2021).

Los datos de empleo para la CAPV y Navarra en el año 2019, anterior a la pandemia, situaban la tasa de paro en un 8,9% y un 9,4% en la CAPV, y un 7,4% y 9,2% en Navarra, para hombres y mujeres, respectivamente (Encuesta de Población Activa). En el año 2020, la tasa de paro se sitúa en un 8,7% y 10,5% en la CAPV, y un 10% y 10,1% en Navarra, para hombres y mujeres, respectivamente. Además, existen grandes diferencias en las tasas de paro según la edad, descendiendo la tasa a medida que aumenta la edad (Eurostat). En Nueva Aquitania, la población en edad de trabajar difiere del perfil nacional con una proporción mayor de jubilados y menor de estudiantes y otras personas inactivas. En el primer trimestre de 2021, la tasa de paro se sitúa en el 7,3% de la población activa, 1,2 puntos por debajo del promedio nacional (INSEE Chiffres clé 2021). El patrón por edad se sigue reproduciendo en esta región también.

RESULTADOS DE LA EIS

GRÁFICO 6: Tasas de paro por grupos de edad y sexo en la CAPV, Navarra y Nueva Aquitania, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de las Cuentas Corrientes Trimestrales. Eustat e Instituto de Estadística de Navarra

En cuanto a la tasa de paro de larga duración de la población de 16 a 74 años, la CAPV está delante del resto de países y regiones de la UE28, con una tasa de 4,8, y solo por detrás de países como Grecia, Italia y el Estado español en su conjunto (Eustat), y con un sesgo por género de 0,9 puntos porcentuales en contra de las mujeres. En Navarra, la tasa de paro de larga duración en julio de 2021 correspondía a un 4,9% (Observatorio de la Realidad Social de Navarra). En Nueva Aquitania, la crisis asociada a la Covid-19 ha agravado las tasas de desempleo de larga duración, especialmente en las zonas con tasas de desempleo ya elevadas. Entre finales de 2019 y finales de 2020 se observó un incremento del 9,1%, mientras en el periodo anterior se había registrado un descenso (Insee Analyses Nueva Aquitania, nº 98). En relación a la participación en el mercado laboral en 2019 según sexo, esta era más igualitaria que el promedio de la Unión Europea, registrando menores diferencias en las tasas de actividad y empleo: tan solo 5 puntos frente a los 12 a nivel europeo. Además, las mujeres de la región estaban más presentes en el mercado laboral, ya sea como población empleada o en paro (Insee Flash Nueva Aquitania nº 64, 2021).

La renta personal mediana en la CAPV en 2019 era de 21.020 euros, mientras en Navarra era de 19.837 euros. Esto supone una renta mediana en ambas CCAA superior a la renta del conjunto del Estado español, que asciende a 15.015 euros (INE). Sin embargo, dadas las desigualdades sociales, según la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV), un 15,3% y un 13% de las mujeres y los hombres declaraban tener dificultad para llegar a fin de mes en el hogar (ESCAV, 2018). De hecho, un 10% de la población de la CAPV y un 7,7% de la población en Navarra se encuentra en riesgo de pobreza (después de transferencias sociales, <60% de la renta mediana equivalente) (INE). En Nueva Aquitania, en 2018, 48,4% de la población tenía unos ingresos inferiores a 21.290 euros anuales, ligeramente por debajo de la mediana nacional de 21.650 euros. El número de personas bajo el umbral de la pobreza era no obstante inferior a la mediana nacional: 13,7% frente al 15,1% (Chiffres clé INSEE, 2021).

d. Condiciones de empleo y trabajo

La precariedad en el empleo presenta grandes desigualdades por edad, sexo y clase social. Con los datos disponibles para la CAPV, la precariedad laboral es más frecuente en personas jóvenes y mujeres. Así, un 44,7% y 77,3% de los hombres y las mujeres entre 15 y 24 años reportan sufrir precariedad, frente al 47,1% y 49,5% de los hombres y mujeres entre 64-74 años, respectivamente (ESCAV 2018).

En la región de Nueva Aquitania, el empleo femenino es también más precario: 5 de cada 20 mujeres trabajaban a tiempo parcial, frente a 1 de cada 20 hombres, y el 12% de las mujeres tienen contratos temporales de corta duración o subvencionados frente a tan solo 8% de los hombres. Por otro lado, a pesar de que la proporción de mujeres con estudios superiores era superior (4 de cada 10, frente a 3 de cada 10 hombres), los trabajos más cualificados los suelen ocupar por hombres y las mujeres desempeñan más a menudo trabajos por debajo de su cualificación (26% frente al 18% de los hombres). Finalmente, las mujeres en Nueva Aquitania se han visto especialmente afectada por la crisis Covid-19 en razón de los sectores que las emplean mayoritariamente: salud (99.400 sanitarias en primera línea); comercio (80% en autoservicios); y limpieza (72% de las personas empleadas) (Insee Flash Nueva Aquitania nº 64, 2021).

En cuanto a la distribución del trabajo reproductivo se refiere, las mujeres en la CAPV de cualquier edad dedican más horas semanales que los hombres a la realización de los trabajos domésticos y al cuidado de personas. El 59,4% de las mujeres dicen hacer siempre que se hacen los trabajos domésticos, frente al 30,6% de los hombres, y solo el 15,5% de las mujeres nunca las realiza, mientras en el caso de los hombres son el 26,2% (ESCAV 2018).

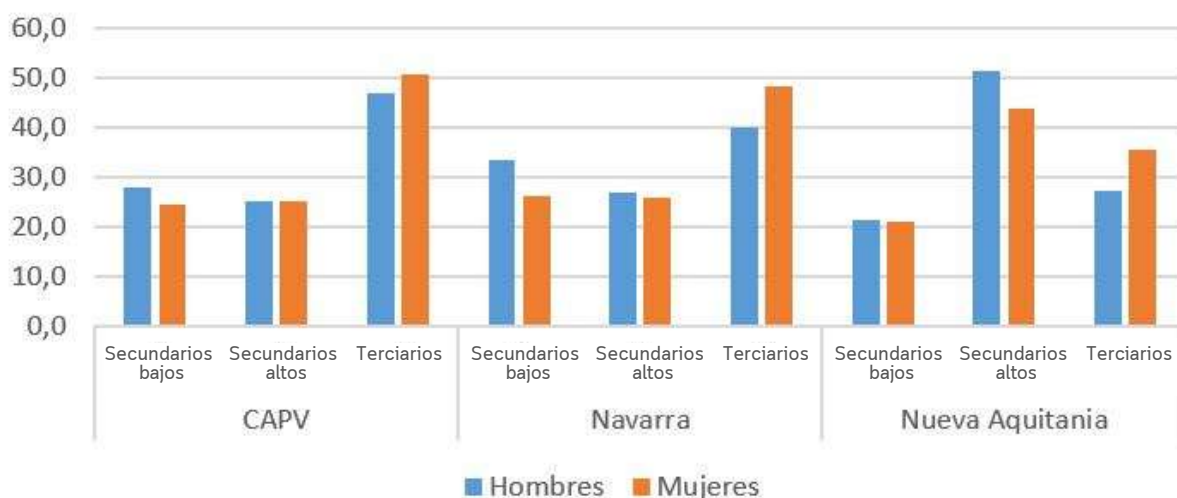
Tanto mujeres como hombres de 25 a 44 años son los/as que dedican más horas a estas tareas, pero con diferencias por sexo, 37 horas semanales las mujeres y 20 horas los hombres, desigualdad que se produce entre hombres y mujeres de todos los niveles educativos. (ESCAV 2018). En Navarra, según datos de la Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010 (últimos datos disponibles), el tiempo dedicado en las labores del hogar y familia es desigual por sexo. El 91,3% de las mujeres frente al 75,9% de los hombres dicen dedicar tiempo cada día tareas del hogar. A mayor nivel educativo, asimismo, y como tendencia general, son más las personas que dedican tiempo a lo largo del día a realizar este tipo de tareas, manteniéndose las diferencias entre hombres y mujeres (Instituto Estadística de Navarra).



e. Educación

El 46,9% de los hombres y el 50,4% de las mujeres de 15 a 64 años residentes en la CAPV tiene estudios de nivel terciario, mientras que el 27,9% y 24,5% cuenta con estudios secundarios inferiores y el 25,2% y 25,1% con estudios secundarios superiores. Esos porcentajes son similares en el caso de Navarra, con una proporción ligeramente mayor en los estudios secundarios inferiores y menor en los estudios terciarios, con el 33,5% de los hombres y el 26,2% de las mujeres con estudios secundarios inferiores, y un 39,8% y un 48% de estudios terciarios, respectivamente. En Nueva Aquitania, la proporción de personas con estudios terciarios en 2021 es sensiblemente menor que en Navarra y Euskadi, con un 27,3% de hombres y un 35,5% de mujeres. Además, el 51,2% de los hombres y el 43,6% de las mujeres tienen estudios secundarios superiores, y el 21,5% de los hombres y un 20,9% de las mujeres estudios de nivel secundario inferior (Chiffres clé INSEE 2021).

GRÁFICO 7: Población (entre 15 y 64 años) por nivel de estudios en la CAPV, Navarra y Nueva Aquitania. 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat

f. Desigualdades sociales y pobreza

Según la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales de Euskadi de 2020, se sigue dando una evolución negativa de los niveles de desigualdad, a pesar de que la CAPV se mantenga entre las sociedades con los menores niveles en Europa. Por un lado, en 2020 la población en riesgo de pobreza grave Eurostat (menos del 40% de la mediana) resultó ser un 98,6% superior con respecto a 2008, pasando de 66.540 personas afectadas en 2008 a 109.735 en 2018, y a 132.173 en 2020. En este sentido, el indicador de pobreza grave durante el periodo 2018-2020 supone en cambio la ruptura de la línea de estabilización que se observaba entre 2014 y 2018, con un aumento sustancial de la incidencia asociada a este indicador. Por su parte, la población en riesgo de pobreza relativa (menos del 60% de la mediana) resulta un 21,2% superior a la de 2008 (385.560 personas implicadas en 2020 por 318.161 en 2008).

RESULTADOS DE LA EIS

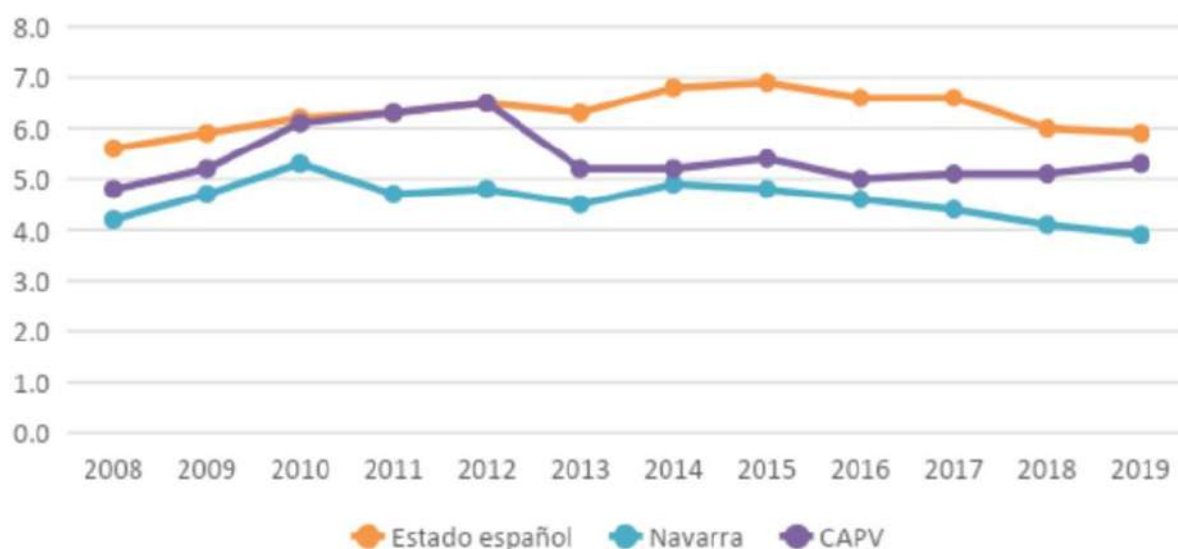
En Navarra, la tasa de riesgo de pobreza se situó en el 21,2% de la población navarra en el 2019, frente al 21,3% registrado en el 2018. Por edades, las tasas de riesgo de pobreza mayores se dan entre las personas menores de 16 años (8,3 puntos por encima de la población general), y entre mujeres fundamentalmente mayores de 65 años (12,6% Vs. 19% para mujeres y hombres de estas edades, respectivamente) (Estadística de la renta de la población navarra).

Los datos relativos a la CAPV muestran cómo a pesar de la reciente crisis económica ligada a la COVID-19, se da un incremento del peso del colectivo en máxima situación de bienestar hasta el 49,7% en 2020. Además, este avance vendría acompañado de una fuerte caída de las situaciones de precariedad en la dimensión de acumulación⁵ que se observa entre 2018 y 2020.

Sin embargo, las desigualdades se han visto incrementadas, como lo muestra el alza del coeficiente Gini del 25,8 al 26,7 en los años de 2016 a 2018. Tras reducirse en 2016 a 25,8, en 2018 el coeficiente de Gini vuelve a retomar la tendencia alcista para alcanzar un 26,7 en 2018 y un 28,2 en 2020. Esta tendencia se repite en cuanto a la ratio que relaciona los ingresos del 20% más rico de la población de la CAPV con los correspondientes al 20% más desfavorecido, la cual repunta a partir de 2008 hasta situarse en un 4,1 en 2018. En 2020, el indicador llega a 4,4, de nuevo en niveles históricamente máximos. (Encuesta de necesidades sociales 2020). En Navarra, los datos de 2019 muestran como el índice de Gini se situó en 29,5 registrando una disminución 0,4 con respecto al año anterior, indicando un descenso en la desigualdad de rentas (Instituto Estadística de Navarra).

La desigualdad en la distribución de ingresos, medida a través del cociente $S80/S20$,⁶ por su parte, ha continuado una tendencia desigual en la CAPV y Navarra, con una tendencia al alza y a la baja en la CAPV y Navarra, respectivamente, entre 2014 y 2018.

GRÁFICO 8: Desigualdad de ingresos ($S80/S20$) en la CAPV, Navarra y Estado español. 2008-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, INE

⁵ La precariedad en la dimensión de acumulación delimita una serie de situaciones de precariedad en la dimensión de acumulación. Incluyen aquellas situaciones carenciales que, no pudiendo ser asimiladas a realidades de pobreza, se caracterizan por la falta de acceso a los bienes y servicios de consumo a medio y largo plazo que se consideran habituales en la sociedad.

⁶ Se interpreta como la relación entre la renta media obtenida por el 20% de la población con la renta más alta (quintil más alto), en relación a la renta media obtenida por el 20% de la población con la renta más baja (quintil más bajo). (INE)

RESULTADOS DE LA EIS

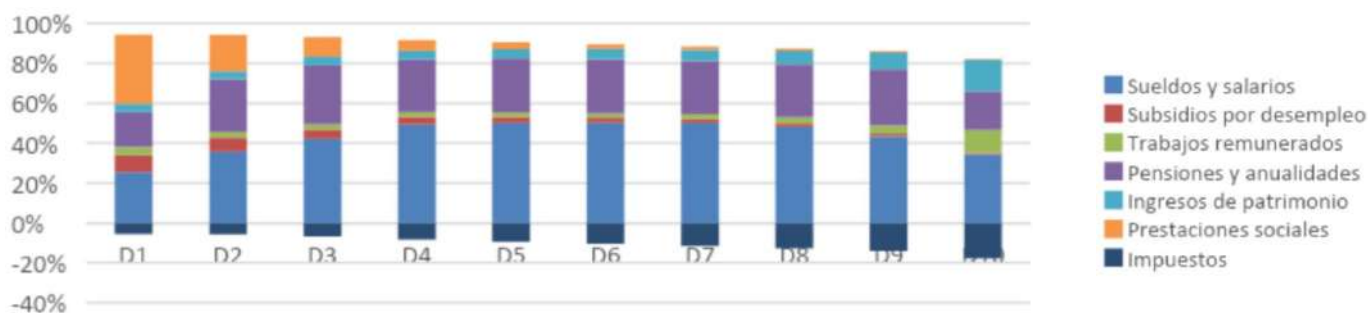
En la CAPV, las tasas de pobreza presentan características sociodemográficas concretas, siendo un 66,4% de las situaciones de pobreza real correspondientes a cuatro tipos específicos de hogares: los hogares de personas extranjeras procedentes de fuera de la Unión Europea (31,5%); los grupos familiares de personas mayores de 45 años sin ocupación estable (13,6%), este mismo tipo de grupos familiares cuando la persona titular sin ocupación estable es menor de 45 años (12,4%) y las familias monoparentales encabezadas por mujeres sin ocupación estable y menores de 45 años (10,7%) (Encuesta de necesidades sociales 2018).

En Navarra, por su parte, y atendiendo a su procedencia, el porcentaje de personas por debajo del umbral de riesgo de pobreza era del 16,3% para las de nacionalidad española, del 46,2% para las personas con nacionalidad de la Unión Europea (UE-27) exceptuando España, y del 65,3% para las personas cuya nacionalidad no era de un país de la UE-27 (Instituto Estadística de Navarra).

En Nueva Aquitania, en 2015 el 13,7% de la población vivía bajo el umbral de pobreza, un porcentaje que ascendía al 28,9% en hogares monoparentales. Por edades, el grupo más afectado era el de menores de 30 años con un 22,7%, a partir de esa edad la proporción va reduciéndose hasta llegar 9,5% para las personas entre 60-74 años, volviendo a subir al 10,9% para las que tienen 75 o más años. La pobreza estaba también más presente en zonas rurales y poco pobladas (con sobrerrepresentación de población mayor que vive sola) y en los barrios prioritarios de las zonas urbanas (con mayor representación de población joven, a menudo en paro y familias numerosas y/o monoparentales) donde se aglutinaban dos tercios de la población bajo el umbral de la pobreza (Insee Analyse Nouvelle Aquitaine n° 70, 2019).

En lo que se refiere a las desigualdades de renta, en 2015 éstas eran menos pronunciadas que en otras regiones francesas: la renta más baja del quintil más rico era 3,9 veces superior a la renta más alta del quintil más pobre. Por otra parte, la mitad de la población tenía una renta media inferior a 1.679 euros al mes, por debajo de las ocho primeras regiones francesas y de la media nacional de 1.714 euros. Además, el 10% de los hogares con menores ingresos vivía con menos de 926 euros al mes. Como reflejo de su difícil integración laboral, sus ingresos por trabajo constituían un tercio de su renta disponible, frente a dos tercios para el conjunto de los hogares al tiempo que la proporción de prestaciones por desempleo (9,6%) triplicaba la media regional (Insee Analyses Nueva Aquitania n° 70, 2019).

GRÁFICO 9: Composición del ingreso disponibles por deciles en Nueva Aquitania en 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Insee

Caracterización de la salud en Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania

a. Esperanza de vida y autovaloración de salud

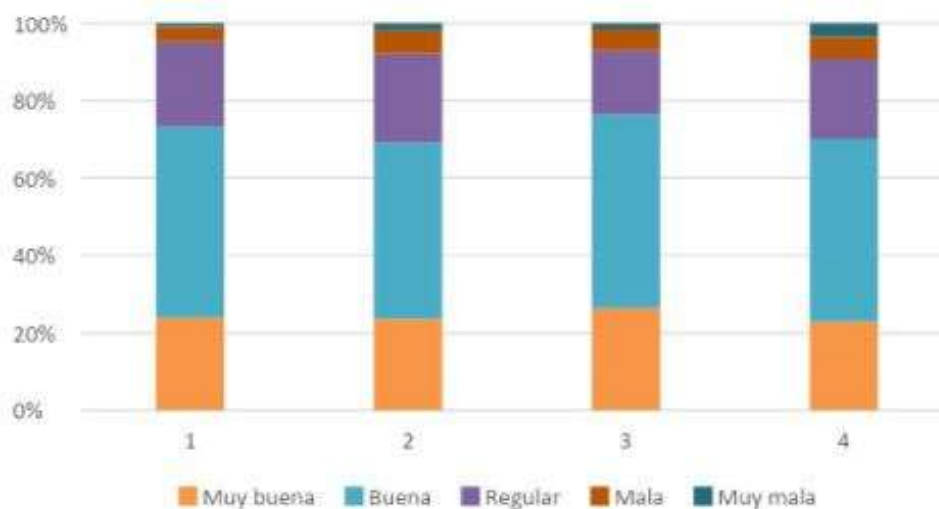
Con una esperanza de vida al nacer de 80,8 años en los hombres y 86,6 años en las mujeres en el año 2019, la CAPV se sitúa entre las regiones de Europa con la esperanza de vida más elevada. Y las proyecciones hasta 2030, anteriores a la pandemia, evidenciaban que la población vasca viviría aún más años, llegando a los 83,7 y 88,8 años en los hombres y las mujeres, respectivamente. En cuanto a la esperanza de vida a los 65 años en la CAPV, esta fue de 19,3 años en hombres y 24 en mujeres en el año 2019 (Eustat). Por otro lado, el número esperado de años libre de discapacidad había aumentado 1,2 años y disminuido 0,3 años en los hombres y las mujeres, respectivamente de 2013 a 2018 (ESCAV, 2018).

Las cifras en Navarra, quedan cerca, donde la esperanza de vida en 2019 era de 80,7 años y 86 años para hombres y mujeres, respectivamente (INE). En 2016, la esperanza de vida a los 65 años en Navarra era de 19,3 años en los hombres y de 23,5 años en las mujeres, mientras que los años de vida saludable a los 65 era de 11,7 años entre los hombres y 12,3 años entre las mujeres (Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra).

Nueva Aquitania, con una la esperanza de vida en 2020 es de 85,5 años para las mujeres y 79,6 años los hombres, se sitúa con Euskadi en los primeros puestos del ranquin de regiones europeas. Destacar además que la brecha en la esperanza de vida por sexo se ha reducido en 1,6 años en los últimos 15 años. Por otra parte, la esperanza de vida a 60 años es de 27,8 años para las mujeres y 23,4 años para los hombres, comparables al promedio nacional (INSEE, Chiffres clé, 2021).

En relación con la autovaloración de la salud, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2017 sobre la autovaloración de la salud indican que más del 70% de la población vasca y navarra valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Esta percepción subjetiva de buena salud es peor en el caso de las mujeres.

GRÁFICO 10: Autovaloración de la salud por sexo en la CAPV y Navarra. 2017

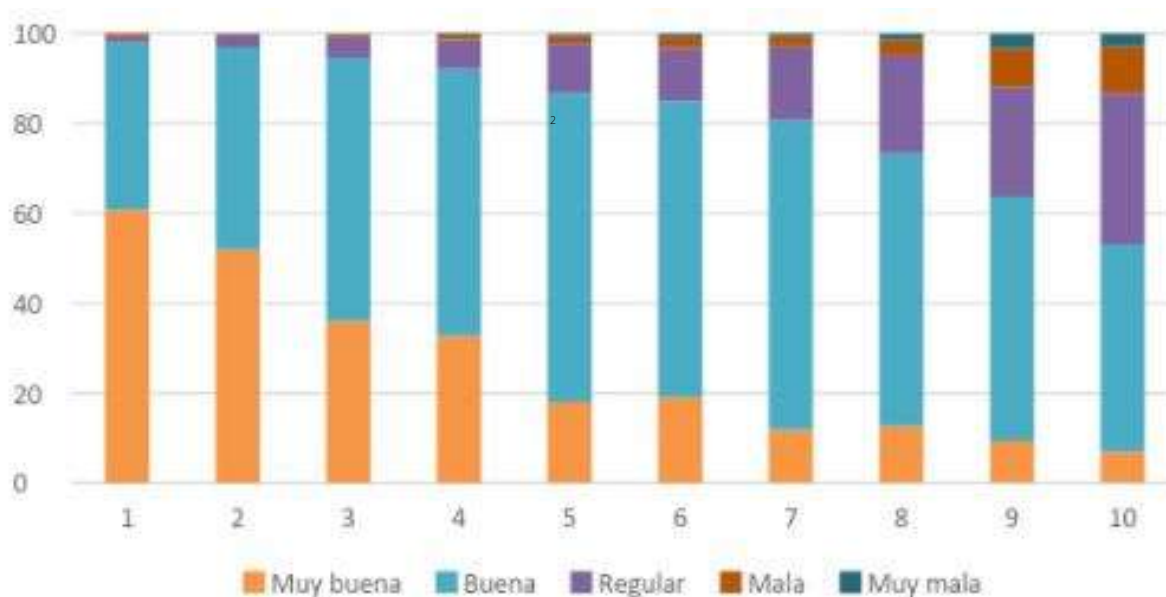


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2017

RESULTADOS DE LA EIS

En Euskadi, con datos de la Encuesta de Salud del País Vasco, la percepción de la salud es peor a medida que aumenta la edad, especialmente en las personas mayores de 75 años, así como entre las personas de clase social más baja y menor nivel de estudios (ESCAV, 2018).

GRÁFICO 11: Autovaloración de la salud por grupos de edad y sexo en la CAPV. 2018



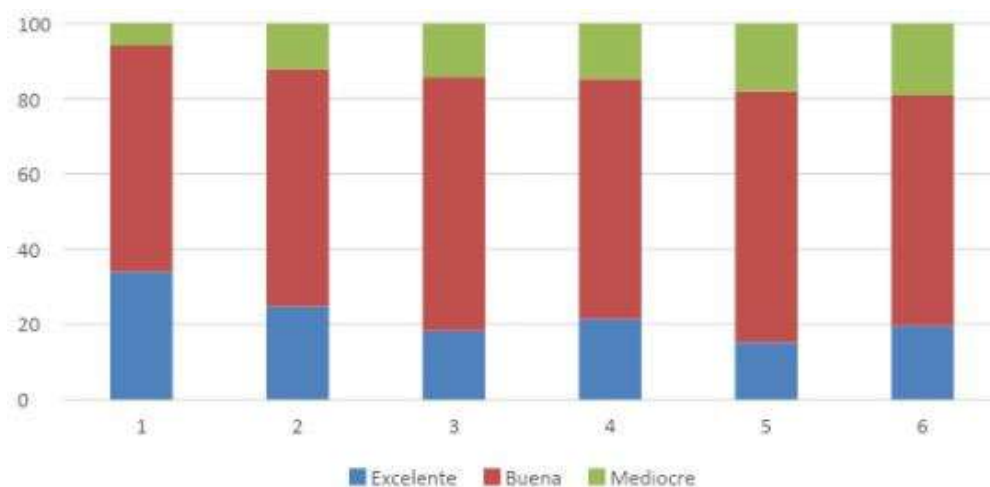
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

En Navarra, con datos de la ENSE 2017, los datos siguen un mismo patrón: las mujeres y las personas de más edad, reportan con más probabilidad no tener una salud buena o muy buena. Entre la población de 15 y más años, el 76,1% de los hombres, frente al 70,1% de las mujeres reportan tener un estado de salud muy bueno o bueno. Solo en el grupo de personas mayores de 45 años se empieza a indicar más frecuentemente un estado de salud regular o malo (ENSE, 2017).

En Nueva Aquitania, los resultados la encuesta Zoom Santé 2018⁷ revelan que el 21% de la población encuestada califica su salud como excelente o muy buena, el 64,4% buena y el 14,8% mediocre o mala. Como en los otros dos territorios se observa una mejor percepción del estado de salud en población masculina y población más joven. Otras variables que inciden sobre este indicador son el sexo, la edad, la ocupación, el nivel de formación, la estructura del hogar y el departamento de residencia. Así, las mayores proporciones de quienes califican su salud como mediocre o mala se registran entre las personas inactivas o estudiantes (27%), seguidas por personas con estudios primarios (21%), personas que viven solas (20%), jubiladas (19%) y, finalmente, las residentes en municipios pequeños, trabajadores/as manuales y desempleados/as (17%).

⁷ La precariedad en la dimensión de acumulación delimita una serie de situaciones de precariedad en la dimensión de acumulación. Incluyen aquellas situaciones carenciales que, no pudiendo ser asimiladas a realidades de pobreza, se caracterizan por la falta de acceso a los bienes y servicios de consumo a medio y largo plazo que se consideran habituales en la sociedad.

GRÁFICO 12: Percepción de la salud según edad y sexo en Nueva Aquitania, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta Zoom Santé 2018

b. Problemas de salud crónicos

Junto con el envejecimiento poblacional, el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas es uno de los factores a considerar en el estudio de la salud poblacional en el último siglo. El 42 y 46% de los hombres y las mujeres, respectivamente, sufre de al menos una enfermedad crónica en la CAPV, siendo mayor la prevalencia en el caso de personas más avanzadas en edad (ESCAV, 2018). En Navarra, con datos de la ENSE 2017, el 33 y 32% de los hombres y las mujeres, respectivamente, tienen algún problema crónico (ENSE, 2017).

En la CAPV, la hipertensión (15,9 y 15,7% de prevalencia en hombres y mujeres, respectivamente) y el colesterol (12,4 y 11,1% de prevalencia en hombres y mujeres, respectivamente) son las enfermedades más comunes. En el caso de las mujeres, les siguen las enfermedades reumatológicas: la artrosis y el dolor dorsal (con un 9,6 y 6,8% de prevalencia). En el caso de los hombres, la diabetes y los problemas crónicos de corazón (5,8 y 4,5% de prevalencia, respectivamente) (ESCAV, 2018).

Los datos en Navarra muestran que también la hipertensión (24,4 y 17,9% de prevalencia en hombres y mujeres, respectivamente) y el colesterol alto (21,7 y 20,7% de prevalencia en hombres y mujeres, respectivamente) son de los problemas de salud crónicos más prevalentes en ambos sexos. Además, en el caso de los hombres destacan también las alergias crónicas (20,4%) y el dolor lumbar (12,9%). Y en las mujeres, son la artrosis (25,5%), el dolor lumbar (22,8%) y las migrañas (15,1%) (ENSE, 2017).

En Nueva Aquitania, casi una de cada cinco personas acudió en 2015 al menos una vez a una consulta por una enfermedad de larga duración (en sus siglas en francés, ALD)⁸. La prevalencia de este tipo de enfermedades (16,6%) es ligeramente inferior al promedio nacional (17,3%). La mayoría (57,5%) de las personas con una ALD tienen 65 años o más, el 39,4% entre 18 y 64 años y el 3,1% menos de 18 años. Entre las 11 ALD más prevalentes en Nueva Aquitania se incluyen las cardio-neurovasculares, la hipertensión, la enfermedad de Alzheimer, la insuficiencia respiratoria grave y las enfermedades neurológicas y musculares (ARS-NA 2017)⁹

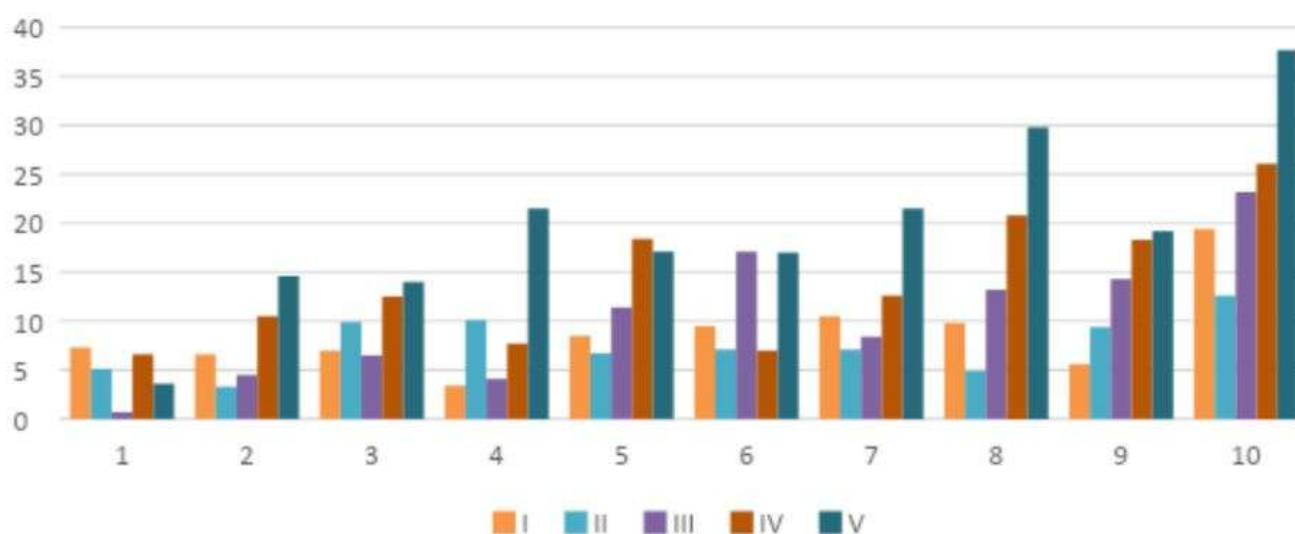
⁸ Según el Código francés de la Seguridad Social las enfermedades de larga duración son aquellas que implican un tratamiento prolongado y una terapia especialmente costosa. Las tres principales causas de atención de una persona con ALD, en Francia como en Nueva Aquitania, son: diabetes, tumores malignos y afecciones malignas del tejido linfático o hematopoyético, psicosis, trastornos graves de la personalidad y discapacidad cognitiva.

⁹ Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. Diagnostic régional Nouvelle Aquitaine. Projet Régional de Santé 2018-2028. ARS NA, sept 2017

c. Salud mental

En cuanto a la salud mental, a pesar del descenso en el último periodo, el 16,5 y el 9,3% de las mujeres y hombres, respectivamente, presentan síntomas de depresión o ansiedad. A este respecto, destaca el desigual impacto de estas dolencias entre el colectivo de más de 75 años, las mujeres, los colectivos de menor clase social y menor nivel de estudios. Las personas que viven en entornos desfavorecidos tienen casi tres veces más de probabilidades de tener estos síntomas (ESCAV, 2018).

GRÁFICO 13: Prevalencia de ansiedad y depresión en la población por sexo, edad y clase social, CAPV 2018

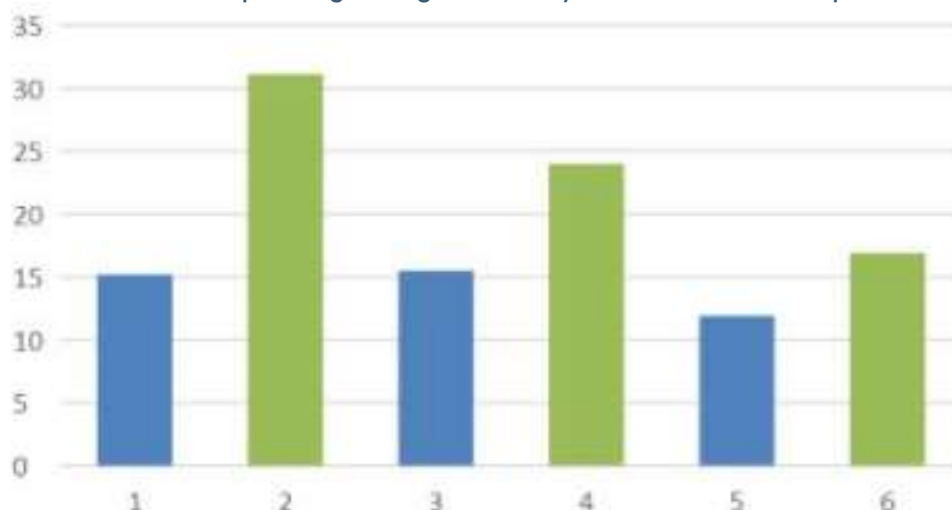


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

En Navarra, a partir de los datos de la Encuesta de Salud Nacional 2017, se ve que la prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta (15 o más años) es mayor en las mujeres que en los hombres, un 13% frente al 8,4% de estos últimos. Asimismo, una mayor proporción de mujeres se encuentra en riesgo de mala salud mental en comparación con los hombres (22,6 vs. 15,2%, respectivamente) (Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra).

En Nueva Aquitania, según los datos de la encuesta Zoom Santé 2018, las mujeres declaran en mayor medida que los hombres afrontar situaciones de sufrimiento psíquico independientemente de la edad (25% vs 14%). Esta diferencia afecta en mayor medida a las mujeres entre 18-19 años y se reduce con la edad. Además, las personas desempleadas y aquellas con estudios primarios declaran una mayor prevalencia sufrir estas situaciones. Por otra parte, el 7,1% de las personas encuestadas había tenido pensamientos suicidas en el último año, el 4,3% una vez y el 2,7% varias veces. La prevalencia es mayor entre las mujeres (9% vs. 5% de los hombres), las personas de 40-59 años (9%), las solteras (10%), los/as estudiantes (13%) y los/as desempleados (12%).

GRÁFICO 14: Sufrimiento psicológico según el sexo y la edad en Nueva Aquitania, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Zoom Santé 2018

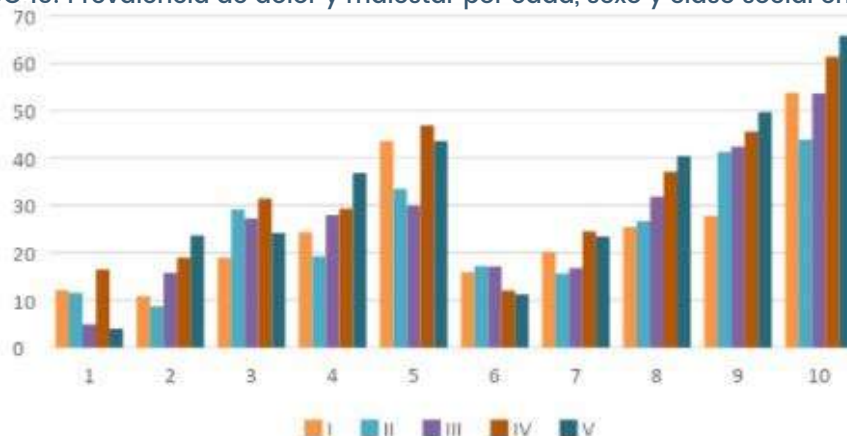
d. Calidad de vida y dependencia

En la CAPV, el 9 y 11% de los hombres y de las mujeres, respectivamente, tienen alguna limitación para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, cuya prevalencia aumenta en personas con más de 75 años. Además, un 15% de la población de 70 y más años necesita ayuda para la realización de actividades básicas de la vida cotidiana como el cuidado personal, también de forma más prevalente entre mujeres (12% hombres vs. 17% mujeres) (ESCAV 2018).

En Navarra, el 19,8% y el 26,4% de los hombres y mujeres, respectivamente, presentan limitaciones para la realización de actividades diarias. Las personas mayores de 64 años, presentan dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en un 3% los hombres y en un 10,6% las mujeres (ENSE 2017).

El dolor y/o malestar se presentan como una de los problemas que más inciden en la calidad de vida de las personas, y afecta al 24% de los hombres y al 33% de las mujeres, así como a las personas con más edad y clase social más desfavorecida (ESCAV, 2018).

GRÁFICO 15: Prevalencia de dolor y malestar por edad, sexo y clase social en la CAPV

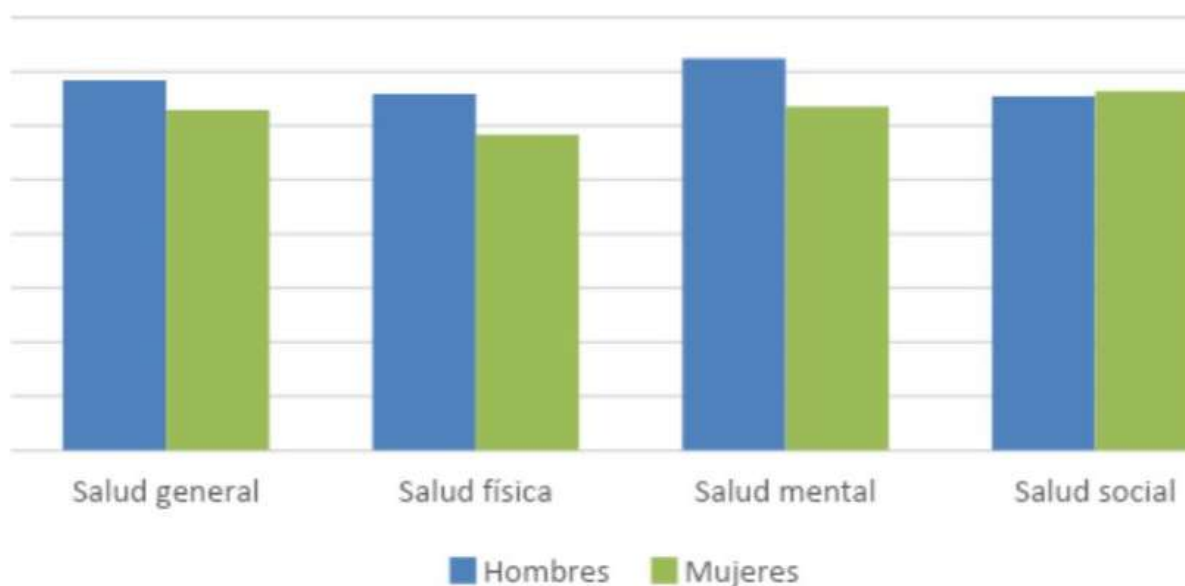


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

RESULTADOS DE LA EIS

En Nueva Aquitania, según la encuesta Zoom Santé 2018 el 25% de las personas encuestadas declara tener dificultades para la realización de actividades de la vida diaria y el 8% limitaciones importantes. Esta proporción es mayor entre las personas de 60 y más años (34%), las personas que viven en municipios con menos de 25.000 habitantes (25%), así como las inactivas, jubiladas y desempleadas (34%). La encuesta aporta también algunos resultados sobre la percepción de calidad de vida medida a través de la Escala de Duke, con 17 ítems relativos a la salud física, mental y social con una puntuación máxima de 100 como percepción óptima de calidad de vida. Según esta escala, los hombres tienen una percepción de calidad de vida más elevada que las mujeres, con diferencias más marcadas en relación con la salud física y mental, mientras que en la salud social no se observan diferencias significativas según sexo.

GRÁFICO 16: Prevalencia de dolor y malestar por edad, sexo y clase social en la CAPV



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Zoom Santé 2018

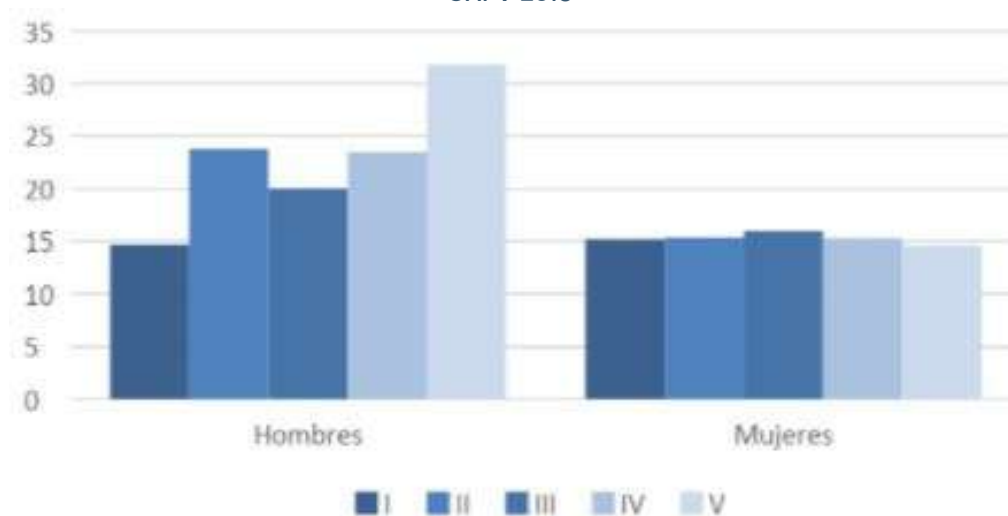
e. Determinantes sociales de la salud

Consumo de tabaco y alcohol

En la CAPV, a pesar de la continua caída del consumo de tabaco en los últimos años, la prevalencia de tabaquismo en 2018 sigue siendo del 20% y 14% en hombres y mujeres, respectivamente, habiendo una gran diferencia en función del entorno social. En las clases más favorecidas el 12% de los hombres es fumador, frente al 30% de los de nivel socioeconómico más bajo. En las mujeres no se registran grandes diferencias. La exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) ha disminuido también, siendo mayor la exposición en los hombres que en las mujeres (ESCAV, 2018).

RESULTADOS DE LA EIS

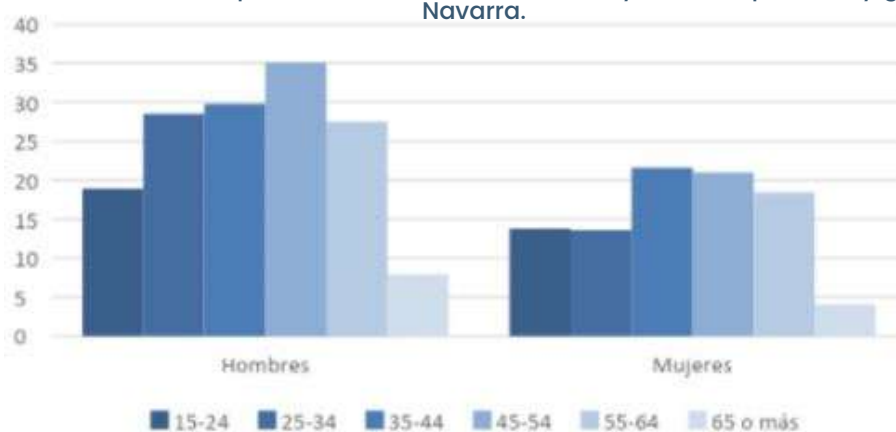
GRÁFICO 17: Distribución de la población fumadora ocasional y habitual por sexo y clase social, CAPV 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

En Navarra, según la Encuesta Social y de Condiciones de Vida Navarra de 2017 (ESyCV), fuma a diario el 19,5% de la población navarra mayor de 15 años, el 24,4% de los hombres y el 14,6% de las mujeres. La mayor prevalencia se da en el grupo de edad de 45 a 54 años, alcanzando en hombres el 35,1% y en mujeres el 21% (ESyCV 2017).

GRÁFICO 18: Distribución de la población fumadora ocasional y habitual por sexo y grupos de edad, Navarra.



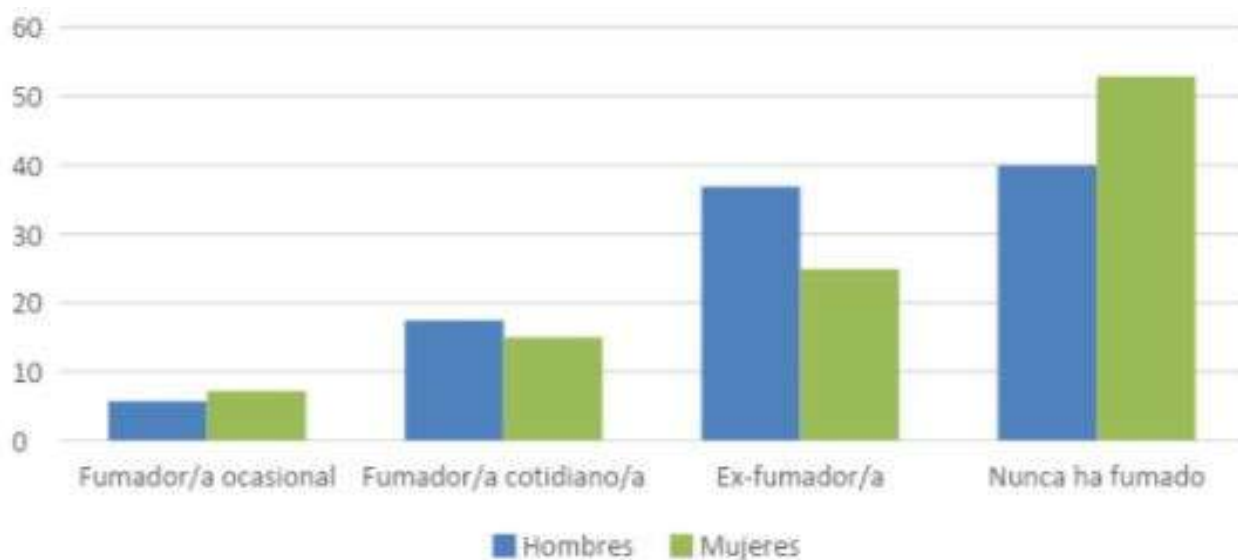
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

Asimismo, al igual que en la CAPV, en Navarra existen diferencias en el consumo de tabaco según nivel de estudios y clase social ocupacional. La prevalencia de tabaquismo es un 65% mayor en la población con estudios primarios que en la población con estudios superiores, y la proporción de personas fumadoras en las clases sociales menos favorecidas es un 40% mayor que en la clase social más alta (ESyCV 2017).

En Nueva Aquitania, la encuesta Zoom Santé 2018 revela que el 22,4% de las personas mayores de 18 años eran fumadoras (23,1% hombres vs. 22,2% mujeres). Los resultados relativos a la frecuencia del consumo arrojan diferencias más importantes según sexo. Así, el 16,4% de las personas encuestadas declaraba fumar diariamente (17,4% hombres vs. 15% mujeres), el 30,6% exfumadora (36,9% hombres vs. 24,9% mujeres), mientras que el 47% no fumaba (40% hombres y 52,9% mujeres).

RESULTADOS DE LA EIS

GRÁFICO 19: Distribución de la población fumadora y no fumadora en Nueva Aquitania según sexo (%), 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta Zoom Santé 2018

Como en Navarra, en Nueva Aquitania se observan también diferencias según la edad, con una prevalencia de fumadores habituales más elevada entre las personas de 40 a 59 años (22%), un porcentaje que va disminuyendo con la edad hasta alcanzar el 7% entre las personas de 60 años y más. También se observan diferencias según la ocupación, con una mayor prevalencia entre las personas inactivas y estudiantes (26%), trabajadoras manuales (25%), desempleadas (22%) y empleadas en la agricultura y artesanía (21%). Las prevalencias más bajas se observan en personas jubiladas (7%), en puestos directivos y cuadros superiores (9%). Finalmente, como en los otros dos territorios, también se aprecian diferencias según el nivel de estudios, con una prevalencia menor entre personas con estudios terciarios (11%) frente a aquellas con estudios secundarios (18%) o primarios (20%) (Enquête Zoom Santé 2018).

Respecto al consumo de alcohol, los datos de la ESCAV del año 2018 indican que el 56% de los hombres y el 35% de las mujeres personas consideradas como bebedoras habituales en la CAPV. El consumo de alcohol de alto riesgo es mayor en las clases sociales más favorecidas (18,9 y 9,6% en las clases más y menos favorecidas, respectivamente), y aumenta también con el nivel de estudios (15,7 y 9% en los grupos con nivel de estudios terciarios y sin estudios o primarios, respectivamente) (ESCAV, 2018).

Con respecto a Navarra, de las personas que bebían una vez por semana el 37,7% eran mujeres y el 57,6% hombres (ENSE, 2017), mientras que el consumo de riesgo se situaba en un 2,8% de las mujeres y un 3,3% de los hombres (Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra). Asimismo, los hombres de clase social II presentan la prevalencia más alta de consumo de alcohol superior a 100 g/semana, un 55% más en comparación a la población de clase social más alta (clase I). Entre las mujeres, en cambio, los datos apuntan a consumos menores en la población de clase social II-III y especialmente en la población de la clase social más baja (clase IV) (ESyCV 2017).

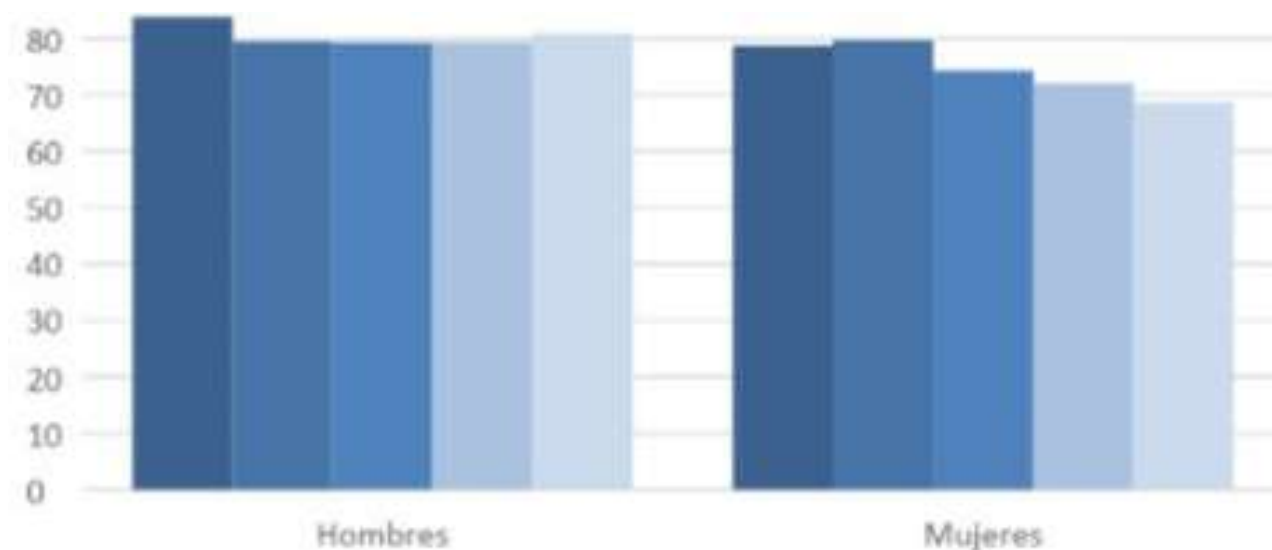
RESULTADOS DE LA EIS

En Nueva Aquitania, según la encuesta Zoom Santé 2018, el 81,4% de la población consultada consume alcohol: 18,5% ocasionalmente, 30,2% al menos de una vez al mes, 23,3% al menos una vez a la semana y un 9,5% al menos una vez al día. Existen claras diferencias según sexo, con mayor consumo entre los hombres, en particular aquellos que consumen diariamente, con una prevalencia 3 veces mayor que las mujeres (15% vs 4%). Además, este consumo aumenta con la edad, pasando del 2% para las personas de 18 a 39 años al 7% para las personas de 40 a 59 años y 19% para las mayores de 60 años. En relación al consumo abusivo, el 36% declaran haber consumido al menos 6 bebidas en la misma ocasión en los últimos 12 meses. Una vez más, se observan diferencias importantes según el sexo: 46% de los hombres vs. 26% las mujeres). La edad, el nivel de estudios y la ocupación inciden igualmente en las pautas de consumo abusivo de alcohol, con prevalencias más elevadas entre los más jóvenes (48% de los que tienen entre 18 y 39 años, frente al 38% entre 40 y 59 años y el 21,7% con 60 años o más). Además, este consumo es más frecuente entre las personas en paro (55%), mientras que las diferencias son menores según el nivel de estudios: 39% entre personas con estudios superiores frente al 33% y 34%, respectivamente, entre aquellas con estudios secundarios y primarios.

Actividad física

La prevalencia de la población físicamente activa es de un 80 y un 75%, en hombres y mujeres, respectivamente, para el año 2018, aunque se observan diferencias entre mujeres de distintos grupos de nivel socioeconómico (75% de las mujeres del grupo más favorecido son activas vs. el 70% en las mujeres de la clase social menos favorecida). Este gradiente se replica entre grupos de personas con mayor nivel de estudios, siendo las personas con estudios universitarios más activas que las que tienen estudios primarios (el 79 y 81% de los hombres y las mujeres vs. el 73% de los hombres y las mujeres, respectivamente) (ESCAV, 2018).

GRÁFICO 20: Prevalencia de la población físicamente activa por sexo y nivel socioeconómico, CAPV 2018

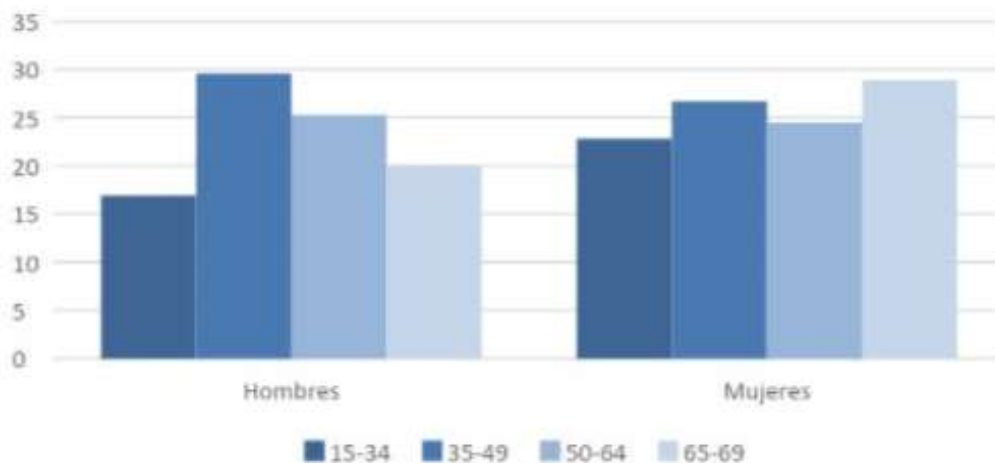


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

RESULTADOS DE LA EIS

Con respecto a los datos recogidos en Navarra en 2017, se repiten los mismos patrones de desigualdad en relación al sexo y edad de las personas. En la población entre 15 y 69 años, un 23,9% de los hombres y un 25,1% de las mujeres son inactivos o presentan un nivel bajo de actividad física de acuerdo al Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Por edad, el grupo con mayor proporción de personas inactivas es el de 35 a 49 años (28,2%) y con menor, el de 15- 34 años (19,8%). La inactividad y el nivel bajo de actividad es más frecuente en mujeres que en hombres, principalmente por debajo de 34 años (6 puntos porcentuales) y por encima de 65 años (9 puntos porcentuales) (ESyCV, 2017).

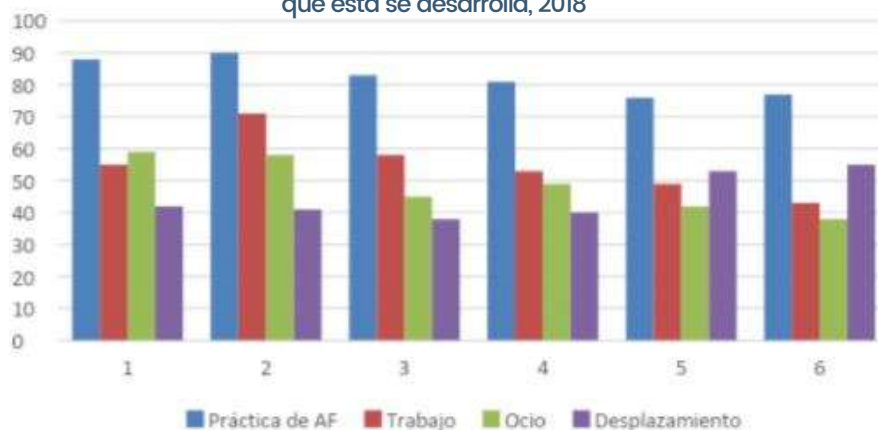
GRÁFICO 21: Prevalencias de inactividad o nivel bajo de actividad entre población navarra de 15 a 69 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESyCV 2017

En Nueva Aquitania, el 81% de las personas que han participado a la encuesta Zoom Santé 2018 realiza una actividad física semanalmente. Esta actividad física se asocia a la actividad profesional o doméstica (54%), a la práctica de un deporte o una actividad de ocio (48%), o a una movilidad activa (43%). El tiempo medio declarado es 1h56min por día: 74 minutos en relación con la actividad profesional o doméstica (64% del tiempo total declarado), 22 minutos para deportes u ocio (19% del tiempo total) y 20 minutos en desplazamientos (18% del tiempo total). No se han encontrado diferencias significativas en la práctica de una actividad física según sexo, pero sí según la edad con una práctica más frecuente entre lo más jóvenes: 89% de las personas entre 18-39 años, 82% entre 40-59 años y 76% entre aquellas con 60 años y más).

GRÁFICO 22: Prevalencias de la práctica de una actividad física en Nueva Aquitania según sexo, edad y contexto en el que ésta se desarrolla, 2018



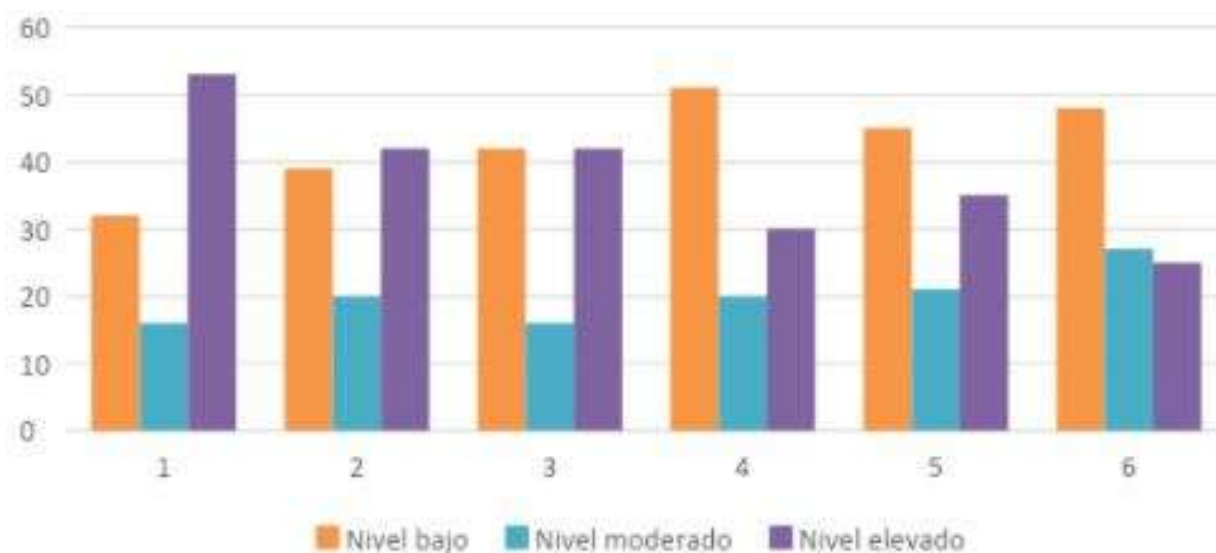
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de Zoom Santé 2018

RESULTADOS DE LA EIS

Además, el nivel de actividad física aumenta con el nivel de estudios independientemente del tipo de actividad declarada (74% para las personas con estudios primarios frente 88% entre quienes tienen estudios superiores). También se observan diferencias según el lugar de residencia y la ocupación, con mayores prevalencias en municipios de más de 25.000 habitantes (84% vs 78% entre los más pequeños) y ligeramente superiores entre las personas en paro (87% vs. 84% de las empleadas).

Finalmente, la encuesta Zoom Santé 2018 también revela algunas diferencias en la intensidad de la actividad física realizada según sexo y edad: los hombres son más propensos que las mujeres a alcanzar niveles más intensos de actividad (42% vs 33%) y la proporción de personas que declaran este nivel de intensidad desciende con la edad (46% entre 18-39, 36% entre 40-59 años y 30% los de 60 años o más). Por otra parte, los obreros (51%), los parados (48,1%) y los agricultores y artesanos (48%) declaran prevalencias más elevadas en relación a la práctica de una actividad física intensa. En el otro extremo, las personas en puestos directivos y cuadros superiores (49,2%), los empleados (47,8%), las personas con estudios primarios (48%), y las desempleadas y estudiantes (46,5%), declaran en mayor proporción niveles bajos de actividad.

GRÁFICO 23: Nivel de actividad física según sexo y edad en Nueva Aquitania, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta Zoom Santé 2018

Obesidad

El 14 y 11% de los hombres y las mujeres en la CAPV tienen obesidad. Su distribución es desigual, y aumenta con la edad (25,9 vs. 24,6% de hombres y mujeres, respectivamente), según disminuye la clase social (26 y 24,4% para personas en clase sociales más y menos desfavorecidas, respectivamente), así como al disminuir el nivel de estudios. El 18% de los hombres y el 14% de las mujeres con estudios primarios tiene obesidad frente al 8% de los hombres y el 7% de las mujeres con estudios universitarios (ESCAV, 2018).

En Navarra, a partir de los datos de la ENSE 2017, el 13,8 y 17% de mujeres y hombres de 18 y más años tienen obesidad. Además, un 27,5% de las mujeres y un 43,6% de los hombres tienen sobrepeso. Entre la población infantil, el 15,6% de las niñas y el 11,5% de los niños entre 2 y 17 años tienen sobrepeso, además de un 1,4 y un 1,5% tienen obesidad (Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra).

En Aquitania, según la encuesta Zoom Santé 2018, el 3,4% de la población presenta delgadez, el 49,9% una complexión física normal, el 32,4% sobrepeso y el 14,6% obesidad. Se aprecian diferencias importantes según el sexo, siendo el sobrepeso sensiblemente mayor en los hombres que en las mujeres (59% vs. 36%). Además, el sobrepeso aumenta con la edad, independientemente del sexo: el 35% de los jóvenes de 18 a 39 años tienen sobrepeso, el 47% de las personas entre 40-59 años y el 56% de las que tienen 60 y más años. También se aprecian diferencias notables según la ocupación, el lugar de residencia y el nivel educativo, registrándose mayores prevalencias entre los/as trabajadores manuales (54%), las personas que viven en zonas rurales (52%) y aquellas con estudios primarios (56%).

Alimentación saludable

En la CAPV, la prevalencia de consumo de fruta y verdura diaria es mayor en las mujeres que en los hombres (76,6 vs. 67,9% de mujeres y hombres, y 37,5 vs. 27,3% de mujeres y hombres consumen fruta y verdura a diario, respectivamente). La prevalencia de consumo de frutas y/o verduras diarias aumenta con el nivel de estudios en ambos sexos: el 72% de los hombres y el 84% de las mujeres universitarios/as come fruta y/o verdura a diario frente al 67 y al 81%, respectivamente, de los hombres y de las mujeres con estudios primarios. El consumo de refrescos con azúcar, también disminuye con la edad y en grupos de personas con niveles de estudio superiores (ESCAV, 2018).

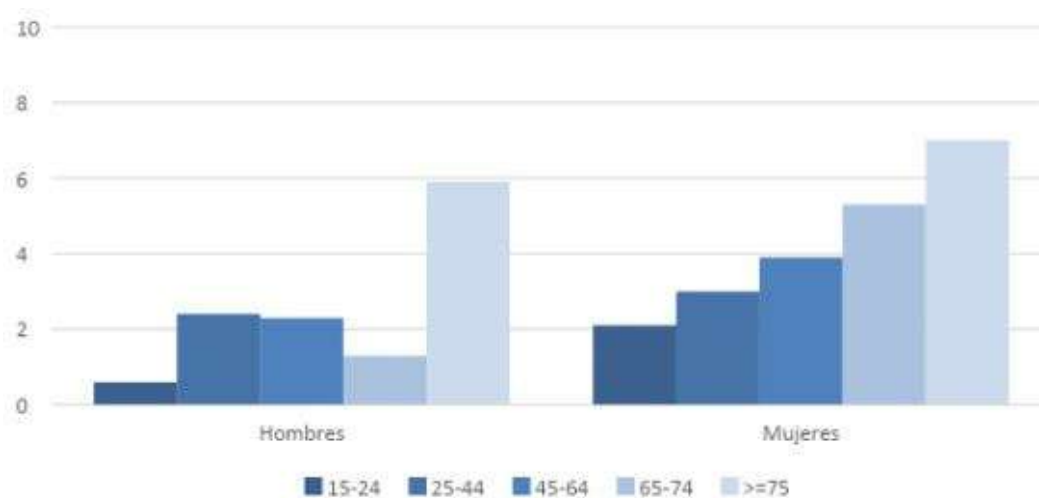
En Navarra, de acuerdo con la ESyCV 2017, entre las personas de 15 y más años consumen a diario fruta el 62,1% (54,5% de los hombres y 69,5% de las mujeres), verduras, ensaladas y hortalizas el 42,0% (35,0% de los hombres y 48,9% de las mujeres) y combinan ambos consumos diarios el 34,1% (26,3% de los hombres y 41,7% de las mujeres). Esta prevalencia en el consumo se incrementa con la edad (ESyCV, 2017).

En Nueva Aquitania, según la encuesta Zoom Santé 2018, ocho de cada diez personas consideran que su dieta es equilibrada: un 6% muy equilibrada y un 74% bastante equilibrada. Por el contrario, el 15% la estima desequilibrada y el 3% muy desequilibrada. Los hombres declaran con mayor frecuencia seguir una dieta poco equilibrada (20% vs. 18%), mientras que la proporción de quienes declaran seguir una dieta equilibrada aumentan con la edad: 75% entre las personas de 18 a 39 años, 77% de 40 a 59 años y 87% para personas de 60 años o más. También se registran diferencias según ocupación: los trabajadores manuales (29%), las personas desempleadas y estudiantes (28%) y las asalariadas (25%) estiman en mayor proporción que su dieta es desequilibrada. Las personas que viven solas también declaran con mayor frecuencia una dieta desequilibrada (23%).

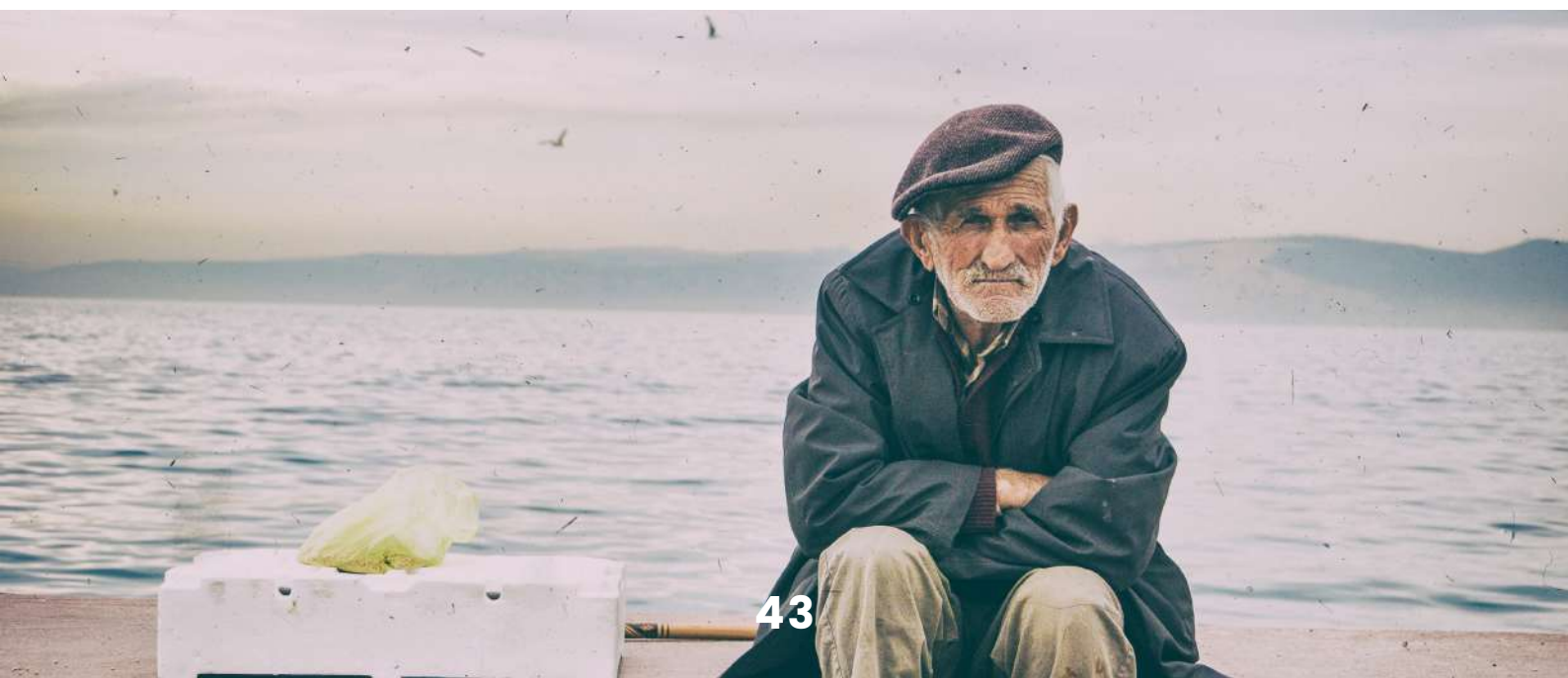
Apoyo y soledad

En la CAPV, las mujeres reportan mayor o igual nivel de falta de apoyo confidencial que los hombres en todas las clases sociales, y en general, los niveles de la falta de apoyo social, confidencial y afectivo, aumentan al disminuir la clase social. Además, el 29,7% de las mujeres y al 23,3% de los hombres se verían afectados por la sensación de soledad no deseada, siendo el riesgo de sentirse solo o sola desigual también según la posición socioeconómica. La prevalencia de soledad (siempre o a menudo) es significativamente mayor entre las personas de clase social más baja (2,5 vs. 5,6% en personas de clase social más y menos desfavorecidas, respectivamente). Por grupos de edad, son las personas de más edad las que reportan con más frecuencia sentimientos de soledad siempre o a menudo (el 6,6% de las personas de 75 años o más, frente al 1,3% de las personas entre 15-24 años) (ESCAV, 2018)

GRÁFICO 24: Prevalencia de personas que se sienten solas siempre o a menudo por sexo y edad, CAPV 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018



2.1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA COVID-19

2.1.2.1 Irrupción de la pandemia de la COVID-19 y respuesta de los poderes públicos

Durante los primeros días de 2020, tras el aumento en China de los casos de contagio derivados de un virus hasta ese momento desconocido, se identificó un nuevo tipo de coronavirus, denominado a partir de entonces SARS-CoV-2 y precursor de la enfermedad COVID-19. El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), y con la expansión del virus a nivel internacional, el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como una pandemia global.

Para hacer frente a la rápida propagación del virus, distintos países pusieron en marcha medidas inmediatas y drásticas. En el Estado español, durante los primeros días de marzo de 2020 se comenzaron a restringir las visitas a residencias de mayores y a cerrar, tanto los centros de días, como los centros escolares de diversas regiones. Con el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo (8), se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), el Consejo de Gobierno, en reunión extraordinaria celebrada el día 13 de marzo de 2020, adoptó la decisión de activar formalmente el Plan de Protección Civil de Euskadi, Larrialdiei Aurregiteko Bidea-LABI. Por su parte, en Navarra, tras la declaración del estado de alarma en el Estado español, el Decreto-ley Foral 1/ 2020, de 18 de marzo (9), aprobó medidas urgentes para responder a la propagación del virus y la crisis generada.

A nivel estatal, tras la declaración del estado de alarma del 14 marzo, sucesivos decretos implantaron medidas con el fin de limitar la transmisión del virus en la población. Entre las múltiples medidas iniciales, se decretó el confinamiento domiciliario, la restricción de la movilidad y suspensión de la mayor parte de la actividad económica, exceptuándose los establecidos como servicios esenciales, así como el cierre de las escuelas y centros educativos. Semanas después, a principios del mes de mayo, se iniciaría el proceso denominado de “desescalada” (10), recuperando paulatinamente la vida cotidiana y la actividad económica. Se fueron progresivamente flexibilizando las salidas y permisos para el ejercicio físico, permitiendo la apertura de locales y establecimientos con cita previa y con servicio a domicilio, los lugares de culto y los centros educativos y culturales, así como autorizando la reanudación de actividades agrarias, entre otras medidas.

Durante el verano de 2020, con el aumento de los contagios que supuso el inicio de la segunda ola, se comienzan a establecer de nuevo medidas restrictivas bajo el amparo competencial de las Comunidades Autónomas (CCAA), incluyendo el uso obligatorio de la mascarilla, el cierre del ocio nocturno, la limitación de horarios de hostelería y la prohibición de fumar en la calle. A finales del mes de septiembre de 2020 se restringe la movilidad en los municipios de más de 100.000 habitantes con alta incidencia, y el 25 de octubre se declara un segundo estado de alarma (11) (Real Decreto 926/2020) y su prórroga (12) (Real Decreto 956/2020), que afectaba a todo el Estado pero con adaptaciones regionales, y que durará hasta el 9 mayo de 2021. Este segundo estado de alarma inicia un periodo de importantes medidas de control de la COVID-19, que van desde el toque de queda, los confinamientos perimetrales, la limitación de reuniones de personas no convivientes, así como de gran parte de las actividades culturales y de ocio.

En los meses siguientes, de mayo a septiembre, aunque varios decretos (Decreto 23/2021, de 7 de mayo, y Decreto 30/2021, de 18 de junio) han seguido estableciendo medidas de seguridad e higiene y se ha mantenido la regulación sobre la actividad de centros de comercio, hostelería, centros deportivos, culturales, de culto, educativos y socio-sanitarios, ha habido una ampliación progresiva de los horarios de cierre, así como las capacidades máximas de aforo permitido en espacios interiores, negocios, y otras actividades.

RESULTADOS DE LA EIS

En Francia se registran los primeros casos de coronavirus el 24 de enero de 2020. A mediados de febrero se difunden recomendaciones sobre lavado de manos y gestos barrera que irían intensificándose ante el aumento de los casos. A final de febrero se desaconsejan los viajes a China y otros países especialmente afectados por la pandemia. Se hace una llamada a proteger a las personas mayores restringiendo las visitas de familiares y las actividades sociales en residencias. El 14 de marzo se anuncia el primer confinamiento a partir el 17 de marzo. Se decretan además una serie de medidas de contención que incluyen el cierre comercios, negocios y actividades no esenciales y el fin de la presencialidad en guarderías, centros educativos y universidades (Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020). También se restringen los desplazamientos salvo por motivos profesionales, de salud o familiares, para la realización de compras esenciales o práctica de una actividad física en un radio de 1 km. El 24 de marzo se declara el estado de alarma vigente hasta el 10 de julio (LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19). Con él se impone un toque de queda desde las 21h hasta las 6h de la mañana, en un primer momento en las zonas más afectadas y progresivamente ampliado al conjunto del país. El 11 de mayo se inicia la desescalada progresiva en las diferentes regiones que culminaría el 19 de julio. El aumento progresivo de los contagios lo largo del verano lleva al gobierno a declarar un segundo estado de alarma el 17 de octubre acompañado de un confinamiento (Décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020). Menos estricto que el anterior, se permite abrir guarderías, escuelas y centros de secundaria, mientras que las universidades retoman las clases a distancia. Sectores económicos como la construcción, industria y agricultura mantienen su actividad. Se limitan los desplazamientos no esenciales y se impone un toque de queda. El 24 de noviembre se inicia una desescalada progresiva que culminaría el 20 de enero. El 31 de marzo de 2021, con las infecciones de nuevo en alza y una saturación de los servicios hospitalarios, se anuncia una tercera ola y se vuelve a confinar al conjunto del país por un periodo de cuatro semanas. Se retoma el toque de queda y se cierran guarderías, colegios e institutos, así como servicios y comercios no esenciales. El 29 de abril se inicia una desescalada progresiva en 4 etapas que culmina el 30 de junio con fin del toque de queda y levantamiento de casi todas las restricciones sanitarias: fin de aforo en comercios, reapertura total de restaurantes, cines, teatros etc.

A partir de julio se constata un repunte significativo en el número de infecciones en un contexto epidemiológico en el que circula la variante Delta. El 21 de julio el primer ministro anuncia que el país ha entrado en una segunda ola y anuncia, en un intento de evitar la expansión del virus, la necesidad de un pasaporte Covid (o prueba PCR o antígeno negativo de menos de 48 horas) a partir del 9 de junio para acceder a establecimientos sanitarios, restaurantes, locales culturales y de ocio y desplazamientos interurbanos. También se anuncia la obligación de vacunación para todos los profesionales de salud y sociosanitarios en contacto con personas de riesgo a la vuelta del verano, a partir del 15 de septiembre.

Mencionar finalmente que, a diferencia de España, en Francia la gestión de la pandemia compete fundamentalmente al gobierno central, adaptada a las situaciones epidemiológicas locales. Cuenta para ello con el apoyo de un comité científico cuya misión se recoge en la ley de marzo 2020 que regula el estado de alerta. Al mismo tiempo, las autoridades sanitarias regionales y los prefectos departamentales pueden aplicar algunas decisiones específicas a nivel departamental y municipal en función de la evolución de la pandemia. En lo que se refiere a las autoridades municipales, tras una respuesta heterogénea y dispar al inicio de la pandemia, el Consejo de Estado dictaminó el 17 de abril que éstas no podían tomar decisiones divergentes a la normativa nacional.

2.1.2.2. Contexto epidemiológico de la COVID-19 en el Estado español

A finales del mes de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad anunció que se habían comenzado a estudiar dos casos sospechosos de coronavirus, confirmándose el primer caso el 31 de enero en la isla de La Gomera. Sin embargo, el virus llevaba circulando con anterioridad e incluso antes de que las autoridades chinas hubieran anunciado la existencia de un brote de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 y de que se declarara la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (13). El primer caso de COVID-19 que se ha podido identificar en el Estado español se produjo el 8 de enero de 2020, mientras en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y en la Comunidad Foral de Navarra, se ha identificado que los primeros casos se produjeron el 26 de enero y el 10 de febrero respectivamente (14). Durante los últimos días de febrero y principios de marzo, el ritmo de detección de casos aumentó y tras la declaración de pandemia global el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 14 de marzo de 2020 se decretó el Estado de Alarma en el Estado español (RD 463/2020) y se inició un periodo de confinamiento domiciliario que se alargaría hasta el 4 de mayo de 2020.

Tras los primeros meses de la que se ha denominado la primera ola epidémica de la COVID-19, y con el inicio de la desescalada el 5 de mayo, se han producido sucesivas olas de diferente intensidad y duración, que han ido acompañadas de medidas de control también diversas, tanto en relación a los aspectos de la vida económica y social a los que han afectado, como en cuanto a su diseño y aplicación heterogénea en las diferentes regiones. Así, tras la finalización del primer Estado de Alarma el 21 de junio de 2020, la gestión de las medidas de contención de la pandemia quedó en manos de las Comunidades Autónomas (CCAA), las cuales a la luz de la evolución de su situación epidemiológica y de criterios técnicos y políticos, fueron estableciendo medidas de diferente tipo y duración.

A continuación, se presentan los datos relativos a diferentes indicadores de la situación epidemiológica de la COVID-19 desagregados por CCAA desde enero de 2020 hasta la actualidad (últimos datos a 4 de julio de 2021).⁹ A continuación, se presentan los datos acumulados y la evolución temporal de las tasas estandarizadas por sexo y edad de los casos diagnosticados, las hospitalizaciones, los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y las defunciones,¹⁰ así como del exceso de mortalidad, con especial énfasis en la evolución de los indicadores en el País Vasco y Navarra. Además, en el análisis de la evolución de los indicadores se han considerado las siguientes etapas que corresponden con las diferentes medidas globales de gestión de la pandemia que se han adoptado a nivel estatal:

- Declaración del 1º Estado de Alarma (14/03/2020)
- Inicio de la Desescalada (05/05/2020)
- Declaración del 2º Estado de Alarma (25/10/2020)
- Apertura movilidad interterritorial durante la Navidad (23/12/2020)
- Fin del 2º Estado de Alarma (09/05/2021)

⁹ La fecha de fin de datos de exceso de mortalidad es el 20 de junio de 2021.

¹⁰ Información metodológica detallada de la definición de cada indicador disponible en: https://cneccovid.isciii.es/covid19/resources/metadatos_diag_ccaa_declaracion_estado_salud_publica.pdf

RESULTADOS DE LA EIS

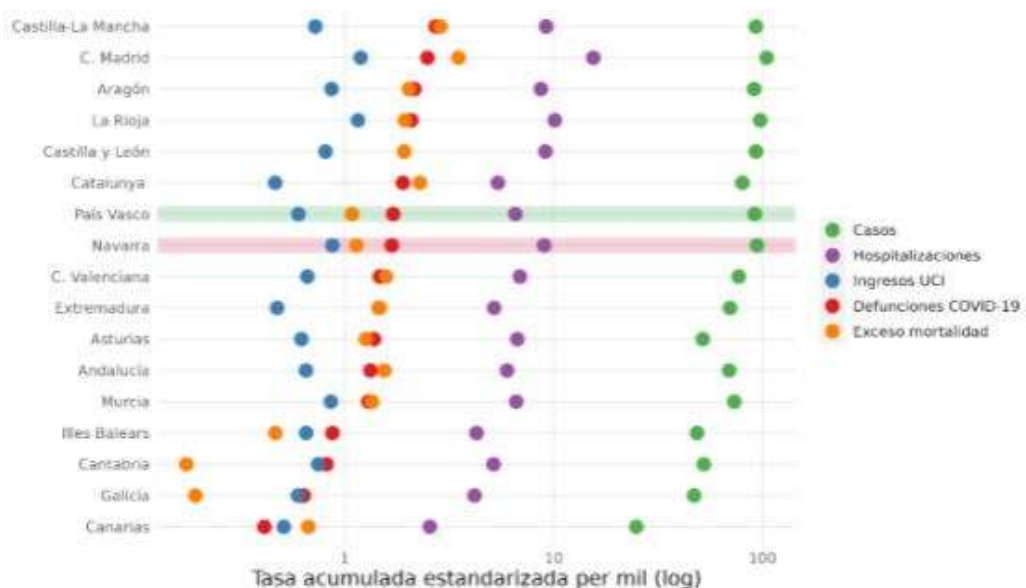
a. Indicadores en perspectiva acumulada: ¿qué ha pasado desde enero de 2020 a junio de 2021?

Según datos del Ministerio de Sanidad, en el conjunto del país hasta el 30 de junio de 2021 se han notificado un total de 3.808.960 casos confirmados de COVID-19 y 80.875 personas fallecidas (15). En el siguiente gráfico se presentan las tasas estandarizadas de diferentes indicadores relativos a la COVID-19, así como el exceso de mortalidad, por CCAA para el conjunto del periodo, es decir, desde enero de 2020 hasta junio de 2021 (4 julio). Se aprecia que la tasa de casos diagnosticados es bastante similar en aproximadamente la mitad de las CCAA, incluyendo la CAPV y Navarra (Gráfico 25).

Asimismo, se aprecia una relación clara entre hospitalizaciones e ingresos UCI en la mayoría de las CCAA, encontrándose en estos dos indicadores, el País Vasco en una situación sensiblemente mejor que otras CCAA como Madrid, Castilla La-Mancha, La Rioja, Aragón o Castilla y León, a pesar de su similitud en la tasa de casos, y también respecto a Navarra, que ha presentado tasas acumuladas de hospitalización y UCI elevadas, siendo la tercera CCAA tras Madrid y La Rioja en ambos indicadores (Gráfico 25).

En relación a las defunciones por COVID-19, País Vasco y Navarra también se encuentran en una situación intermedia, siendo la séptima y octava comunidad, respectivamente, con mayor tasa, y que es muy similar en ambas. Además, mientras en la mayoría de las CCAA, la tasa de defunciones por COVID-19 y el exceso de mortalidad coinciden con muy ligeras variaciones, en el caso de la CAPV y Navarra, se ha producido un menor exceso de mortalidad (Gráfico 25).

GRÁFICO 25: Tasas estandarizadas por sexo y edad de casos diagnosticados de COVID-19, hospitalizaciones, ingresos en UCI, defunciones por COVID-19 y exceso de mortalidad según CCAA* **



*CCAA ordenadas por tasa de defunciones por COVID-19

** Datos entre 06/01/2020-04/07/2021(exceso de mortalidad 20/06/2021).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología; de la Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de Covid-19 (EDeS) y de Cifras de Población del INE; y de Eurostat.

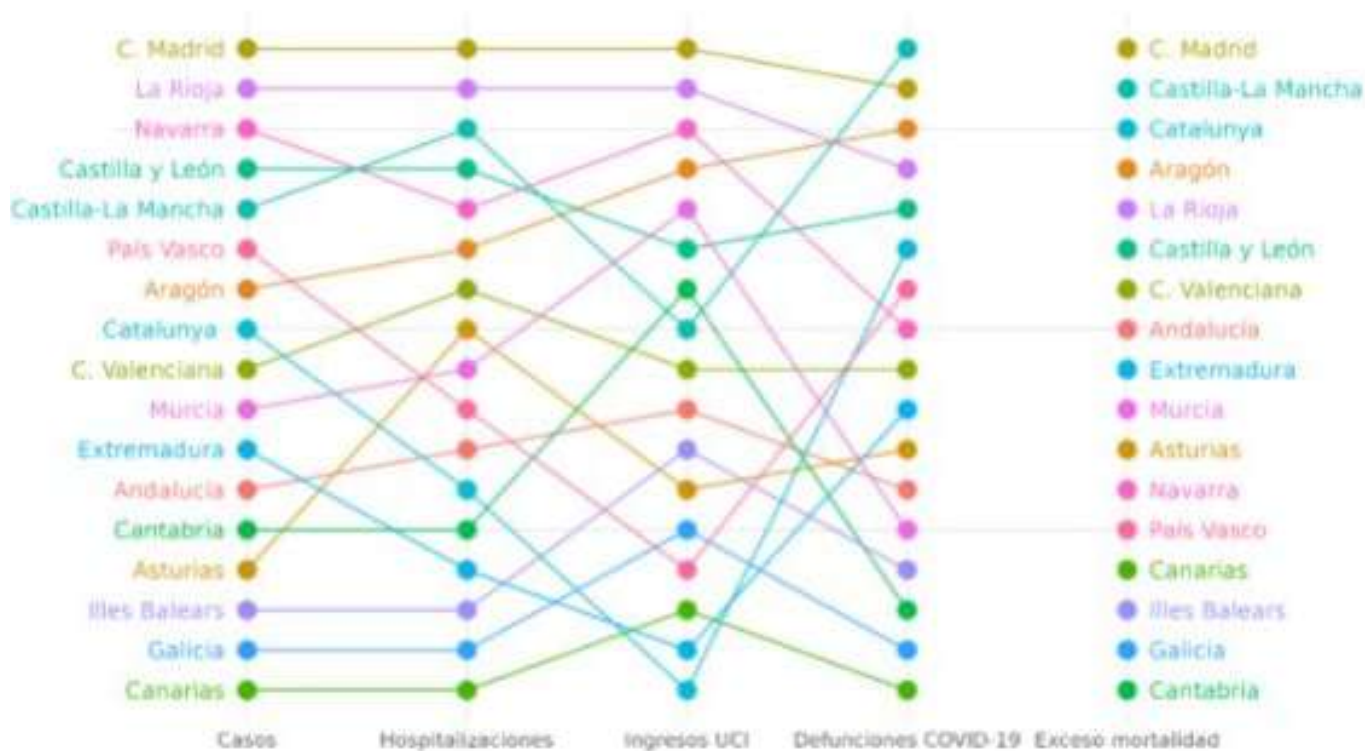
RESULTADOS DE LA EIS

En el siguiente gráfico (Gráfico 26), se presenta el ranking por CCAA de los indicadores de la COVID-19 en tasas acumuladas, así como el ranking por CCAA del exceso de mortalidad.

La Comunidad Foral de Navarra es la tercera comunidad en cuanto a tasa de casos e ingresos UCI, quinta en hospitalizaciones y bajando en el ranking hasta posiciones intermedias en defunciones COVID-19. Por su parte, la CAPV, a pesar de estar en la parte alta del ranking en cuanto a casos, baja en el caso de hospitalizaciones e ingresos UCI, siendo en este último indicador la cuarta CCAA con menor tasa, y vuelve a posiciones intermedias, superando a Navarra en cuanto a defunciones COVID-19. Tanto Navarra como País Vasco se sitúan en la parte baja del ranking en exceso de mortalidad, tras Illes Balears, Galicia y Cantabria (Gráfico 26).

2

GRÁFICO 26: Ranking de CCAA según las tasas estandarizadas por sexo y edad de casos diagnosticados de COVID-19, hospitalizaciones, ingresos en UCI y defunciones por COVID-19, y ranking de CCAA según exceso de mortalidad*



*Datos entre 06/01/2020-04/07/2021(exceso de mortalidad 20/06/2021).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología; de la Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de Covid-19 (EDeS) y de Cifras de Población del INE; y de Eurostat.

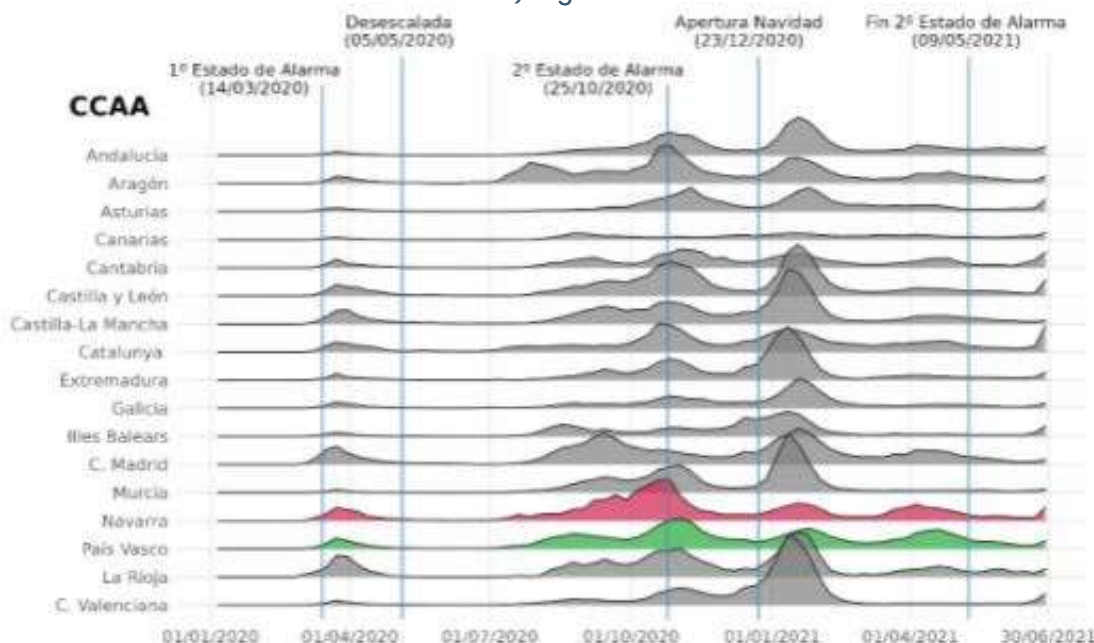
b. Indicadores en perspectiva temporal: ¿cómo ha sido la evolución de las CCAA en las cuatro primeras olas epidémicas?

La evolución de las tasas de casos diagnosticados de COVID-19 muestra un patrón de contagios similar entre CCAA, aunque con algunas diferencias que resulta interesante destacar. En términos generales se observa que todas las CCAA han experimentado cuatro olas epidémicas, aunque con diferente intensidad y con momentos de inicio de cada una de ellas ligeramente diferentes. En primer lugar, resulta evidente que las tasas de casos diagnosticados durante la primera ola, entre marzo y mayo de 2020, no responde a la realidad de los contagios que en ese periodo se produjeron, dado el infradiagnóstico derivado de la inexistencia de pruebas diagnósticas. Es por ello, que el interés no reside tanto en realizar una comparativa entre las tasas de casos que se han producido en las diferentes etapas, sino entre las CCAA en cada uno de los periodos, suponiéndose una capacidad diagnóstica similar (Gráfico 27).

Durante la primera ola, tanto en Navarra como en el País Vasco, la tasa de casos diagnosticados se encuentra alrededor de la mediana de las CCAA (Gráfico 27). En Navarra las tasas de casos son similares a las que encontramos en las comunidades de Castilla y León, y Castilla La-Mancha, seguidas por Cataluña y el País Vasco.

En estas dos CCAA, Navarra y País Vasco, resulta interesante ver que el inicio de la segunda ola se produce prematuramente respecto a otras CCAA, a excepción de Catalunya y Aragón, siendo sin embargo un incremento más lento y con descenso o mesetas puntuales, en comparación con otras CCAA, como Madrid o Castilla y León, donde el ascenso fue más rápido y en continuo crecimiento. En el País Vasco, en lo que se suele denominar la segunda ola epidémica, se produjeron dos picos, uno a finales de agosto, tras el cual la tasa descendió ligeramente, y otro en noviembre con un incremento intenso, pero más tardío que en Navarra, que tuvo su mayor tasa a mediados de octubre (Gráfico 27).

GRÁFICO 27: Evolución de las tasas estandarizadas por sexo y edad de casos diagnosticados de COVID-19 (por 100.000 hab.) según CCAA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología

RESULTADOS DE LA EIS

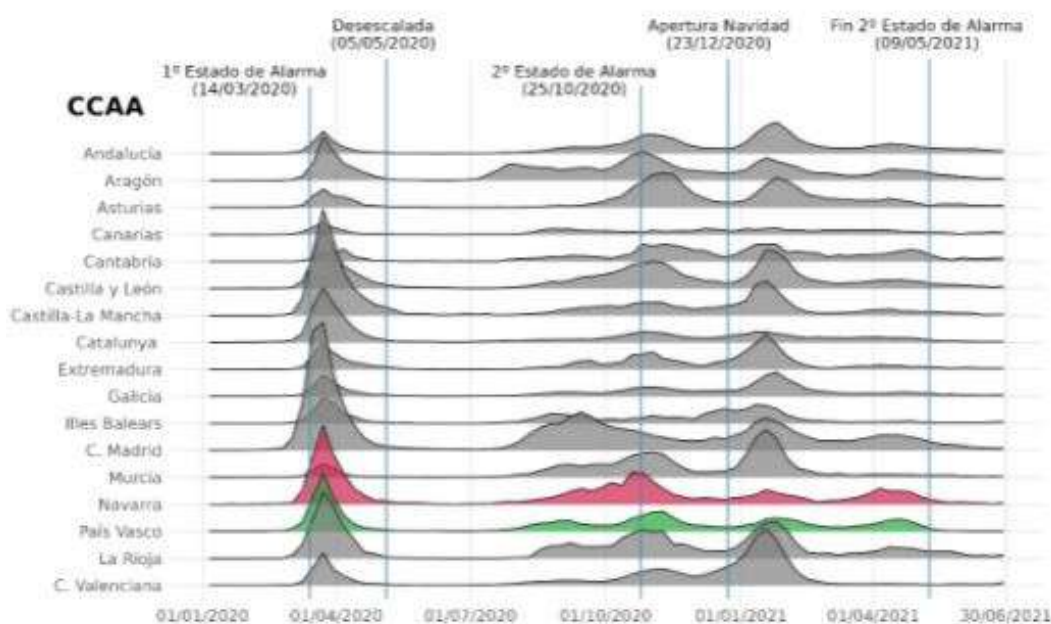
El descenso en la tasa de casos que se produjo durante finales de noviembre y principios de diciembre en la mayoría de las CCAA, no fue tan pronunciado en el País Vasco. Sin embargo, ello no supuso la base para una tercera ola más intensa, que fue especialmente suave en Navarra y el País Vasco comparativamente con otras CCAA (Gráfico 27).

Finalmente, respecto a la cuarta ola en la primavera de 2021, Navarra y el País Vasco, junto a la Comunidad de Madrid, presentaron una tasa de casos diagnosticados superior al resto de CCAA, que venía precedida por un valle con tasas de casos superiores al resto, es decir, entre la tercera y la cuarta ola no se produjo una bajada de la incidencia tan intensa como en el resto de CCAA, que derivó en una cuarta ola más intensa y larga, especialmente en el País Vasco (Gráfico 27).

En cuanto a la evolución de las tasas de hospitalizaciones por COVID-19, se aprecia que las cuatro olas epidémicas han tenido un impacto muy diferente en los ingresos hospitalarios. Durante la primera ola, en marzo-abril de 2020, la tasa de hospitalizaciones fue muy elevada respecto al resto de olas. En el caso de Navarra y País Vasco, el pico fue muy pronunciado, aunque menor que otras CCAA y con un descenso muy rápido. Con el inicio de la desescalada, en mayo de 2020, las tasas de hospitalizaciones eran muy bajas, no siendo hasta entrado el verano que volvieron a ascender en Navarra y País Vasco, con incrementos de las tasas más sostenidos en el caso de esta última. El pico de hospitalizaciones de esta segunda ola se alcanzó en el caso de Navarra con el inicio del segundo Estado de Alarma y en la CAPV algo más tardíamente (Gráfico 28).

La tercera ola tuvo un reflejo en las hospitalizaciones bastante similar en gran parte de las CCAA, iniciándose la curva tras el periodo navideño, pero es destacable que en el caso de Navarra y el País Vasco, la curva fue notablemente menor que en otras CCAA, produciéndose una mayor continuidad entre las olas, con descensos en las tasas, pero sin llegar a niveles mínimos. Además, ambas CCAA tuvieron una cuarta ola más pronunciada que el resto en este indicador, similar a la tasa de la Comunidad de Madrid, lo que indica una tercera ola menos intensa en la CAPV y Navarra, pero una cuarta más grave (Gráfico 28).

GRÁFICO 28: Evolución de las tasas estandarizadas por sexo y edad de hospitalizaciones por COVID-19 (por 100.000 hab.) según CCAA



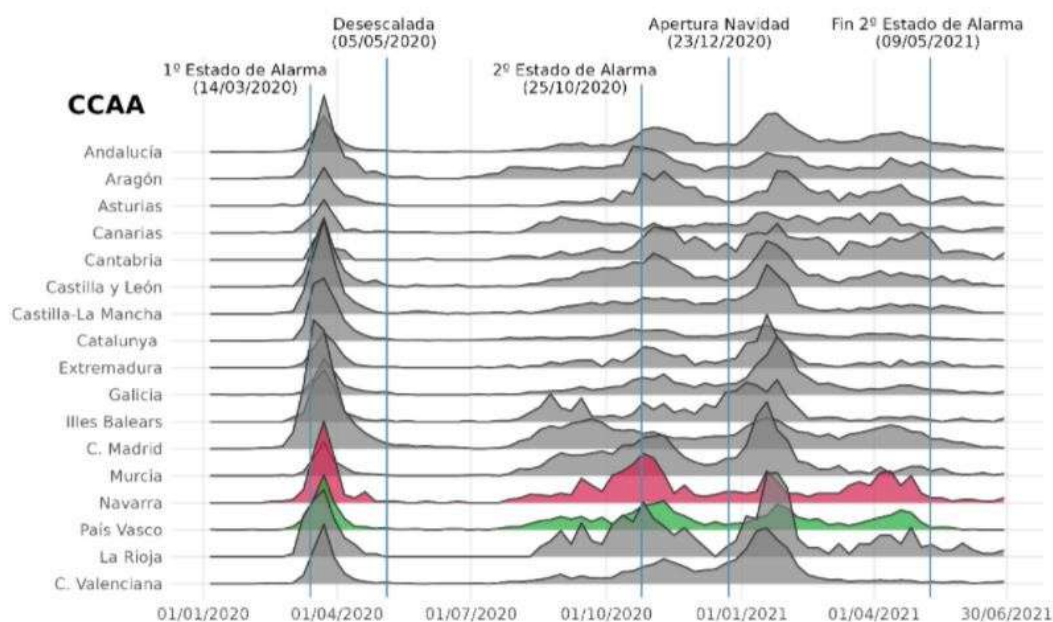
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología

RESULTADOS DE LA EIS

En relación a la evolución de las tasas de ingresos en UCI por COVID-19, de nuevo es llamativo el gran impacto de la primera ola en todas las CCAA. Al igual que respecto a las hospitalizaciones, Navarra y País Vasco se sitúan detrás de comunidades como Madrid, Castilla La-Mancha, Castilla y León y Aragón, y en niveles similares a La Rioja y Cataluña. En el resto del periodo, las curvas de las olas epidémicas en este indicador son menos claras que en el resto de indicadores, produciéndose pequeñas subidas y bajadas a lo largo de todas ellas (Gráfico 29).

Es destacable la tasa de ingresos en UCI de Navarra durante la segunda ola, la mayor junto con Murcia de todo el conjunto de CCAA. En el caso del País Vasco, el inicio del incremento de la tasa de ingresos en UCI fue, como en Navarra, anterior al resto de CCAA, pero menos intenso, produciéndose el pico durante el mes de noviembre. Y al igual que en las hospitalizaciones, Navarra y País Vasco no tuvieron unas terceras olas muy intensa, siendo de las comunidades con menores tasas, pero que, de forma sostenida, sin llegar a niveles de riesgo bajo, se mantuvo hasta la cuarta ola en la que, de nuevo, especialmente Navarra, tuvo una tasa más alta que el resto de las CCAA (Gráfico 29).

GRÁFICO 29: Evolución de las tasas estandarizadas por sexo y edad de ingresos en UCI por COVID-19 (por 100.000 hab.) según CCAA



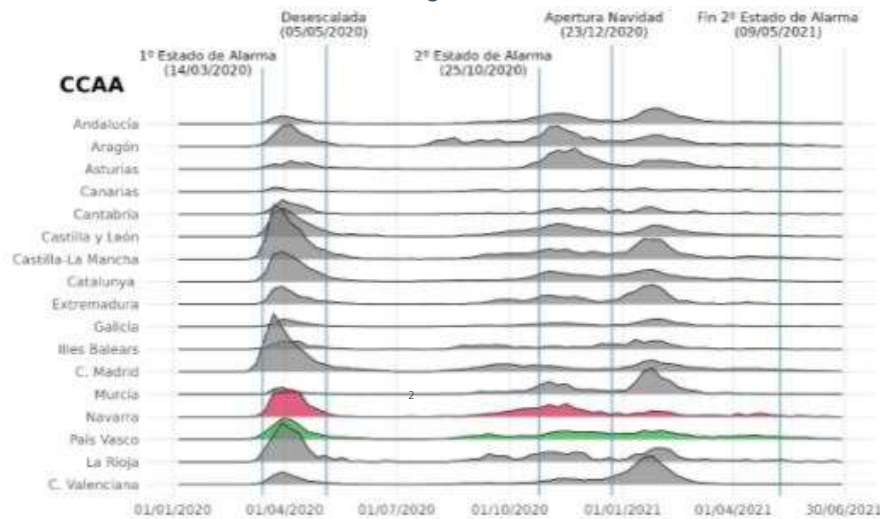
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología

Si observamos la evolución de las tasas de defunciones por COVID-19, se concluye que la primera ola fue claramente la de mayor impacto en términos de mortalidad. País Vasco y Navarra se encuentran en el grupo de CCAA con tasas intermedias de defunciones, sin llegar al nivel de las primeras CCAA, como lo fueron Madrid, Castilla La-Mancha o La Rioja (Gráfico 30).

Posteriormente, la segunda ola en términos de defunciones comenzó tempranamente en Aragón, seguida del País Vasco, pero tanto en el caso de la CAPV como en el de Navarra, aunque se produjeron incrementos de la tasa de defunciones durante los meses de septiembre y octubre, no tuvieron grandes picos como sí ocurrió en otras CCAA como Aragón o Asturias. De hecho, la tasa continuó siendo baja y sostenida, sin que se produjera un incremento importante de defunciones durante la tercera ola. Aun así, tanto País Vasco como Navarra han continuado con una tasa de defunciones que, aun no siendo comparable a los niveles de la primera ola, no se ha reducido al nivel de otras CCAA (Gráfico 30).

RESULTADOS DE LA EIS

GRÁFICO 30: Evolución de las tasas estandarizadas por sexo y edad de defunciones por COVID-19 (por 100.000 hab.) según CCAA

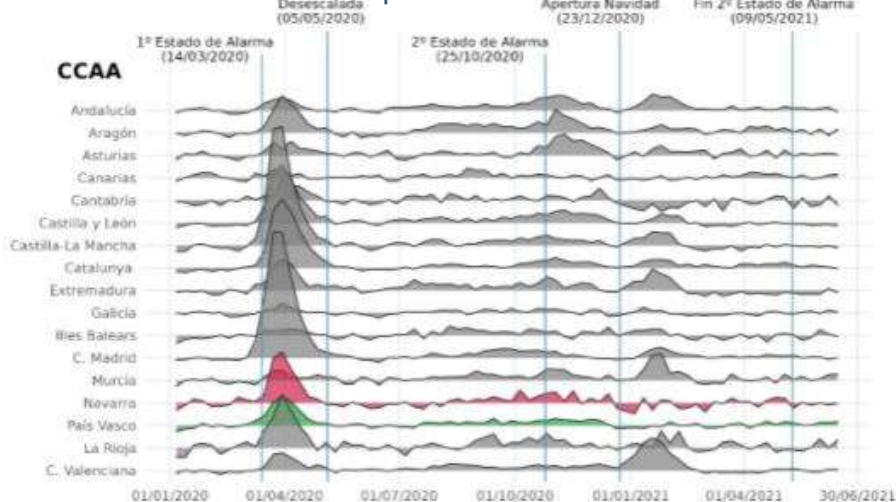


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Panel COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología

Finalmente, respecto al **exceso de mortalidad** se aprecia claramente el impacto que tuvo la primera ola de la pandemia de la COVID-19 en el exceso de mortalidad. En todas las CCAA hubo exceso desde el inicio del primer Estado de Alarma, aunque de muy diferente intensidad. Tanto Navarra y País Vasco presentaron un exceso muy importante entre los meses de marzo y abril de 2020 (Gráfico 31), sin llegar a niveles de Madrid, Castilla La-Mancha y Castilla y León, que fueron las que más exceso de mortalidad registraron en la primera ola, junto a Cataluña.

Tras la primera ola, se produjo un periodo en el que el exceso de mortalidad se transformó en defecto, aunque no en todas las CCAA. En el País Vasco y Navarra, se inició un nuevo periodo de ligero exceso de mortalidad a partir de agosto de 2020 que se mantuvo con algunos picos, especialmente en Navarra, y que tras el inicio de 2021 se estabilizó e incluso se convirtió en una menor mortalidad de la esperada (Gráfico 31).

GRÁFICO 31: Evolución de las tasas estandarizadas por sexo y edad de exceso de mortalidad (por 100.000 hab.) por CCAA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de Covid-19 (EDeS) y de Cifras de Población del INE y de Eurostat

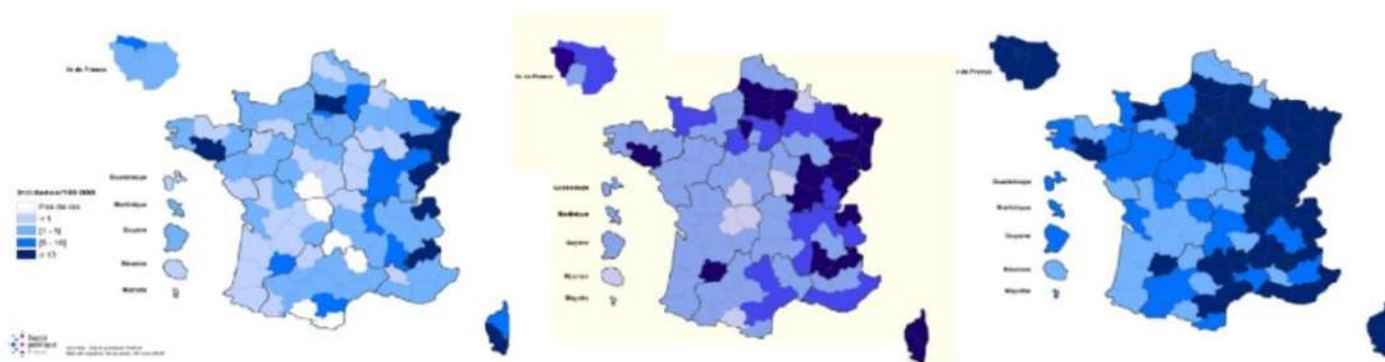
2.1.2.3. Contexto epidemiológico de la COVID-19 en el estado francés

En Francia la vigilancia específica de la Covid-19 se inicia el 10 de enero de 2020. Dos semanas después, el 24 de enero, se diagnostican los tres primeros casos notificados, dos pacientes hospitalizados en París y uno en Burdeos. Este último, un hombre de 49 años que volvía de un viaje a Wuhan, su ciudad natal, se identificó como paciente cero en la región europea. Algunos autores señalan no obstante que el virus circulaba en el país desde el mes de diciembre, habiendo identificado varios casos independientes sin transmisión local.¹²

A partir de febrero la circulación del virus va extendiéndose a todo el territorio metropolitano, alcanzando los 285 casos confirmados para el 4 de marzo. A partir de esa fecha se intensifica el ritmo de contagios. Entre el 13 y el 15 de marzo se duplica el número de casos de infección llegando a 6.378 casos confirmados, 285 pacientes ingresados en UCI y 161 defunciones.¹³ El 17 de marzo comienza el primer confinamiento anunciado tres días antes, acompañado por el conjunto de medidas de control y respuesta adoptadas por el gobierno a lo largo de toda la pandemia para controlar la circulación del virus.

Tal y como se aprecia en el gráfico 32, durante las primeras semanas de la pandemia existen ya grandes diferencias en el territorio nacional, con una incidencia mucho mayor en el noreste del país, en las regiones de Grand Est, Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes y Hauts-de-France. En contraste Nueva Aquitania, con tan solo 179 casos confirmados a fecha del 15 de marzo,¹⁴ se sitúa entre las regiones menos afectadas, una tendencia que se ha mantenido a lo largo de toda la pandemia.

GRÁFICO 32: Evolución de la tasa de incidencia acumulada de COVID-19 en Francia en el inicio de la pandemia (datos a 11, 16 y 20 de marzo de 2020)



Fuente : Point épidémiologique COVID-19. Situation au 24 mars 2020. Santé Publique France

¹² Gámbaro F et al. Introductions and early spread of SARS-CoV-2 in France. BioRxiv. Posted April 24, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.24.059576>

¹³ Santé Publique France. Point épidémiologique COVID-19. Situation au 15 mars 2020

¹⁴ Communiqué de presse - Coronavirus : point de situation en Nouvelle-Aquitaine du 16/03/2020. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communique-de-presse-coronavirus-point-de-situation-en-nouvelle-aquitaine-du-16032020-1>

a. Situación epidemiológica a 30 de junio de 2021

Según Santé Publique France, a 30 de junio de 2021 se ha notificado en Francia un total de 5.775.301 casos de coronavirus y 111.086 defunciones, 84.613 en hospitales y 26.473 en residencias de mayores y centros socio-sanitarios. El número acumulado de hospitalizaciones asciende a 477.208 (89.358 en UCI), con una media de edad de 72 años y un 52% de hombres. El 73% de las defunciones hospitalarias se ha registrado en pacientes de 75 años o más, mayoritariamente hombres (58%). En términos de vacunación, el 50% de la población ya ha recibido una primera dosis y el 33% ha completado la pauta con una segunda dosis.¹⁵

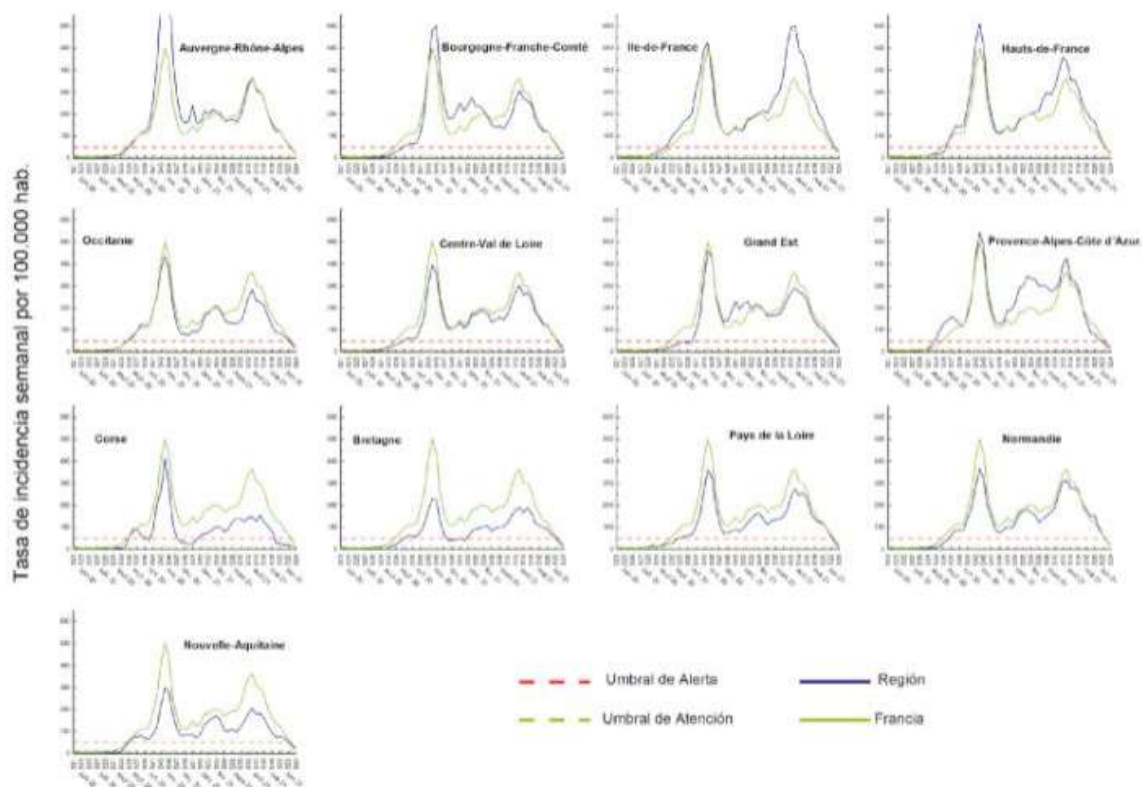
En Nueva Aquitania se han acumulado 317.049 casos confirmados y 5.315 defunciones, representando respectivamente el 5,5% y el 4,8% del total nacional. El 80% de las personas fallecidas tenía más de 70 años y el 57% eran varones. Los datos hospitalarios arrojan un total de 20.398 ingresos acumulados desde el inicio de la pandemia, 3.884 en UCI. La mayoría de los pacientes son personas mayores de 70 años (más del 60%) mientras que aquellos ingresados en la UCI, tienen una edad media de 63,5 años y son predominantemente hombres (67%). En relación con la cobertura vacunal, la región se mantiene los primeros puestos del ranking nacional: a 30 de junio de 2021, el 55,3% de la población había recibido al menos una dosis de la vacuna¹⁶ y el 36,1% tenía la pauta completa.

El gráfico 33 recoge la evolución de la tasa de incidencia semanal en el conjunto de regiones metropolitanas desde el 11 de mayo de 2020, una vez superada la primera ola pandémica e iniciada la desescalada, hasta la última semana de junio de 2021. Tal y como se puede observar, durante la segunda ola a principios de octubre de 2020, a la excepción del Grand-Est, la incidencia más elevada se sigue registrando en las regiones del nordeste más impactadas en la primera, a saber: Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes y Hauts-de-France, a las que se les une ahora Provence-Alpes-Cote d'Azur. En la tercera ola, ya en abril de 2021, Auvergne-Rhône-Alpes sale del ranking de regiones con mayor incidencia y destaca el pico registrado en Ile-de-France, seguida por Hauts-de-France y Provence-Alpes-Cote d'Azur. En relación a las tasas de incidencia en Nueva Aquitania, se evidencia claramente cómo la circulación del virus ha sido mucho más limitada, situándose así junto con Bretaña y Córcega entre las tres regiones con las más bajas a lo largo de toda la pandemia.

¹⁵ Santé Publique France. Point épidémiologique COVID-19 n° 70. Situation au 1er juillet 2021.

¹⁶ Santé Publique France. Point Epidémiologique Régional Nouvelle-Aquitaine Spécial COVID-19 au 01 Juillet 2021

GRÁFICO 33: Evolución de la incidencia semanal en las 13 regiones metropolitanas (mayo 2020-junio 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Geodes¹⁷

b. Evolución de la pandemia desde marzo de 2020 hasta junio de 2021

Se comenta a continuación la evolución de los principales indicadores epidemiológicos siguiendo las fechas clave marcadas por los tres confinamientos decretados por el gobierno, a saber, el primero iniciado el 17 de marzo de 2020 y seguido de una desescalada progresiva a partir del 11 de mayo; el segundo iniciado el 17 de octubre de ese mismo año y con desescalada progresiva a partir del 24 de noviembre; y el tercer confinamiento, ya en abril de 2021, sucedido de una desescalada progresiva a partir del 29 de abril.¹⁸

Tal y como se indicó en el apartado metodológico, los indicadores hospitalarios relativos a hospitalizaciones y defunciones por Covid-19 están disponibles desde el inicio de la pandemia, a partir del 11 de marzo de 2020, mientras que los nuevos casos de infección y las tasas de incidencia se reportan a partir del 11 de mayo 2020, cuando se revisó el sistema nacional de información SI-DEP de pruebas diagnósticas.

¹⁷ Geodes es el observatorio cartográfico de indicadores epidemiológicos producidos por Santé Publique France, accesible en: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

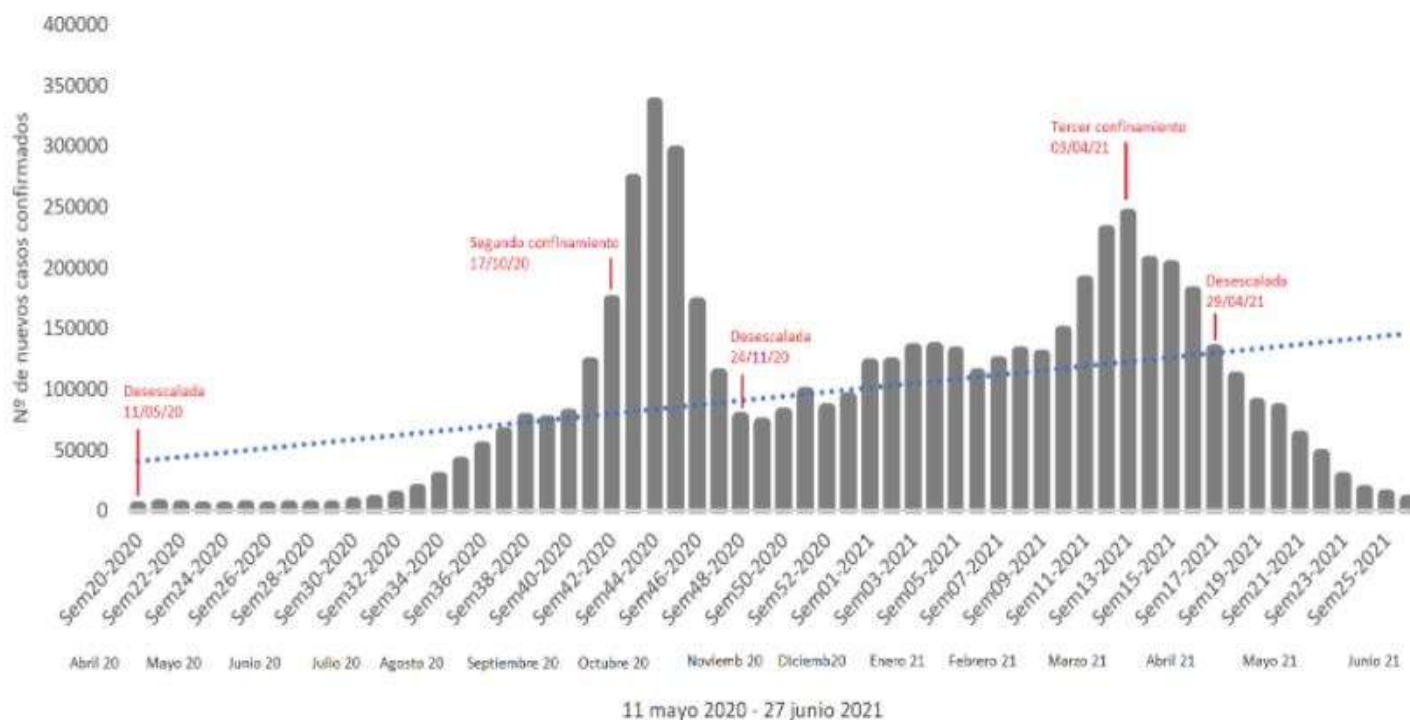
¹⁸ En el portal web del gobierno francés se puede consultar la secuencia y cronología de las medidas adoptadas por el gobierno central en respuesta a la pandemia : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>

RESULTADOS DE LA EIS

El gráfico 34 muestra la evolución en el número de casos confirmados en Francia a lo largo de las dos olas pandémicas que sucedieron a la primera ola en marzo de 2020. Esta revela, cómo a partir de mayo, cuando se inicia la desescalada, el número de contagios se mantiene estable y en niveles bajos, entre 3.000 y 5.000 nuevos casos. No es hasta mediados de julio cuando comienza a observarse una ligera tendencia al alza que se intensifica en septiembre acercándose a los 80.000 casos a final de mes y alcanzando su pico la primera semana de noviembre con 335.563 casos, dos semanas después de que se hubiera decretado el segundo confinamiento. Tras la caída que sucede a este segundo confinamiento, los casos se estabilizan por debajo de los 100.000 entre diciembre y enero de 2021, cuando se vuelve a registrar una ligera tendencia al alza más marcada a partir de mediados de marzo y que alcanzar a final de mes con 243.954 casos, justo antes de que se decretara el tercer confinamiento el 3 de abril.

A partir de abril de 2021 vuelven a caer los casos, una tendencia que se mantiene hasta la última semana de junio, cuando se han notificado 12.514 nuevos casos, 1.800 al día.¹⁹ La tasa de incidencia se sitúa así por debajo del umbral de riesgo, en 19/100.000 habitantes, manteniendo la tendencia a la baja iniciada dos meses antes.

GRÁFICO 33: Evolución de la incidencia semanal en las 13 regiones metropolitanas (mayo 2020-junio 2021)



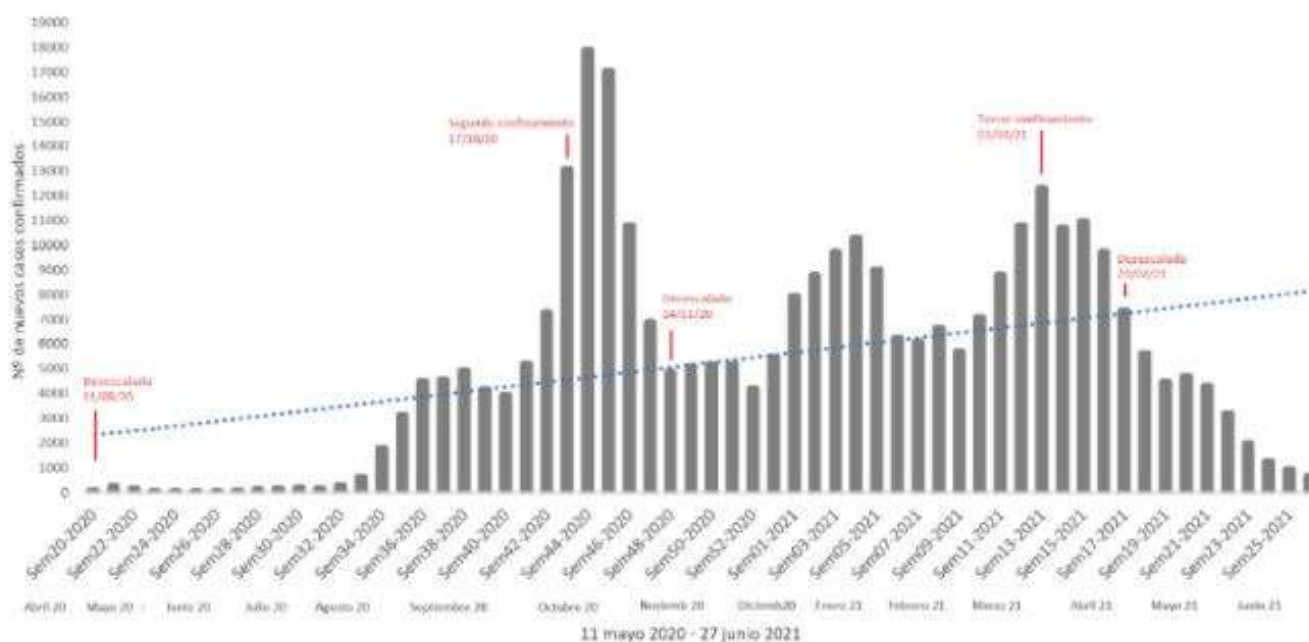
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Geodes

¹⁹ Santé Publique France. Point épidémiologique COVID-19 n° 70. Situation au 01 juillet 2021

RESULTADOS DE LA EIS

Tal y como se aprecia en el gráfico 35, la evolución de casos confirmados en la región de Nueva Aquitania sigue la misma pauta que la descrita a nivel nacional, si bien en niveles inferiores en consonancia con la menor circulación del virus desde las primeras fases de la pandemia. La última semana de junio se han registrado 910 nuevos casos manteniéndose la tendencia a la baja de las últimas semanas. Con una incidencia 15,2/100 000 habitantes la región se sitúa 4 puntos por debajo de la media nacional para todos los grupos de edad, salvo para el grupo entre 15 a 44 años en el que ésta se eleva a 25,5/100.000.²⁰

GRÁFICO 35: Número de casos semanales confirmados de COVID-19 en Nueva Aquitania (11 mayo 2020-27 junio 2021)



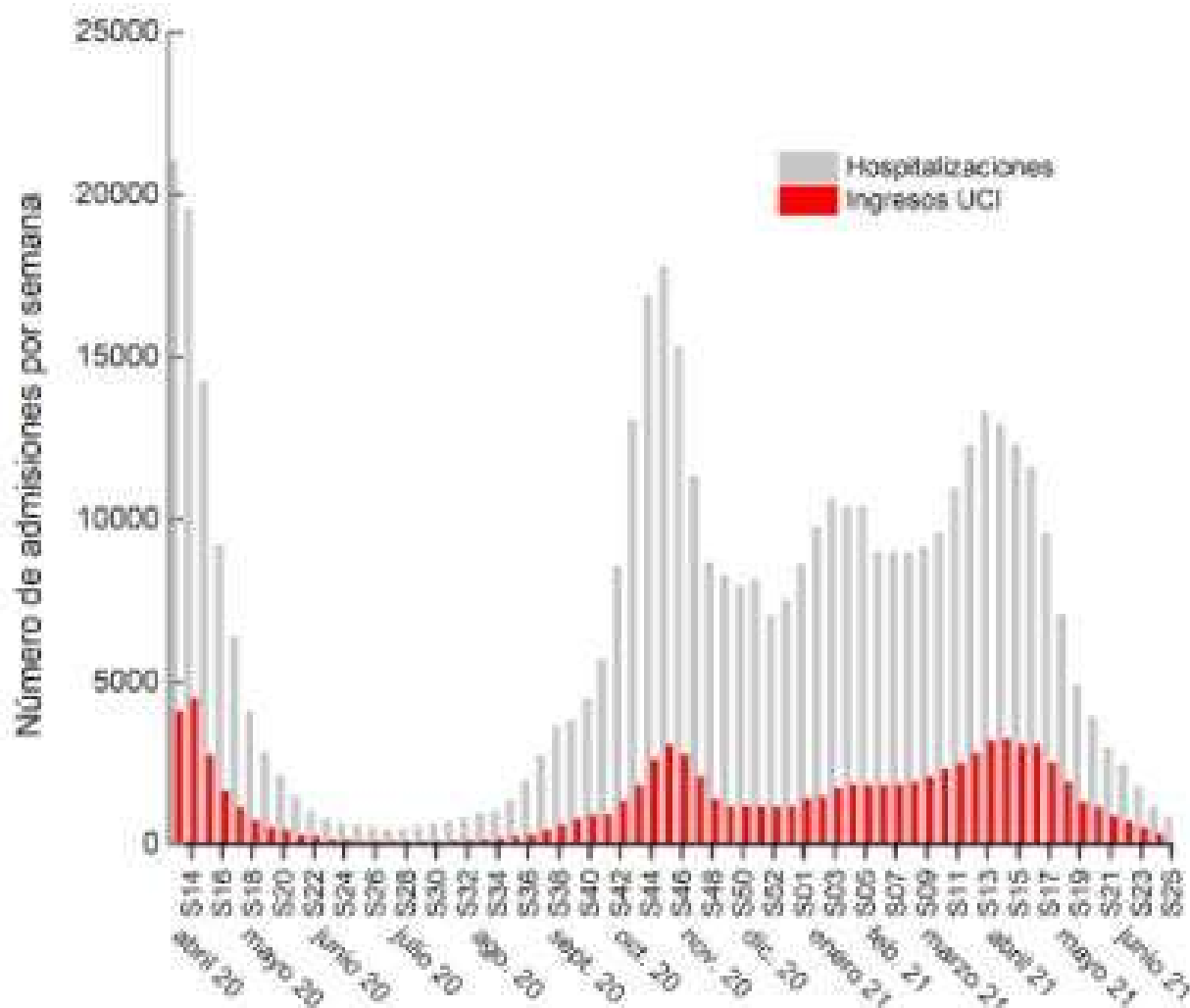
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Geodes

La evolución de indicadores hospitalarios y del número de defunciones registradas desde el inicio de la pandemia se alinea con los casos notificados. El gráfico 36 permite apreciar la fuerte presión asistencial registrada durante las tres olas pandémicas, tanto en el número de pacientes hospitalizados como de ingresos en UCI. De esta forma, tras la primera ola en marzo 2020 se observa un desplome de la presión asistencial durante la primavera y el verano y un incremento lento pero progresivo a partir de septiembre. El número de ingresos se dispara a partir de octubre en los días previos al segundo confinamiento para caer de nuevo en noviembre, si bien en niveles muy inferiores a los registrados tras la primera ola pandémica en marzo.

²⁰ Santé Publique France. Point Epidémiologique Régional Nouvelle-Aquitaine Spécial COVID-19 au 01 Juillet 2021

RESULTADOS DE LA EIS

GRÁFICO 36: Número de admisiones en hospital y de ingresos UCI semanales en Francia (11 mayo 2020-27 junio 2021)



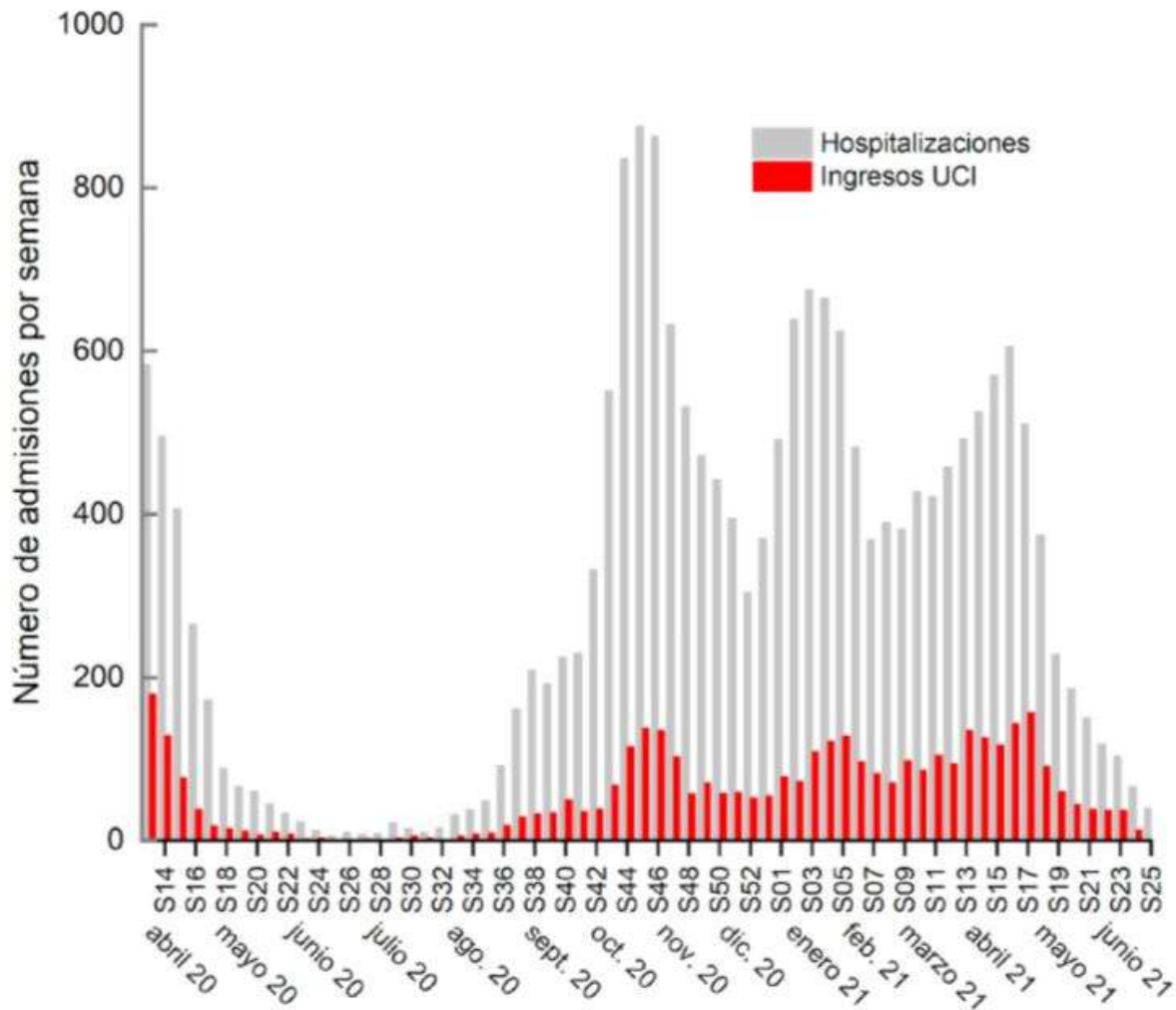
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Geodes

A lo largo de diciembre se registra una ligera alza en la presión asistencial, pero no es hasta enero una vez finalizadas las vacaciones de navidad que se observa un repunte que se mantiene todo el mes de enero y para bajar ligeramente en febrero. En marzo se observa un fuerte incremento, sensiblemente superior al registrado tras las vacaciones de navidad. Esta tendencia al alza se mantiene hasta la tercera semana de abril cuando comienza a bajar la presión asistencial, tanto en términos de ingresos hospitalarios como en UCI y ello, para todos los grupos de edad. Esta tendencia a la baja se mantiene la última semana de junio de 2021 cuando se registran 856 nuevas admisiones en hospital y 230 en UCI. En relación al número de pacientes ingresados a 30 de junio de 2021, éste asciende a 8686 pacientes, 1.263 en UCI.²¹

²¹Santé Publique France. Point épidémiologique COVID-19 n° 70. Situation au 01 juillet 2021

RESULTADOS DE LA EIS

GRÁFICO 37: Número de admisiones en hospital y de ingresos en UCI semanales en Nueva Aquitania (11 mayo 2020-27 junio 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Geodes

En Nueva Aquitania, se aprecia de nuevo un comportamiento muy similar a la pauta nacional, siempre con índices más bajos dado el menor impacto de la pandemia en la región. Destacar no obstante que, a diferencia que la tendencia nacional, el número de ingresos ha sido mucho mayor en la segunda y tercera olas que en la primera. Además, desde enero de 2021, si se comparan los casos confirmados por grupos de edad se observa un aumento en las hospitalizaciones y en los ingresos en UCI entre población de 15 a 44 años y de 45 a 64 años, así como en los porcentajes de comorbilidades asociadas a enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares.²² Tal y como se aprecia en el gráfico 37 y, siguiendo la tendencia nacional, se observa desde finales de abril de 2021 una disminución sostenida en la presión asistencial, registrándose en la última semana de junio 39 ingresos en hospital, 12 en UCI. El número de pacientes hospitalizados el 30 de junio asciende a 438, 51 en UCI.²³

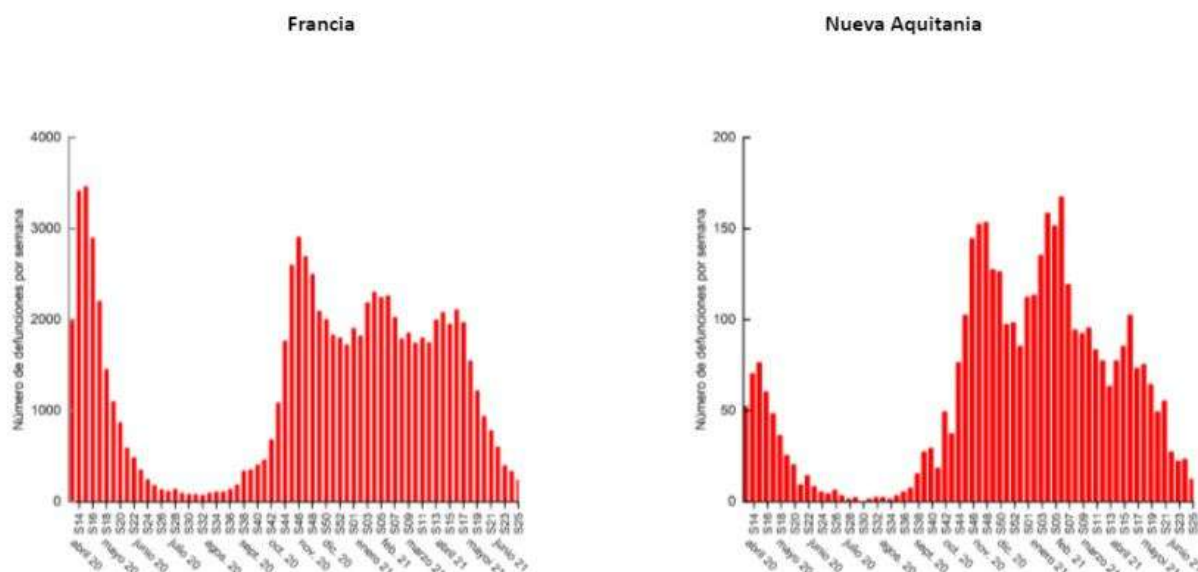
²² Santé Publique France. Point Epidémiologique Régional Nouvelle-Aquitaine Spécial COVID-19 au 15 avril 2021

²³ Santé Publique France. Point Epidémiologique Régional Nouvelle-Aquitaine Spécial COVID-19 au 01 juillet 2021

RESULTADOS DE LA EIS

Finalmente, en relación con las defunciones reportadas en hospitales, el gráfico 38 reproduce la tendencia ya descrita para los otros indicadores tanto en Francia como en Nueva Aquitania, si bien se observa como en ésta última, tal y como sucedía con el número de hospitalizaciones, el grueso de las defunciones se ha concentrado en las dos últimas olas pandémicas.

GRÁFICO 38: Número de defunciones semanales en Francia y en Nueva Aquitania (11 mayo 2020 - 27 junio 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Geodes



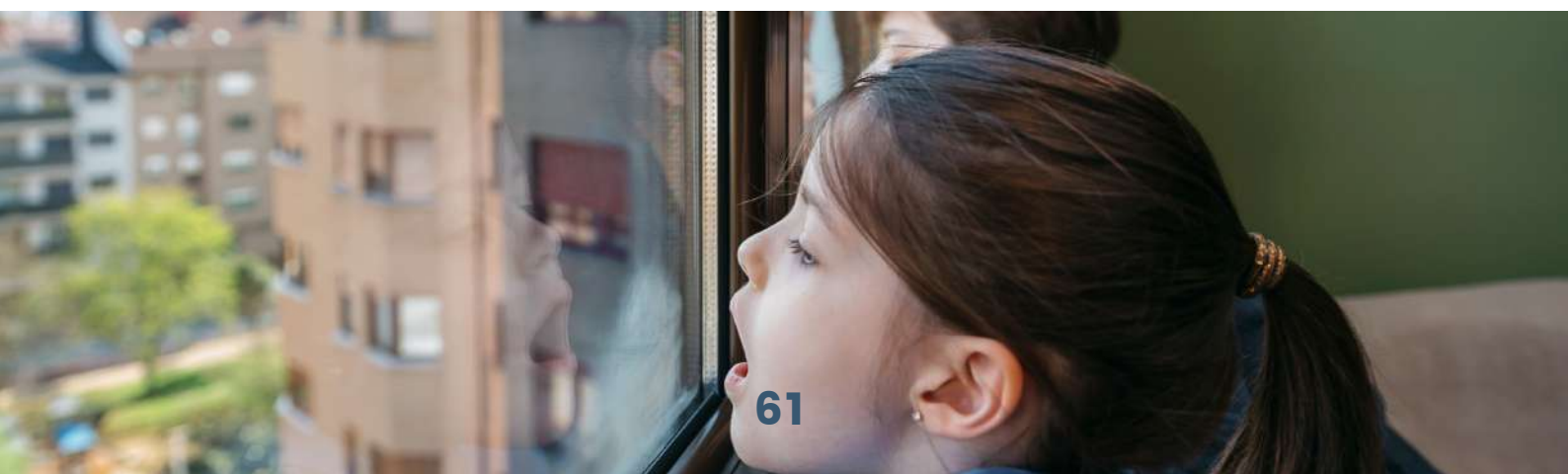
2.2 IMPACTO EN LA SALUD Y EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y GESTIÓN DE LA COVID-19

Los estudios realizados desde el inicio de la pandemia evidencian el impacto negativo en la salud y bienestar que la pandemia y las medidas para frenar la expansión del virus, entre otros el confinamiento y aislamiento social, han tenido a nivel internacional (16–18). Además del riesgo a contraer el virus, los apuros económicos y las dificultades sociales sufridas han provocado sentimientos de miedo y estrés psicológico en las personas (19,20). Del mismo modo, debido a las medidas adoptadas se ha limitado el acceso a servicios de acompañamiento y cuidado, que junto con el cierre de escuelas y centros educativos, ha conllevado una carga adicional de cuidados en la esfera privada y ha supuesto intensificar el cuidado informal en los hogares, y especialmente las mujeres (21).

La evidencia acumulada revela también cómo la crisis social y sanitaria asociada a la COVID-19 ha venido a visibilizar y agravar las desigualdades en salud preexistentes (22). En este sentido, situaciones previas de pobreza, precariedad laboral y habitacional unidas a las dificultades de acceso a servicios sanitarios y otras prestaciones básicas han hecho que ciertas categorías de población estén particularmente expuestas al virus y otros efectos adversos de la pandemia (23–26). A raíz de esta situación, las personas en los niveles socioeconómicos más bajos han sido las más afectadas en relación a su salud, así como en el acceso a recursos de prevención, en un empeoramiento de su situación social, laboral y educacional (27), circunstancias que se estima tendrán un impacto negativo en su salud y bienestar a medio y largo plazo.

A partir del análisis de la evidencia actual, se demuestra la necesidad de considerar en su amplitud para la toma de decisiones a nivel político las consecuencias sociales que las medidas de contención han tenido en las personas y el impacto en la salud y en las desigualdades en salud que de ello se deriva (28–31). La revisión bibliográfica realizada sugiere que en futuros escenarios será necesario prestar atención a las eventuales desigualdades de género y socioeconómicas que puedan generarse, así como otros condicionantes sociales y culturales, para diseñar e implementar las medidas de control de situaciones pandémicas como la de la COVID-19.

A continuación, se exponen la síntesis de los resultados de la revisión de la literatura científica y literatura gris, así como del análisis de contenido temático de la información recogida de forma cualitativa, ordenada según las grandes medidas de contención y gestión de la pandemia y los determinantes sociales intermedios que se han visto principalmente impactados por dichas medidas.



2.2.1 EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO Y LA REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD

a. Impactos en la salud mental

El distanciamiento social y las restricciones a la libertad de movimiento y actividades de vida diaria han conllevado múltiples impactos sobre el bienestar de las personas. En un periodo de menos relaciones interpersonales y dificultades para mantener conductas de salud favorables, se ha evidenciado un aumento de síntomas de estrés, depresión, ansiedad, irritabilidad, miedo e insomnio, entre otros. La soledad, la percepción de falta de apoyo social y seguridad, junto con las preocupaciones financieras y la sobreexposición a noticias e información de la pandemia habrían además agudizado estos síntomas.

En esta situación, los grupos de personas que se han visto afectados con mayor intensidad son: la población infantil y adolescente, las personas mayores, el colectivo de personas con problemas de salud y discapacidades junto con personas cuidadoras, mujeres embarazadas, así como grupos de personas con bajos niveles de estudio, renta y recursos. También las personas contagiadas de la COVID-19 y personas allegadas han reportado síntomas de estrés emocional y ansiedad, además de las dificultades que se han visto para transitar procesos de duelo en un momento de imposibilidad de acompañar a personas cercanas en procesos de final de vida, o encontrar intimidad familiar en el hogar.

Las restricciones a la libertad de movimiento, las actividades de vida diaria y el contacto social ha conllevado múltiples impactos sobre el bienestar de las personas, tanto físico como mental, y sus determinantes. Este impacto negativo se habría dado sobre todo entre los grupos que ya previamente sufrían distintos tipos de vulnerabilidad por enfermedad física o mental previa, discapacidad, nivel de renta y educación, raza, sexualidad, edad o género (32). En este sentido, entre los grupos de personas más afectadas por las medidas se encuentran las personas adultas jóvenes, la población infantil y adolescente, las mujeres, las personas con bajos niveles de renta y educación, las de etnias minoritarias, las que viven solas o con niños/as, las mujeres residentes en zonas rurales, las personas con problemas de salud crónicos y/o problemas psiquiátricos (33-44). En el contexto francés también se ha señalado a las personas con discapacidad, especialmente aquellas en centros residenciales (45).

Además, también han sido especialmente afectadas las personas que en este periodo habrían sufrido mayor inestabilidad financiera y mayores niveles de exposición a medios de comunicación y de información, personas que realizaban poca actividad física, y con peores relaciones familiares (46). También las personas contagiadas de la COVID-19 y personas allegadas han reportado síntomas de estrés emocional y ansiedad, y en el caso de personas con problemas previos de salud mental, se ha observado además un agravamiento de su vulnerabilidad (47). Sin embargo, las personas de mayor edad, sin problemas en el entorno laboral, casados/as y/o viviendo con otras personas, tendrían menos riesgo de sufrir ansiedad, depresión, trastornos del sueño e insomnio (48).

RESULTADOS DE LA EIS

El distanciamiento y aislamiento social se ha relacionado con la pérdida de bienestar psicológico, menos relaciones interpersonales, menos conductas de salud favorables y un aumento de síntomas de estrés físico, depresión, ansiedad, pánico, irritabilidad, insomnio y peor calidad del sueño en general, así como conducta evitativa, trastornos por estrés post-traumático, o trastornos obsesivo compulsivos (40,49–66) (GF mayores, GF jóvenes, GF mujeres, GF madres y padres; ENT SMyAdicciones).

“(...) no poder salir de casa, esa sensación de falta de libertad, de no poder hacer tu vida normal, pues en cierta forma sí que generaba en mí cierta depresión, a veces ansiedad de decir, cuándo va a terminar esto que no puedo” (GF jóvenes)

“Estamos teniendo muchísima demanda. Sobre todo, gente con trastornos ansioso-depresivos. (...) simplemente creemos que el estado de la pandemia ha ayudado muchísimo que se disparen esos síndromes. Además, en gente muy joven, (...) gente de 16 o 17 años, hasta 30 años. (...) creemos que a nivel poblacional sí está habiendo un estado de ansiedad basal más elevado” (ENT SMyAdicciones)

“(...) yo luego tuve insomnio, pesadillas, no dormía bien. De hecho, sigo estando todavía que me cuesta dormir a la noche y con miedo de volver a pasar por otro confinamiento” (GF madres y padres)

“Hay mucho estrés porque la gente tiene miedo, porque no quiere... miedo a no poder compaginar su vida laboral con la de casa, a todo” (GF mujeres).

De la misma forma, se ha evidenciado un impacto negativo sobre el control emocional y la autoconfianza (67), y una mayor percepción de falta de apoyo social y falta de seguridad, mayoritariamente entre mujeres (68,69).

En periodos de confinamiento domiciliario los sentimientos de soledad se han visto agudizados, especialmente entre aquellas personas mayores que viven solas (70) (GF mayores, ENT trabajadoras sociales; ENT pobreza) que están directamente relacionados con una mayor preocupación por el aislamiento social.

“(...) la soledad de las personas mayores, que nosotros lo hemos solventado con llamadas telefónicas (...). La soledad sí que va a ser otro temazo de aquí en adelante” (ENT pobreza)

“Yo tengo 85 años vivo solo. Imagínate como estaba en casa, todo el día hablando solo con las paredes. Y lo viví armándome de un valor impresionante” (GF mayores)

“(...) tanto tiempo encerrados sin contacto con familiares, la soledad. El tema del confinamiento, la gente mayor, en principio totalmente negativo” (ENT trabajadoras sociales).

RESULTADOS DE LA EIS

En población más joven y en edad laboral, se reporta una mayor percepción de problemas financieros, lo que a su vez se asocia con mayores síntomas de ansiedad, depresión y respuesta afectiva (71).

En el caso de las mujeres, además, los problemas emocionales y mentales han derivado en una mayor ingesta de psicofármacos (72). En personas en situación de especial vulnerabilidad como migrantes o personas con problemas de salud mental o adicciones, se ha incrementado el sentimiento de aislamiento social, soledad y angustia (ENT migración; ENT SMyAdicciones), que ha derivado en un aumento de consumo de drogas (ENT SMyAdicciones).

"(...) las patologías que se vienen atendiendo son más o menos las de siempre, quizá han aumentado los temas relacionados con la ansiedad, temas relacionados con el estado de ánimo... quizás han aumentado también durante un tiempo temas psicósomáticos..." (ENT migración)

"estamos teniendo muchísima más demanda de salud mental, muchísima más. Con casos que creo que ya te he dicho ansioso-depresivos. Con problemas de consumos camuflados que no se viven como problemáticos, pero sí que están detrás de esa ansiedad o de ese problema" (ENT SMyAdicciones)

En los momentos o situaciones donde no se podía salir del domicilio, añadido a la falta de actividad física y el aislamiento social, la falta de información de calidad y la exposición prolongada a noticias contradictorias relacionadas con la pandemia, mensajes atemorizantes y simbologías autoritarias, habrían sido causas que han ocasionado síntomas de estrés y preocupación durante el confinamiento entre las personas en nuestro contexto (GF AAVV; GF mayores; ENT SSyPS).

[Entrevistadora: ¿Qué medida ha impactado más a la salud?] "creo que la incertidumbre que ha habido, y el... No sé cómo decirlo, el llevarlo mal. El que hoy era blanco, mañana negro, pasado marrón... el que no íbamos todos al mismo lado" (GF AAVV)

"Yo particularmente la televisión la cerré, no quiero que me coman el coco" (GF mayores)

"Hay que gente que esto le ha generado unos desequilibrios psicológicos grandes, la incertidumbre... psicológicos y físicos, porque mucha gente mayor ha empeorado desde el punto de vista funcional, no relacionarse, el no salir a la calle, pasear, el aislamiento, pero la incertidumbre, los nervios, cómo se ha transmitido el miedo, el miedo también" (ENT SSyPS)

Según la evidencia publicada, los mayores niveles de depresión y ansiedad habrían ocurrido en las primeras semanas del confinamiento y se hubieran reducido con paso del tiempo, lo que sugiere que hubo una adaptación a las circunstancias por parte de la población (73), a pesar de que la evidencia también muestre diferencias en relación a la adaptación a las medidas. Así, las mujeres verían estos resultados mejorados a medida que pasara el tiempo con las medidas de control, frente a los hombres, que con el tiempo empeorarían sus resultados en salud (62).

RESULTADOS DE LA EIS

En este sentido, también se ha evidenciado que según fue transcurriendo el confinamiento se fue produciendo un desgaste que los hombres lo atribuyen a la inactividad y las mujeres a la sobrecarga en los cuidados de menores o dependientes y a las tareas domésticas (74). El cansancio por la carga de cuidados ha sido mayor entre mujeres (69). Por todo ello, las diferencias en las preocupaciones por la pandemia e impacto desigual de las medidas de prevención entre mujeres y hombres, resaltan la importancia de considerar la perspectiva de género a la hora de planificar estrategias de prevención secundaria y terciaria (75).

El alargamiento progresivo de las medidas de restricción de la movilidad y los contactos sociales han producido una fatiga pandémica, que ha tenido diferentes momentos e intensidades, pero que ha afectado especialmente a los niños y las niñas en la primera fase del confinamiento domiciliario (GF mujeres) y tras el restablecimiento de las restricciones de la movilidad a personas mayores, trabajadoras esenciales y jóvenes, provocando en estos últimos sentimientos de incompreensión de las medidas y rechazo a las mismas (GF mayores; GF mujeres; GF jóvenes).

“Dos meses sin salir a la calle, eso ha sido una pasada para ellos, se han acostumbrado (...) no poder socializar con otros críos y no poder aprender, descubrir, avanzar, eso es lo que ha podido faltar en la calidad de vida” (GF mujeres)

“Ha habido medidas que se han hecho con lógica, otras sin lógica... por ejemplo si te juntas más de cuatro personas en la calle te multan, pero luego en el metro puedes ir con cuarenta personas...” (GF jóvenes)

“[los centros de mayores siguen cerrados]...pero resulta que te montas en el autobús, vas al tren, vas al supermercado... hay unas series de cosas sin sentido por ahí” (GF mayores)

En los momentos o situaciones donde no se podía salir del domicilio, añadido a la falta de actividad física y el aislamiento social, la falta de información de calidad y la exposición prolongada a noticias contradictorias relacionadas con la pandemia, mensajes atemorizantes y simbologías autoritarias, habrían sido causas que han ocasionado síntomas de estrés y preocupación durante el confinamiento entre las personas en nuestro contexto (GF AAVV; GF Entre las personas que habrían transitado procesos de duelo o malestar psicológico, la imposibilidad de salir de la vivienda y la dificultad de encontrar intimidad en el hogar cuando se convivía con otras personas, podría haber dificultado y agravado el desarrollo de estos procesos (GF AAVV).

“(...) tú te encuentras en un momento en el que estas muy mal, (...) ha sido muy complicado, porque decir, me voy a llorar al balcón y los hijos detrás y decir me voy a tirar la basura pues yo también quiero...al final buscaba mil excusas para decir me voy”. (GF AAVV)

La imposibilidad de acompañamiento a las personas cercanas en su proceso de enfermedad ni en los últimos momentos de vida habría sido un factor agravante de la pérdida, al igual que las limitaciones por aforo en los espacios de velación y funerales, que ha supuesto malestar emocional y frustración (GF mayores; GF AAVV).

“Toda la vida con él de día y de noche cuando ha ingresado y justo ahora... pues eso. Hablé con él y le dije “no te hemos abandonado, porque pasa esto y esto y no podemos estar”” (GF mayores).

“Mi padre al final fallece el 31 de marzo y bueno, pues está un mes ingresado y hasta que me dejan ir a visitarle, a medida que estamos con él peor llega un punto que ya no nos permitieron visitas y muy doloroso (...) Y el no darle una muerte digna, yo creo que mi padre no ha tenido una muerte digna, en ese sentido hemos retrocedido unos cuantos años (...) mi padre ha muerto solo en la habitación del hospital y ha sido muy complicado” (GF AAVV)

Frente a las limitaciones al movimiento y las restricciones para las actividades diarias, ciertas conductas y factores contribuirían a mitigar las consecuencias negativas en salud mental y estado emocional del confinamiento. Entre ellas, mantenerse activo físicamente (60,76–79), algo que también aplicaría entre la población menor de edad (80), o la capacidad de auto-producción y provisión de alimentos en la comunidad, junto con la estabilidad de servicios sanitarios básicos, la cohesión comunitaria, unas buenas condiciones de la vivienda, y la estabilidad de la comunicación y el transporte (81). El mantenimiento de las relaciones sociales a través de las redes sociales y el uso de sistemas de comunicación virtual, han actuado como amortiguador de la ansiedad y el estrés provocado por las restricciones de contactos presenciales (GF jóvenes).

“(...) me apoyé mucho en las redes sociales que al final es una bendición tener Internet y poder comunicarte con las personas” (GF jóvenes)

Más allá del impacto negativo de las medidas, parece que la situación sobrevenida por la pandemia habría tenido un impacto positivo en la adaptabilidad y la habilidad de gestión del tiempo, principalmente entre mujeres (69). Por su parte, algunas personas destacaron positivamente el contar con más tiempo para sí mismas y el autocuidado (GF mayores; ENT género). En el caso de Francia, también se han descrito experiencias positivas en periodo de confinamiento entre personas que contaban con un entorno familiar favorable, una actividad laboral exenta del riesgo de contagio y una vivienda con un espacio abierto o jardín (57,82). Además, el aumento del tiempo en el hogar ha supuesto una recuperación de espacios de ocio y sociabilidad entre personas convivientes, repercutiendo en la mejora de las relaciones familiares (GF madres y padres; GF jóvenes).

RESULTADOS DE LA EIS

“A mí me gusta tallar madera, entonces ahí estuve en ese tipo de cosas. Entonces bueno, pues se pasaba el tiempo” (GF mayores)

“Pero luego, yo vivo con mis padres y con mi hermana y hemos hecho videos, comido, hemos visto pelis... cosas que antes hacíamos y que ya no hacíamos. Sí que nos ha unido momentáneamente y yo no me he sentido agobiada para nada” (GF jóvenes)

“En el propio momento de la pandemia percibieron cambio incluso era mejor, porque compartían más tiempo con ama y aita porque están teletrabajando, pues mejor” (GF madres y padres)

Los estudios muestran que hay grupos de población o colectivos que se han visto impactados por las medidas de confinamiento y reducción de la movilidad de manera especial. Entre estos se pueden destacar, la población infantil y adolescente, personas mayores, personas con problemas de salud mental y discapacidades previas, o mujeres embarazadas.

Población infantil y adolescente

Los estudios han indicado que, en comparación con la población adulta, la pandemia puede tener consecuencias adversas a largo plazo en la salud mental de niños/niñas y adolescentes (83,84), con un amplio consenso de esta realidad desde el punto de vista de profesionales de distintos ámbitos de trabajo social y educativo con esta población (85).

Así, la situación de confinamiento domiciliario habría tenido un impacto negativo en su conducta con mayores reacciones emocionales y comportamentales, y una mayor probabilidad de problemas de desarrollo y mal sueño (86,87). Estudios han demostrado también la aparición predominante de síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento, inatención, miedo, tensión, soledad y frustración, enfado, tristeza y preocupación, además de una mala adaptación a los cambios entre niños y niñas (88–91), y adolescentes (92) (GF jóvenes).

“Yo he estado pasando por una etapa de ansiedad y depresión en el confinamiento. Al principio lo llevaba bien, con mi madre, juegos, películas... Pero llegó un momento en el que la higiene del sueño se fue y me acababa durmiendo a las 9 de la mañana, fatal (...) acabé con una crisis fatal, de querer morirme (GF jóvenes)

También se ha observado la falta de ocasiones de sociabilización y de relacionarse con pares (84) y de creatividad (91,93). Entre la población infantil, se han reportado falta de afecto físico entre familiares e ideas negativas sobre “el otro” como algo peligroso. Ello podría tener un impacto negativo en los aspectos relacionales y el aprendizaje a medio/largo plazo (GF madres y padres).

“Sí, el pequeño está mal y va con la psicóloga, tiene, está como más agresivo, más. Yo por lo menos veo que, cuando ya empezamos a salir, se ha acercado un compañero de clase y “¡venga, vamos a jugar!” y no quería jugar con nadie, que no, que no. (...) se hizo como más insociable, creo que es la palabra” (GF madres y padres)

RESULTADOS DE LA EIS

Los problemas de ansiedad y depresión entre adolescentes se ha reportado que sean causa de ideación suicida, disputas con la familia, insomnio y dificultades para lograr la concentración en el aprendizaje online (73) (GF jóvenes).

"(...) me ha afectado más después del confinamiento, lo que viene siendo ahora, que ya terminas más que con ansiedad, cansado, sin ganas de hacer nada. Yo en mi caso por ejemplo estudio y al final estudias no solo para sacarte la carrera, más que nada para luego el fin de semana estar tranquilo tú y decir "pues me voy de fiesta". Pero es que ahora no te puedes distraer, es todo el rato lo mismo" (GF jóvenes)

En el contexto francés, otros impactos negativos en población infantil tienen que ver con el aumento de los episodios de violencia y los accidentes domésticos, del tiempo de exposición a pantallas y el sedentarismo, así como la interrupción o discontinuidad de cuidados por enfermedades crónicas y/o discapacidad (84). También se han reportado efectos más adversos en niños/as en régimen de protección de la infancia, menores extranjeros no acompañados y niños/as con discapacidad (84). Además, el impacto puede verse agravados en el caso de los/as niños/as de familias menos privilegiadas (85), y en aquellos/as con problemas previos de comportamiento, como autismo y trastorno hiperactivo de déficit de la atención (88,91).

A diferencia de lo que se ha reportado en otros estudios realizados con población adulta y población general, en el caso de la población infantil el grado de afección habría sido mayor a medida que pasaron los días de confinamiento (86) (GF madres y padres).

"Mi hijo está todo el día sin parar, entonces las primeras semanas bueno pues bien pero a partir de la tercera, haciendo cosas pues para para que hiciese él. Fue un cambio ya cuando ya no se podía bajar a la calle porque no podíamos dar vuelta antes ya salíamos un poco al garaje con la bicicleta" (GF madres y padres)

Igualmente, los/as adolescentes en educación secundaria y con empleo han reportado tener más riesgo de presentar síntomas de ansiedad (86). Los/as estudiantes han mostrado ser un grupo vulnerable frente a las medidas adoptadas de aislamiento y confinamiento, presentando mayores niveles de estrés, soledad y soporte social autopercebido, pensamientos suicidas, síntomas depresivos, mayores niveles de consumo de alcohol, así como más casos de síntomas de trastornos de la alimentación (94-96). Si bien se han mostrado más vulnerables, estarían mostrando una capacidad de adaptación frente a la situación (97). En este contexto, el apoyo social recibido y un mayor uso de aparatos de pantalla se ha visto que reduce los impactos negativos en su salud mental (96), de la misma manera que ayudaba mantener las relaciones y la socialización (98) (GF jóvenes).

Asimismo, las personas jóvenes también habrían sido un colectivo afectado en mayor medida por las medidas adoptadas en pandemia, presentando mayores niveles de hiperactividad, conductas evitativas, ansiedad, depresión y estrés, así como más problemas de sueño, claustrofobia y somatizaciones, y mayores dificultades para mantener las rutinas (99,100).

Personas mayores

La pérdida de oportunidades para la interacción social, el aislamiento y las preocupaciones por su salud habrían empeorado la salud mental de las personas mayores (70,101,102), ocasionando problemas de ansiedad y depresión, estrés y soledad, empeorando la calidad del sueño y provocando mayor inactividad física, así como una menor capacidad de resiliencia (83,103–106). La situación de confinamiento ha supuesto una barrera para el mantenimiento de actividades que ayudan a un envejecimiento activo (107). Aun así, entre la población más mayor, se han encontrado estudios contrapuestos que evidencian un mayor o menor impacto en el sueño, la actividad física y los problemas de salud mental y emocionales según se avanza en la edad (79,108,109). Además de la edad, vivir solo/a (109), tener problemas de salud mental o discapacidad previos, ser mujer, tener alguna persona dependiente a cargo y/o alguna persona cercana con COVID-19 influirían en tener mayor riesgo de depresión, ansiedad y estrés (110) (GF mayores; ENT trabajadoras sociales).

“(...) lo de la represión del abrazo a mí me han machacado muchísimo lo de no poder dar besos, el no poder dar abrazos no poder ver a mi familia a mis amigos, mi sobrino no he podido verlo, a mí eso me ha me ha supuesto y mucho, además” (GF mayores)

“(...)para la gente que estaba algo dependiente o que tenía alguna carencia, ha sido totalmente negativo. Bien porque los que tenían algún tema de demencia o algo se les ha agudizado, bien por (...) la soledad. (...). Enfermedades que estaban estancadas han hecho para adelante y se han desarrollado con más rapidez” (ENT trabajadoras sociales).

Asimismo, las personas mayores y retiradas presentaban mayor probabilidad de autoconfinarse, lo que impacta directamente en mayores niveles de ansiedad y depresión (111). Entre personas mayores o personas con problemas de salud mental, el confinamiento desdibujó o privó de la estructura habitual de la actividad diaria, la cual puede ser especialmente importante para el mantenimiento de su bienestar (ENT discapacidad).

De la misma forma, la interrupción de paseos y otras actividades físicas y la pérdida de contacto familiar y social entre las personas mayores, personas con problemas cognitivos o personas en situación de vulnerabilidad social y de salud dependientes de atención y cuidados, han supuesto perder la oportunidad para trabajar los estímulos cognitivos, claves para estos grupos de personas, provocando un aceleramiento de los deterioros de salud física y cognitiva (GF mayores; ENT trabajadoras sociales; ENT SSyPS).

“(...) una pérdida de memoria, una pérdida muy grande de movilidad. El hecho de no poder mover. Claro, a la cama, a la silla, a la silla, a la cama. Dos meses así, si ahora tendría que hacer yo eso, seguro que no podré salir a la calle, porque te quedas anquilosado (...)” (GF mayores)

“(...) para la gente que estaba algo dependiente o que tenía alguna carencia, ha sido totalmente negativo. Bien porque los que tenían algún tema de demencia o algo se les ha agudizado (...). Enfermedades que estaban estancadas han hecho para adelante y se han desarrollado con más rapidez” (GF trabajadoras sociales)

Personas con problemas de salud mental y discapacidades previas, y personas cuidadoras

Entre las personas con problemas de salud mental en periodo de confinamiento, el estado de ánimo se habría visto perjudicado, con mayores síntomas de ansiedad, depresión, estrés, problemas de sueño y problemas de adicción (112) (ENT SMyAdicciones), así como un empeoramiento de las funciones cognitivas, síntomas conductuales y funciones motoras (113-116), con mayor impacto sobre el deterioro de su salud mental en mujeres y niveles socioeconómicos bajos (32).

En personas con alguna discapacidad física y/o intelectual se han reportado peores conductas, cambios de humor, además del retroceso en el proceso de aprendizaje y socialización (117). También un incremento de las dificultades para las actividades de la vida diaria entre personas con discapacidades físicas (118), así como falta de equipos de protección personal y acceso a servicios básicos de apoyo, estigmatización y discriminación pública, invisibilidad, exclusión y sentimientos de escasa importancia para los gobiernos y la sociedad (29).

Entre las personas cuidadoras de personas dependientes, se percibieron una mayor ansiedad, depresión, estrés y frustración (113,119), mayor irascibilidad, enfado, tristeza, miedo y cambios de humor (118,120). Los síntomas psicológicos y problemas conductuales de las personas con problemas de demencia, así como la discontinuidad de cuidados por parte de los servicios de salud, habrían sido causa de una mayor carga de estas personas cuidadoras (116).

Mujeres embarazadas

Las medidas de aislamiento social y confinamiento implementadas en época de pandemia han incrementado el riesgo de sufrir problemas psicológicos entre mujeres embarazadas y madres primerizas. Se han observado síntomas de depresión y ansiedad derivados de los sentimientos asociados del aislamiento social en un período en el que se han visto privadas del apoyo de la familia y amigos, así como a las situaciones de incertidumbre, miedo al contagio y transmisión vertical, y pérdida de motivación (121-128). Algunos estudios revelan un aumento significativo de estos síntomas en comparación con cohortes similares antes de la pandemia (129).

El miedo a no recibir la atención necesaria en un contexto general de crisis sanitaria se ha asociado con una intensificación de niveles de estrés y ansiedad (122,127), a lo que también ha contribuido el aumento de demanda de cuidados informales entre aquellas mujeres embarazadas con hijos o personas dependientes en casa dado el cierre de escuelas y centros sociosanitarios (130). La irrupción de la pandemia ha generado también un sentimiento de frustración para mujeres que se han visto confrontadas a una experiencia de embarazo muy alejada de sus expectativas (131-133).

El flujo continuo de información constante en los medios de comunicación y en las redes sociales sobre el aumento de las infecciones, casos graves y muertes relacionadas con el Covid-19 ha añadido nuevas fuentes de estrés y ansiedad para las mujeres embarazadas (128,131,134,135) y, en particular, para aquellas en situaciones de precariedad habitacional, pérdida de ingresos y dificultades de acceso a dispositivos sociosanitarios (121,124,136).

b. Impactos de las conductas relacionadas con la salud

Las conductas y actividades diarias de las personas han afectado sobre los niveles de estrés, el apoyo social y el bienestar de las personas durante este periodo. En este sentido, una creciente cantidad de evidencia demuestra el desigual impacto del confinamiento y de las medidas para el control de la pandemia en las conductas relacionadas con la salud según grupos sociales, si bien es cierto que, entre la evidencia publicada, en ocasiones se encuentran resultados contrapuestos con respecto a un mismo colectivo dependiendo del contexto, de las circunstancias que rodean la medida, o de las políticas o intervenciones ad hoc, que pueden funcionar como amortiguadoras del impacto negativo.

En todo caso, la mayoría de estudios han encontrado un patrón social común en los hábitos estudiados. Parece que ser mujer, joven y tener mayor índice de masa corporal (IMC) se asocia con un empeoramiento de conductas alimentarias, de actividad física y consumo de alcohol, al igual que vivir en una familia de bajo nivel educativo y con dificultades para llegar a fin de mes, aumenta el riesgo de exposición al humo de tabaco, ruido y pantallas entre niños y niñas.

La prolongación de este tipo de conductas en el tiempo, principalmente en edades cortas y adolescencia podría tener consecuencias negativas en la salud física y psicológica a largo plazo. En población general, también se han encontrado correlaciones entre los hábitos de vida adquiridos durante el confinamiento y los efectos negativos sobre los niveles de estrés, sueño y apoyo social.

La actividad física es uno de los hábitos más fuertemente afectados, con una reducción generalizada del nivel de ejercicio y aumento del sedentarismo. El impacto de la inactividad habría sido más importante en población de menor nivel socioeconómico. Por otro lado, el ejercicio regular durante los periodos de confinamiento ha demostrado tener un efecto amortiguador del impacto de estos en la salud, tanto física como mental. En este sentido, un desigual nivel de actividad física durante la pandemia ha podido suponer un aumento de las desigualdades en actividad física entre familias según su posición social y recursos.

El aislamiento domiciliario también ha impactado sobre las rutinas de sueño de las personas, si bien los estudios muestran resultados opuestos en relación a ello. De la misma manera, la prolongación del tiempo frente a las pantallas en distintos grupos de edad, habría tenido un efecto nocivo sobre la visión y los niveles de bienestar. Con respecto a prácticas de consumo de alcohol y tabaco, en el Estado español se observan resultados contrarios a lo recogido en la literatura internacional, con una disminución significativa del consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos, así como de las bebidas alcohólicas.

Actividad física

El confinamiento domiciliario ha demostrado ser una medida con gran influencia en conductas como la actividad física. Por un lado, la mayoría de los estudios han evidenciado un empeoramiento de los hábitos de actividad física, con la reducción del nivel de ejercicio y un aumento de hábitos sedentarios en la población general (67,72,137-151), además de entre otros colectivos específicos, como es el caso de estudiantes (152,153), la población infantil (84,89,93,154-158), adolescentes (159), la población adulta (104,160-162), y las personas con discapacidades físicas y/o intelectuales (117).

Por otro lado, hay evidencia de que la práctica de ejercicios de resistencia se redujo, mientras que la práctica de ejercicios de fuerza aumentó durante la pandemia (147,158). A pesar de ello, también se han observado diferencias en los cambios en la actividad física según la frecuencia de práctica anterior a la pandemia. En este sentido, se ha reportado un incremento de la actividad entre las personas menos activas con anterioridad (163) y una reducción entre las personas más activas (158,164-167). No obstante, otros estudios no reportan una reducción del ejercicio entre las personas que antes de la pandemia practicaban regularmente actividad física y sí un incremento entre las menos activas (78). Entre estudiantes, los/as que cumplían con los niveles de recomendación mínima de actividad previos a la pandemia habrían mantenido unos niveles más aceptables durante este periodo (153), aunque también el tiempo que habrían pasado sentados/as habría aumentado (168).

El impacto de la inactividad habría sido mayor entre grupos de nivel socioeconómico bajo y personas de menor nivel educativo (169-171). Otros estudios realizados en Francia han asociado una disminución de la actividad física con un mayor estatus social, disminución que, en el caso de los hombres, se asoció con un recurso masivo al teletrabajo (158,162). También se ha observado un aumento en el sedentarismo entre la población adolescente e infantil (169,170,172), así como una disminución de la movilidad activa en población general debido a las restricciones a los desplazamientos asociadas al confinamiento y los toques de queda (158). Asimismo, en varios estudios se han observado más barreras para la realización de actividad física entre mujeres (171,173-176), aunque también algunos han reportado un aumento del tiempo de actividad vigorosa, junto con menores niveles de incremento del tiempo sedentario, entre mujeres (166), así como entre embarazadas y recién paridas (121).

También se han publicado resultados mostrando un mayor impacto de la reducción de la actividad entre hombres (167), personas de más edad (174,177), y las que vivían solas/as, así como con alguna enfermedad crónica o discapacidad (171). A su vez, personas con niños y niñas menores de 6 años se han mostrado con más dificultad para mantener niveles de actividad física recomendables. Entre personas con alguna discapacidad física o intelectual la falta de acceso a instalaciones, espacios y actividades para la realización de ejercicio eran las principales causas de reducir la cantidad de ejercicio (117). Entre las personas mayores, se redujo el ejercicio físico realizado en espacios colectivos, restringiéndose a ejercicios menos dinámicos y de fuerza (GF mayores).

"(...) el que tiene una bicicleta, como tenía gente bicicleta, pues se daba unos paseos de miedo. El que estaba físicamente bien, pues se iba a Pagasarri. Joe, estupendamente. Pero los que para ir de aquí a allí necesitamos una silla, pues resulta que no hacíamos ninguna actividad, el pasillo de casa" (GF mayores)

Mientras, las personas con mayor nivel educativo, mejores capacidades de adaptación y satisfacción, y mayor soporte social han mostrado recursos para mantener niveles de actividad adecuados (170,178). A su vez, se han reportado mayores niveles de actividad física entre personas que salían a realizar ejercicio a garajes y patios, lo que podría indicar que disponer de espacios donde practicar ejercicio podría verse como un facilitador para ello (170,171,179). En Francia, durante el primer confinamiento se ha observado un aumento en el tiempo dedicado a juegos activos entre niños/as que residen en zonas rurales o periurbanas y en viviendas con un espacio exterior (158). En esta línea, ya se ha advertido del riesgo que el impacto desigual de las medidas de gestión podría tener para el aumento de las desigualdades entre familias con una mejor posición social y económica, ya que las posibilidades, recursos y espacios de los que dispone unas y otras para la realización de actividad física en interiores o exteriores no es la misma (180).

Aun con todo, la evidencia muestra los efectos beneficiosos de la actividad física regular durante la pandemia tanto para la salud física y mental, así como emocional de las personas (181).

Dieta y hábitos de alimentación

La alimentación saludable se ha visto afectada por las medidas preventivas de aislamiento entre la población adulta. En todo caso, este impacto del confinamiento domiciliario sobre los patrones de conducta saludable no ha sido igual según todos los estudios publicados y grupos de población. Estudios arrojan distintos resultados en relación a los cambios de hábitos de alimentación.

Ciertos estudios realizados en población general muestran un incremento del consumo de alimentos saludables, a la vez que una mejora en la calidad de la alimentación (50,138,139,182,183). Sin embargo, otros estudios muestran resultados opuestos en relación los hábitos de alimentación, especialmente entre personas con sobrepeso, de un mayor nivel educativo y mujeres, las cuales encontrarían mayor dificultad en mantener hábitos saludables de alimentación (140,149,184,185). Asimismo, habría habido un efecto negativo sobre las conductas de alimentación en relación al aumento de la cantidad ingerida (16,72,164,186). Otros estudios muestran que personas con un mayor nivel educativo se verían menos afectadas por el cambio de conductas no saludables (187). En el caso de Francia las personas con dificultades financieras, con hijos menores de 16 años o sometidas a niveles elevados de ansiedad o depresión han aumentado su ingesta de alimentos y reducido el consumo de frutas y verduras durante el primer confinamiento (188).

RESULTADOS DE LA EIS

Por el contrario, en la población infantil estudios han reportado empeoramiento de la dieta y hábitos de alimentación (85,93), al igual que los realizados con población adolescente (159,192,193). De la misma forma, las personas con problemas crónicos han mostrado una relajación con respecto al mantenimiento de una alimentación saludable (74), especialmente entre mujeres, personas con niveles de educación más bajos, falta de espacio en la vivienda y mayor duración de la enfermedad (194).

Según varios estudios, el incremento en el consumo de alimentos habría derivado en una ganancia de peso e IMC (175,188,195–198), así como en problemas de salud mental (150). La obesidad infantil es uno de los impactos que preocupan por su aumento a causa de los hábitos durante el confinamiento (181).

Detrás de estos cambios, los sentimientos de soledad podrían explicar el mayor consumo de alimentos, al igual que las situaciones de estrés y la falta de mecanismos de adaptación tendrían un impacto negativo en la cantidad de comida ingerida. En el caso de la población adolescente, el aumento en la ingesta de dulces vendría provocado por la sensación de aburrimiento y estrés ocasionados por la pandemia (199,200). Asimismo, el consumo de alimentos de alta densidad energética se ha visto asociado con el sexo, los hábitos de alimentación pre pandemia y la ansiedad creada por la COVID-19. En este sentido, ser mujer, presentar mayores niveles de ansiedad, y tener una alimentación descontrolada en época pre-pandemia eran factores de riesgo para un mayor consumo de alimentos de alta densidad energética (188,195).

Estudios han evidenciado la asociación entre la crisis generada por la COVID-19 y su impacto psicosocial, que vendría mediada por el estrés psicológico, causando trastornos de conducta alimentaria como atracones, episodios de consumo compulsivo, saltarse las comidas, etc. (201), lo que sucede con más probabilidad entre mujeres (188), personas no satisfechas con su imagen corporal y con problemas de trastorno alimentario (200), pero también entre personas viviendo solas y con hijos e hijas, y preocupadas por el riesgo de contagio COVID-19 (202,203).

De la misma forma, la posibilidad de adoptar prácticas saludables de preparación de comidas caseras estaría asociada con las estrategias de afrontación positivas (188,195). Parece que el cambio de rutinas ha implicado un mayor tiempo dedicado a la preparación de comidas y mayor tiempo dedicado a realizar comidas con los hijos e hijas (137) (GF madres y padres; GF jóvenes). La sensación de disponer de más tiempo también se asociaba con mayor planificación, selección y preparación de platos saludables, mientras que el estrés psicológico en mujeres se asociaba con una menor planificación, selección y preparación de alimentos saludables; y en hombres con una menor selección de alimentos saludables, pero mayor preparación de alimentos saludables (204).

Calidad del sueño

Estudios en población general muestran problemas de insomnio y reducción de horas de sueño (138,144,147,205) (GF mayores; GF jóvenes; GF madres y padres).

"(...) son 12 horas frente al ordenador, estudiando o hablando y llega la 1 de la mañana, las 2 de la mañana, sentarte en la cama y sentir que no has descansado en todo el día del ordenador, a raíz de eso me contaba dormir y algunos días alcanzaba el dormir 5 horas diarias" (GF jóvenes)

"No sé si los críos lo notaron, porque yo luego tuve insomnio, pesadillas, no dormía bien. De hecho, sigo estando todavía que me cuesta dormir a la noche y con miedo de volver a pasar por otro confinamiento (...)" (GF madres y padres)

A pesar de esta evidencia, también algunas investigaciones realizadas con población adulta han reportado un incremento del tiempo de sueño, así como la mejora de la calidad del mismo. La mejora en la calidad del sueño se ha mostrado como factor mediador de la actividad física y la calidad de vida (139,142,160,161).

Por un lado, los estudios publicados en relación a la población infantil, y tanto desde la percepción de las personas cuidadoras como de los profesionales, han reportado un posible empeoramiento de la higiene del sueño (84,85,154,155). Aunque otros estudios se ha mostrado un incremento de las horas de sueño entre la población infantil (89,206,207). Estudios también han observado síntomas de hiperactividad, cambios de conducta y emocionales causados por aburrimiento y dificultades psicológicas de sus madres, afectando a su calidad de sueño. En este sentido, las madres que dejaron de trabajar fuera del hogar en época de pandemia presentaban más probabilidad de sufrir cambios en las rutinas de sueño (208). Asimismo, se han observado cambios en las rutinas del sueño en bebés recién nacidos (121).

A su vez, en el caso de las personas con discapacidades físicas, se han observado trastornos y empeoramiento de la calidad del sueño en comparación con la pre pandemia (118), al igual que entre las personas con problemas crónicos que presentan un desgaste por inactividad, problemas de sueño y desánimo (74).

Por otro lado, entre la población estudiantil, los estudios han observado un incremento del porcentaje de personas que duermen la cantidad de horas recomendadas (209). La edad jugaría un papel protector frente al riesgo de tener problemas de sueño (189), siendo las personas más jóvenes las que menos habrían sufrido.

La evidencia muestra una relación entre el estrés psicosocial, la falta de sueño y la susceptibilidad de contraer la infección por COVID-19. Además de las dificultades psicosociales y problemas de auto control, y problemas de conducta externa e interna que implicaría la falta de sueño entre menores (155). En esta línea, adquirirían relevancia las estrategias de gestión del estrés y mejora de la calidad del sueño para el objetivo final de reducir la posibilidad de contracción del virus (155).

Exposición a pantallas y uso de aparatos electrónicos

La evidencia es unánime a la hora de reportar una exposición prolongada delante de las pantallas entre los niños y niñas, así como la población adolescente (84,89,154,157,158,192,210) (GF jóvenes).

“Sobre todo lo que más he notado ha sido el agotamiento mental, porque son 12 horas frente al ordenador, estudiando o hablando” (GF jóvenes)

Se dan los mismos resultados en relación al tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos (93,160,161). Entre la población adulta se han reportado resultados similares en cuanto a la exposición a pantallas (72,143,145,148), así como con respecto al uso intensivo de internet (137,200) y pornografía online (211).

Consumo de alcohol, tabaco y conductas de riesgo

La gran mayoría de los estudios realizados han reportado un incremento significativo en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento (50,142,144,149,175).

En el caso del tabaco, este aumento ha sido más probable entre las personas que fumaban habitualmente previo a la pandemia (164), con posibilidad de teletrabajar (212), y las que han tenido una mayor pérdida de bienestar (65). También se ha evidenciado un aumento de consumo mayor entre las mujeres (72). A pesar de esta evidencia, también algún estudio ha reportado una disminución del consumo (40).

En relación al consumo de alcohol, se ha reportado más riesgo de consumir entre hombres, personas jóvenes, con preocupaciones económicas y estrés añadido por la situación de pandemia, en desempleo y con un deterioro de su situación económica, personas teletrabajando y teleestudiando, personas con problemas de salud mental y deterioro físico durante la pandemia, y con antecedentes de problemas de abuso con el alcohol (213–218), así como entre mujeres de nivel socioeconómico alto y que vivían con niños y niñas (170). Asimismo, algunos estudios también han reportado un incremento del consumo de alcohol de forma compulsiva en población adulta (40,219).

En el caso del alcohol, también hay estudios en sentido contrario, donde se observa una disminución de su consumo (144,218), siendo mayor esta tendencia entre la población adolescente (16). Los datos de la encuesta del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones muestran una disminución significativa del consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos, así como de las bebidas alcohólicas (220). Otros estudios realizados en el Estado español también refrendan esta tendencia sobre el consumo de bebidas alcohólicas (138).

RESULTADOS DE LA EIS

Entre la población universitaria, los estudios van en la misma línea de lo publicado por el observatorio español, viéndose un cambio favorable en cuanto al consumo de tabaco, cannabis y alcohol (94,221), aunque algunos estudios mostraron un cambio desfavorable del efecto del aislamiento y confinamiento con un mayor consumo de alcohol (222), y tabaco, en mayor medida en el caso de los hombres (223), y un aumento del consumo de cannabis (ENT SMyAdicciones) .

“Pero sí estamos notando, ansiedad y consumo de cannabis, desde el punto de vista de tóxicos. Muchísima gente que está consumiendo cannabis. Una normalización de consumo que quizás está llevando a no ver ciertos problemas que antes sí se veían” (ENT SMyAdicciones)

Varios estudios realizados en Francia han descrito los efectos de la pandemia y el confinamiento en el consumo de sustancias ilícitas y en las estrategias desplegadas para asegurar el aprovisionamiento y stock de productos como la cocaína, heroína y cannabis (224). Se han reportado nuevos riesgos sociales y sanitarios entre consumidores más precarios debido a la disminución de la disponibilidad y de la calidad de estas sustancias, todo ello en un contexto de cierre o discontinuidad en el acceso a los servicios sanitarios y a los tratamientos de sustitución (225). También se ha señalado el mayor riesgo de desestabilización y trastornos psicológicos (depresión, pensamientos suicidas, descompensación), las dificultades de acceso a servicios sociosanitarios y otros recursos esenciales, así como los mayores índices de exposición al virus en los centros de acogida al inicio de la pandemia cuando escaseaban el material y los equipos de protección (225,226).



c. Impactos en las relaciones familiares y violencia de género

Las situaciones de confinamiento han acarreado un aumento del riesgo de exposición a situaciones de violencia intrafamiliar y de género, a pesar de la advertencia de que se habrían hecho menos visibles, y menos detectados y, por tanto, recibirían menos ayuda del exterior.

Un incremento del tiempo de reclusión en el domicilio habría generado cambios en las relaciones domésticas, así como un empeoramiento de la conflictividad en el hogar: problemas escolares, violencia física o mental, salud mental, etc. En este sentido, el impacto en las relaciones se habría dado en dos niveles. En un primer nivel, en las relaciones familiares que no habrían entrañado violencia. En un segundo nivel, las que sí habrían comportado violencia, bien de género o bien entre progenitores e hijos/as (paternofilia y/o filioparental). Si bien hubiera habido una agudización de estos problemas, también se habrían hecho menos visibles, y menos detectados y, por tanto, recibirían menos ayuda del exterior.

Relaciones familiares

Algunos estudios han mostrado que el impacto de la pandemia en el estado emocional y en los problemas de afecto en las familias varía según las vivencias y percepciones en cada una de ellas, aunque en general se puede observar un incremento del afecto negativo entre las parejas. La intolerancia a la incertidumbre creada por la pandemia habría afectado tanto a los niños y niñas como a los/as progenitores/as en su relación afectiva dentro de la familia. Esta afectación negativa de las relaciones familiares no parece estar asociado con el nivel de renta, con tener síntomas COVID-19 o vivir con otra persona contagiada, tampoco con ayudar en las tareas de la escuela a los/as hijos/as en casa, teletrabajar, desplazarse para trabajar o trabajar con personas infectadas (227).

Sin embargo, en otros estudios el aislamiento social, junto con el impacto económico, la inestabilidad laboral, el miedo al contagio y las nuevas formas de relación, sí parece que habría incrementado los niveles de estrés (137), y por ende el riesgo de violencia familiar hacia los niños y niñas (228). En este sentido, algunos estudios han reportado un mayor riesgo de exposición a situaciones de violencia o que pongan en riesgo la integridad de los niños y niñas (85,228) (ENT trabajadoras sociales), y de la población adolescente (229).

“Más problemáticas, más violencia filioparental, de los hijos, porque están más tiempo en casa. Les tienes que decir no a más cosas y claro, surge la violencia” (ENT trabajadoras sociales)

RESULTADOS DE LA EIS

Estas situaciones se darían más entre las familias de mayor vulnerabilidad (230), así como entre niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, con problemas de salud mental, origen migrante, grupos minoritarios y bajos niveles socioeconómicos, particularmente (32,231) (ENT pobreza).

"(...) la psicóloga está preocupada. (...) otra demanda explícita e implícita, es la tensión en las relaciones familiares (...)" (ENT pobreza)

El aislamiento de los menores repercute en las relaciones con familiares y la falta de contacto con otras personas significativas (85), y entre las personas jóvenes, las malas relaciones familiares pueden derivar en síntomas de depresión, neurastenia y trastornos obsesivo-compulsivo. Las medidas de confinamiento domiciliario pueden causar mayor conflicto entre hijos/as-padres/madres (210), y agravar los anteriores síntomas (232).

Además, en el caso de la población infantil, la exposición a la violencia intrafamiliar aumentaría los problemas de salud mental y física y sociales a largo plazo (231). Asimismo, el aislamiento social de la población adolescente, junto con el cierre de escuelas, ha agravado los problemas de salud mental e incrementado las conductas agresivas y violencia en el domicilio (233).

A pesar de las consecuencias negativas, algunas personas refirieron una mejora de la calidad de las relaciones familiares por disponer de más tiempo para convivir, con horarios más flexibles y con mayor disposición por parte de las/os convivientes a mantener un buen ambiente y otras, un empeoramiento de las mismas por un mayor estrés, irritabilidad y nerviosismo (GF madres y padres; GF jóvenes; ENT pobreza).

"(...) el confinamiento nos ha venido muy bien a todos para apoyarnos mucho más a nivel familiar" (GF jóvenes)

"Nosotros, el hecho de habernos quitado los relojes de nuestra vida, el quitarnos todos esos horarios, marcas de tiempo a lo largo del día, ha hecho como que sea todo más tranquilo durante el día. (...)" (GF madres y padres)

"Han sido capaces de exteriorizarlo, la parte más íntima de: "Ahora discutimos más, mi hijo está insoportable"" (ENT pobreza)

Violencia de género

En situaciones de emergencia que implican periodos de confinamiento y aislamiento domiciliario, la violencia de género aumenta a menudo (234). En este sentido, las medidas para controlar la pandemia han obligado a las víctimas a permanecer encerradas en casa con su agresor, lo que ha implicado un agravamiento de la violencia doméstica contra las mujeres, de los casos de maltrato y depresiones (235-243).

RESULTADOS DE LA EIS

A pesar de ello, la evidencia muestra que esta intensificación pudo no verse reflejada en las denuncias durante el confinamiento estricto, por la percepción de falta de alternativas por parte de las víctimas durante las primeras semanas de confinamiento y, por otra parte, con la dificultad de solicitar ayuda a través de los canales habituales como es la Atención Primaria (ENT género), lo que produjo una escalada de visibilización de casos de violencia de género durante periodos de desconfinamiento o desescalada (ENT trabajadoras sociales).

“La atención primaria, los centros de salud, son muchas de las veces la puerta de entrada más importante y la más generalista y menos marcada, porque servicios sociales es un grupo poblacional de mujeres en situación de violencia que pueden representar por así decirlo el 12%. Para aquellas que tenemos una situación más de integración, con precariedad menor, en estas, la puerta de entrada que tiene que ver con atención primaria, que claro, ahí no se han llevado a cabo las llamadas telefónicas” (ENT género)

“Hemos detectado que hubo un parón muy importante de los casos de violencia durante los primeros 15 días del Covid, asociado al temor el pensar pues dónde voy a estar mejor, no me voy a ir a una casa de acogida me refiero con la posibilidad de contagiarme, entonces una parte de cierre en ese sentido y de reducción y posteriormente con el tema de la desescalada ha habido una ampliación muy fuerte de casos” (ENT género)

“(…) nosotros desde servicios sociales éramos conscientes que muchos maltratadores estaban conviviendo con las maltratadas. Claro, y eso, en marzo-abril y mayo probablemente hubo muy pocas denuncias, pero las denuncias se han desatado después y ahora” (ENT trabajadoras sociales)

Los datos oficiales de la CAPV sobre denuncias por violencia contra las mujeres registradas durante los meses de confinamiento muestran un descenso con respecto al mismo periodo del año anterior (un 17,7% de reducción, específicamente) (234).

El aislamiento, distanciamiento social, limitaciones para acceder al apoyo profesional e informal y acceso a la denuncia, así como abstenerse de usar los servicios de ayuda comunitaria y atención sanitaria en una situación de abuso por miedo a colapsar o sobre utilizar la atención sanitaria son algunas de las causas que pueden agravar las situaciones de violencia doméstica (136,239), además de la ansiedad o las dificultades financieras (228).

d. Elementos amortiguadores o intensificadores de los impactos del confinamiento domiciliario y la reducción de la movilidad

La literatura científica y el análisis del trabajo cualitativo con colectivos especialmente afectados y personas expertas, muestran que existen diversos elementos que han servido bien como intensificadores o bien como amortiguadores de los efectos que las medidas del confinamiento domiciliario y la reducción de la movilidad han tenido en la salud y el bienestar de las personas.

Las condiciones de vivienda, la carga de cuidados domésticos, los espacios y entornos residenciales, además del apoyo social, las redes comunitarias y la exposición a la información a la que se habría visto expuesta una persona, han jugado un papel protector o perjudicial para el bienestar. En este sentido, la falta de espacios exteriores, luz natural o dificultades para el juego y ejercicio han sido factores que han impactado sobre la calidad de vida de la población infantil y adulta, y la brecha de género en el reparto de cuidados junto con la intensificación de su carga ha supuesto una sobrecarga emocional y estrés mayor para las mujeres.

Frente a las medidas implementadas que han ocasionado la disminución del apoyo social, el surgimiento de redes de solidaridad comunitaria y vecinal, unida a una intensificación de las redes familiares, ha tenido efectos positivos que han actuado como amortiguadores, en especial en el caso de las personas mayores o que viven solas, pero también a colectivos vulnerables de menor nivel socioeconómico y con mayores necesidades, dando soporte a nivel emocional y material.

Entorno residencial y condiciones del espacio público

Estudios han demostrado el impacto negativo en los niveles de bienestar, además del deterioro físico y psicológico de las personas, a partir de las restricciones para salir a espacios abiertos y las limitaciones para estar al aire libre (82,244,245). En línea con estos resultados, las restricciones de acceso a espacios públicos exteriores ha derivado en una reducción de ejercicio y conductas desfavorables en relación a la actividad física de la población infantil y adolescente (246). En este sentido, se ha demostrado la importancia de disponer de espacios para el juego y actividades recreacionales al aire libre, así como facilidades para acceder a parques exteriores entre estos grupos (247).

Características de la vivienda

Dadas las restricciones para salir a exteriores, las condiciones de la vivienda también han repercutido en la calidad de vida y bienestar de las personas (248) (GF mayores; GF madres y padres). Por un lado, los espacios verdes y la presencia de plantas en los domicilios se asocian con menos enfado, irritabilidad, miedo y problemas de sueño durante el confinamiento. Por otro, tener luz solar natural con menos problemas psicosociales, entre otros, miedo, enfado, confusión, aburrimiento, irritabilidad, baja concentración y problemas de sueño (249). No disponer de espacios abiertos en el domicilio durante la cuarentena se asociaba a sensaciones y pensamientos negativos (177). Disponer de un espacio exterior, fue un factor que contribuyó a mejorar de forma importante la calidad de vida durante el confinamiento, principalmente en el caso de las familias con niños/as y de personas mayores, lo que sugiere que sus efectos adversos han sido menos pronunciados entre categorías socio-económicas que disfrutaban de mejores condiciones de vivienda o con la opción de trasladarse a una segunda residencia en periodo de confinamiento (250) (GF mayores; GF madres y padres).

“En mi casa tenemos jardín, el piso es normal, pero tenemos jardín y eso ha sido la salvación (...), el ver el cielo libre ha sido una maravilla” (GF mayores)

“(...) viviendo como vivo en una casa en las afueras, pues entonces nosotros en ese aspecto hemos estado bien. Los críos han estado bien, tenemos huerta, tenemos tal, hemos estado al aire libre (...)” (GF madres y padres)

“Yo con mi marido, vamos lo pasamos muy bien, porque Mari Tere ya sabe mi casa, vivo en el último piso y tengo una terraza propia mía tan grande que mi propio piso. Entonces lo vivimos en la calle, porque estábamos solos y comíamos además que tuvimos la suerte de que hizo buenísimo (...)” (GF mayores)

Las restricciones a la movilidad y confinamiento domiciliario intensifican la exposición a malas condiciones de la vivienda, con especial repercusión en el desarrollo cognitivo de los niños y niñas – ausencia de posibilidad para el juego, para luz natural, exposición a humedad, ruido y falta de ventilación- (85). Además, se ha evidenciado cómo el impacto de las dificultades que viven las personas adultas impacta en ellos/as, siendo el hogar uno de los espacios relevantes de convivencia y desarrollo (251).

La exposición a malas condiciones presentan un marcado patrón social tanto en población infantil (157), como en población general, experimentando las personas en situación económica desfavorecida situaciones de hacinamiento, dificultades para mantener distancias, falta de acceso a Internet (20,250) (GF jóvenes; ENT trabajadoras sociales). El confinamiento ha podido tener impactos en salud diferentes en grupos como las familias monoparentales con niños pequeños (250), y la población inmigrante irregular o de etnia gitana, dadas situaciones de residir en viviendas con menos de una habitación por persona (252), o en las que es difícil adoptar medidas de higiene y prevención (253–257) (GF AAVV; ENT trabajadoras sociales; ENT SmyAdicciones; ENT migración).

"(...) yo quería hablar en nombre de los chicos que yo represento. Ahí sí que se nota la diferencia. (...) han tenido que convivir diez personas en un espacio de como esto... pero abierto, quiero decir, sin su privacidad, sin acceso, sin ordenadores, o con un ordenador para todos. Luego han tenido que dejar los pocos trabajos que tenían (...). De hecho, han pasado el Covid, [chasquea la lengua] se contagió uno de ellos y contagió a ocho de los de la casa. Porque era imposible..." (GF AAVV)

"Así como vimos que a nivel de coronavirus inicialmente estos no se contagiaron, ahora sí que están habiendo contagios, con todo el problema que eso lleva. Porque no tienen sitios donde aislarse, es decir, yo si vivo en un piso con ocho compañeros, por mucho que quiera no me puedo aislar" (ENT SmyAdicciones)

"En cuanto a vivienda pues ha sido otro factor muy importante que ha contribuido a empeorar su salud en todos los sentidos. Tanto porque no se ha podido garantizar en ningún momento el aislamiento en aquellos casos en los que era necesario, por el número de personas que muchas veces comparten piso y hasta habitación (...)" ENT migración)

"(...) yo lo veía en mi casa, dos niñas, que necesitaban a la misma hora el tema de la video llamada se me colgaba el internet, y yo tengo una red normal. Pues los usuarios nuestros, pues normal, no tienen" (ENT trabajadoras sociales)

Sin embargo, a pesar de que, de forma general, existe gran evidencia del impacto negativo de la pandemia en los resultados en salud de la población, la implementación de medidas de distanciamiento social ha supuesto también una notable mejora en la calidad del aire (258). Algunos estudios han estimado el impacto positivo (en vidas salvadas por enfermedades cardiovasculares y respiratorias) que la reducción de partículas de contaminación en el ambiente ha tenido durante los meses de confinamiento, restricciones a la movilidad y parón de la economía (259).

Trabajo doméstico y cuidados informales

El tiempo de trabajo remunerado se ha visto reducido, mientras que el no remunerado ha crecido sustancialmente en tiempo de pandemia (260). A pesar del aumento del tiempo dedicado a las tareas del hogar y los cuidados, la mayor parte del tiempo extra lo han asumido las mujeres (240,261–263). Aunque algunos estudios muestren que en términos relativos el tiempo de hombres al cuidado ha aumentado más, la brecha de género sigue existiendo debido al hecho de que la base inicial era superior para las mujeres (260,264–267). Asimismo, a pesar del desigual reparto de las tareas del hogar, la diferencia es menor en aquellas tareas menos "desagradables" desde el punto de vista de los hombres –como cocinar–; a diferencia de lo que ocurre en tareas de limpieza y colada (268).

Teniendo en cuenta el estado laboral de las personas, se ha visto que las mujeres empleadas dedicaban el mismo tiempo que los hombres desempleados, y las mujeres desempleadas dos veces más que hombres empleados (263). Por otro lado, también se ha evidenciado una mayor probabilidad de pedir una reducción de jornada o modificar horarios para hacer frente a los cuidados en el caso de las mujeres. En parejas, mayor probabilidad para que lo haga la mujer frente al hombre (262,269). Y también mayor probabilidad en mujeres monoparentales, frente a las que viven en pareja (263,270).

Las normas sociales también parecen actuar como protectoras del trabajo extra de cuidados en el caso de los hombres que teletrabajan, pero perjudican a las mujeres con esta posibilidad (271), y con niveles de educación superior (136,261). La combinación del teletrabajo y del cuidado y atención a las tareas escolares de los niños y niñas ha supuesto una sobrecarga de trabajo y emocional más intensa para las mujeres, que ha generado ansiedad y estrés psicológico (GF mujeres; GF madres y padres).

“Yo de estar con la cría a las 10 estudiando, me levantaba a las 5:45 para hacer la colada, para tener tiempo para no sé qué, las lentejas a las 23 de la noche para llegar a no sé cuántos. Un caos. (...) de repente una reunión de no sé qué no sé cuánto a las 14.00 y yo “le tengo que preparar la comida a mis hijos”. Con la lengua fuera. A mí me supuso un antes y un después a nivel emocional, fue terrible” (GF mujeres)

“(...) se notaba esa presión, por parte de los andereños, “es que hay que mandar, los vetos y videos” el mío decía “ama que tienes que grabarte un video haciendo tal o leyéndome un cuento” y luego no quería, decía llorando “ama no quiero, que no quiero” y yo notaba esa presión. Luego la que está en segundo de primaria “hay que mandar los ejercicios y hay que...” estrés. Para mí fue un estrés” (GF madres y padres)

Asimismo, las desigualdades se acentúan en contra de las mujeres que deben de hacerse cargo de los cuidados de menores o dependientes (136,272). Hay también diferencias entre personas en puestos de trabajo esenciales y no esenciales, estos últimos mostrando una menor presión de las tareas del hogar y cuidados (267). En el contexto francés se ha observado que el confinamiento no ha afectado significativamente al tiempo que dedican hombres y mujeres a la preparación de la comida, una tarea que seguido recayendo en las mujeres y que, de hecho, se ha identificado como una de las causas de tensión en las parejas durante el confinamiento, sobre todo entre las más jóvenes (273).

RESULTADOS DE LA EIS

A pesar de todo, y aunque parece que de forma general e independientemente del tiempo disponible y la situación laboral, los roles de género son un factor de desigualdad en el reparto de tareas (268,274), un estudio realizado en el Estado español muestra un cambio de dirección en el reparto de tareas, dándose un reparto más igualitario entre padres y madres en la realización de tareas del hogar y de cuidados, siendo esta tendencia además más probable entre mujeres en un nivel ocupacional mayor (275). En cualquier caso, hacerse cargo de los cuidados de menores durante el confinamiento domiciliario, supone peores resultados de salud mental (88), en mayor medida entre mujeres (262,266). Al igual que también se ha encontrado una asociación entre el tiempo de dedicación a las tareas de cuidado y el nivel de estrés psicológico (270,271) (GF mujeres). Estudios han mostrado que el aumento en la carga de cuidados habría desencadenado mayores niveles de estrés, depresión (274,276), así como ansiedad y miedo, y mayor dificultad para conciliar las tareas de cuidado y sus propias necesidades (83) (GF madres y padres).

“Yo creo que hemos estado al límite que ha sido súper estresante, la compra, la comida y el niño a jugar y cuando empezamos a salir, que se iba el padre con una, encontrar la soledad fue... porque no tienes un momento solo, solo deseamos eso”. (GF madres y padres)

“(...) aparte de eso como cuidadora principal de otra dependiente que es mi padre, ahora que yo estos días mi padre se cayó se rompió la cadera y le ingresaron en el hospital, con lo cual yo tuve que hacer una huida hacia delante e ir a trabajar. Y nos encontrábamos trabajando ya digo como pollo sin cabeza” (GF mujeres)

El confinamiento supuso una intensificación de las necesidades de cuidado en las familias, tanto en relación a personas dependientes, mayores o a niños y niñas, que tuvo una escasa respuesta para contrarrestar sus efectos. En general, la respuesta se ha calificado como altamente “reactiva” y “centrada en la urgencia”, en comparación con otro tipo de medidas orientadas a proteger a los individuos y familias de la pérdida de la renta, de mayor carácter estratégico, potencia y calado, y se ha considerado el cuidado como un asunto privado que no merecía medidas amortiguadoras (ENT SSyPS; GF madres y padres).

“Ha habido medias positivas con respecto a lo socioeconómico que tienen que ver con lo que es el sostenimiento de la renta de las familias. En cambio, en el tema de los cuidados se ha sido mucho más reactivo, a la defensiva y lo que se ha hecho ha sido como de emergencia, muy de trinchera. (...) No ha habido medidas proactivas para la situación de las familias en las casas o que no hayan sido responder a la urgencia” (ENT SSyPS)

“Yo no noté lo que dicen de los vecinos, la solidaridad, en ningún momento me dijo la vecina de al lado “¿oye necesitas algo, los críos?”, nada. Tenía que esperar que se durmieran los críos para bajar la basura, o cuando ya nos dejaron ir al súper, ¿con quién dejo a los críos? Tengo que llevármelos y la mirada de la gente “¡esta loca de aquí qué hace con dos niños!” y yo ¿tú te has parado a pensar que no tengo con quién dejarlos?” (GF madres y padres)

Apoyo y cohesión social

Estudios han demostrado peores resultados en el bienestar y la salud psicosocial de las personas con menor apoyo social, y menos relaciones sociales en época de pandemia y confinamiento (144,248,277). Asimismo, los menores niveles de participación social (en actividades familiares, vecinales, con amigos/as y religiosos, u otro tipo de actividades que requieren socializarse con la comunidad) se asocian con peores niveles de satisfacción (17) (GF mayores; GF madres y padres).

“(...) con el tema del deporte escolar, aquí estamos castigando a los críos. Cuando eso es un punto muy necesario para aprender otro tipo de cosas, como el compañerismo o no sé, la dinámica de seguir una constancia con algo” (GF madres y padres)

“¿Que echo de menos a los jubilados? Pues sí, porque yo ahí pasaba y tenía mucho trabajo y muchas cosas y hechas. Tampoco pasabas el tiempo haciendo cosas raras, que te ibas por ahí, las excursiones, los viajes preciosos que hacíamos, llenábamos los autobuses la gente estaba súper contenta y esas cosas las hecho mucho en falta” (GF mayores)

La evidencia muestra que las medidas implementadas han ocasionado la disminución del apoyo social, de la interacción social y el mayor aislamiento para las personas con problemas de demencia y las personas cuidadoras, lo que ha derivado en un aumento de la sensación de soledad, además de síntomas de depresión y una mayor medicalización de estas (278) (GF mujeres).

“De repente te ves sola, compaginar todo eso sola y estar toda la vida con él y de repente sola. (...) yo no sé cómo he salido cuerda de todo esto. Entonces tuve la suerte que podía compaginar el trabajo con casa con el ir y venir, pero claro, una cría de 14 años y una cría de 8. Y no podía contar con mis padres, y fue terrible gestionar las emociones de todo el mundo, porque yo era la jefa, la psicóloga... me llamaban por todo. (...). Entonces a mí psicológicamente me afectó muchísimo, solo lo supe yo y mis compañeras y tiras para adelante” (GF mujeres)

Otros estudios, por su parte, han observado diferente impacto entre los grupos de personas con problemas de salud mental crónicos y agudos. Así, las personas con problemas crónicos previos no mostraron cambios en cuanto a su nivel de participación social, inclusión social, y mostraron mayor resiliencia que las personas sin problemas mentales para hacer frente a las medidas adoptadas que las personas sin problemas mentales, a diferencia de los que sufrían problemas agudos, quienes vieron mejorar su salud desde la pre pandemia al periodo de durante y de después de la pandemia (279). Otros estudios en poblaciones con patologías específicas también han observado un impacto negativo en el acceso a ayuda de la familia y soporte social (280) (GF AAVV; ENT SSyPS). Sin embargo, el surgimiento de redes de solidaridad comunitaria y vecinal, unida a una intensificación de las redes familiares, ha tenido efectos positivos que han actuado como amortiguadores, en especial en el caso de las personas mayores o que viven solas (ENT pobreza).

Así, tanto en el ámbito rural como urbano, se destacaron las redes familiares como aquellas que mejor funcionaron en torno a la provisión de los cuidados a nivel emocional y soporte con las necesidades básicas (281). También se puso de relevancia el refuerzo de las redes y apoyos vecinales durante el confinamiento (281), así como las oportunidades de entretenimiento y encuentro que emergían en momentos puntuales como “la hora de los aplausos”. En el ámbito rural, el carácter habitualmente más cercano de las relaciones vecinales posibilitó que estas continuaran dándose e incluso intensificándose durante el confinamiento. Por su parte, especialmente en el ámbito urbano y con mayor intensidad en aquellos barrios de menor nivel socioeconómico y con mayores necesidades, se destacó el papel de las redes de apoyo generadas en los barrios para dar soporte a ciertos colectivos con la compra de alimentos o productos básicos (282). En algunos casos, estas redes comunitarias estaban conformadas por asociaciones o colectivos de los barrios, en otros casos se coordinaban desde los ayuntamientos junto con la participación de otras entidades y voluntariado y en otros, participaban toda la red de agentes, tanto municipales como sociales (ENT trabajadoras sociales; GF jóvenes; GF AAVV; ENT pobreza). También en la población adolescente e infantil en edad escolar se ha reportado un incremento del apoyo, unido con la mejora de los hábitos saludables (283).

“En otros barrios ha habido una coordinación total entre las asociaciones, los jóvenes, la unidad de barrio, policía municipal, Cruz Roja, todo. La coordinación ha sido constante y el apoyo del teléfono también, las familias que teníamos las llamabas cada x tiempo, había una referente siempre, entonces ha ido dando problemas entonces yo era la que iba centralizando los problemas y los desviaba a la red de apoyo o a la red vecinal” (GF AAVV)

“(...) A mí el confinamiento me salvó la red, he llegado a hacer 1000 mascarillas. En toda mi familia éramos toda una cadena de montaje, y a mí me salvó la cabeza. (...)” (GF AAVV)

“La red vecinal ha sido la red de apoyo principal, se comprueban compra entre vecinos y si hacía falta. Luego también el hecho de que todas nos conociamos ya sabes lo que pasa pues esa salida no sé cuántas veces” (GF Jóvenes)

Exposición a medios de comunicación y uso de redes sociales

La sobreexposición a medios de comunicación y el alarmismo creado, incluyendo la propagación de noticias falsas, teorías conspiratorias, curas mágicas y noticias racistas, podrían haber incrementado los niveles de ansiedad y estrés (284,285), sentimientos de inseguridad y confusión (272), incluso conducir a problemas psicológicos de una mayor gravedad entre adolescentes (286). La constante exposición a noticias alarmistas y una sobreinformación sobre la evolución de la pandemia y sus efectos en diversos aspectos de la vida cotidiana presente en los medios de comunicación ha supuesto una fuente de estrés, ansiedad, tristeza, miedo y frustración, ante la cual algunas personas han optado por limitar dicha exposición (GF jóvenes; GF mayores).

“Yo empecé impactada por la cantidad de muertes que se oían todos los días (...). Luego tuve que dejar de leer noticias, si te leía como el encabezamiento de alguna noticia yo leo la prensa con la Tablet, pero veía tantas muertes que me angustiaban. No he salido y cuando salí ya fue a ver a mi nieta” (GF mayores)

“(...) en la tele lo único que veías eran noticias del COVID y te deprimías más” (GF jóvenes)

Por otro lado, las redes sociales han jugado un papel doble, suponiendo un espacio de información más libre y de contraste respecto a los medios de comunicación tradicionales, y a la vez una manera de mantener las relaciones sociales con familiares, amistades y el mundo exterior. Además del teléfono, los sistemas de mensajería y las videollamadas han tenido un papel primordial a la hora de facilitar este contacto y han resultado especialmente útiles en el caso de las personas mayores, muchas de las cuales se han acercado a ellas por primera vez en estos tiempos. Este uso intensivo de redes sociales se ha considerado una manera de apoyo social y una estrategia de afrontamiento colectivo de las restricciones a la movilidad (GF jóvenes; GF mayores; GF mujeres), aunque también pudo ser una fuente de estrés y ansiedad en la población adulta. Entre la población infantil, los niveles de ansiedad se ha visto que están asociados a los de las personas adultas, además de con un mayor uso de tecnologías, llamadas de teléfono y videollamadas. En el mismo estudio se ha visto que en familias de nivel socioeconómico más alto hay una tendencia menor al uso de redes sociales y tecnologías entre niños y niñas (287).

Comunicación y confianza social

La falta de confiabilidad de la administración y los gobiernos podría ocasionar una pérdida de la confianza de la información oficial y, por lo tanto, impactar sobre el cumplimiento de las medidas de prevención. En otro ámbito, la información y mensajes propagados sobre los brotes y contagios en residencias de mayores, también podrían dañar la confianza social y la imagen de ciertos sectores, como es el caso de la población mayor, haciendo sentir a este grupo de la población que es una carga para los cuidados, llevándolos a un riesgo de exclusión social y pérdida de autoestima (288).

RESULTADOS DE LA EIS

Las diferentes medidas que se han ido implementando en diferentes fases y las diferencias entre diferentes contextos en la manera de aplicarlas o en la intensidad de las mismas, ha producido una sensación entre la ciudadanía de una aparente arbitrariedad, que genera incomprensión de las medidas y dificultades para su cumplimiento estricto y prolongado en el tiempo (GF jóvenes). La restricción de la movilidad en entornos más rurales y la no adaptación de las medidas a las particularidades de los contextos específicos de aplicación supuso desconfianza hacia la efectividad de las mismas de manera generalizada (GF mayores; ENT trabajadoras sociales).

"(...) habéis tenido todas las reuniones habidas y por haber, de acuerdo. Yo desconozco eso, pero resulta que te montas en el autobús, vas al tren, vas al supermercado... hay unas series de cosas sin sentido por ahí" (GF mayores)

"Yo creo que no se tenía en cuenta la radiografía del municipio. Yo soy de XX, la desescalada bien, no teníamos franjas. Pero XX que tiene sitio para dispersar gente, como puede ser el parque" (ENT trabajadoras sociales)



2.2.2 RESTRICCIONES EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS FORMALES

Destinados a personas especialmente vulnerables, como mayores y dependientes, las restricciones impuestas en los servicios y espacios de cuidados formales han tenido un impacto nocivo en el bienestar de las personas usuarias, sus cuidadores/as, así como en las trabajadoras de los centros residenciales (ansiedad, angustia, miedo al contagio, etc.)

El aislamiento de las personas mayores en los centros ha supuesto un deterioro mental, llegando incluso a problemas de desorientación, agitación y depresión. Las personas cercanas y familiares han mostrado sensaciones de tristeza, de culpabilidad y falta de información en ocasiones

Para las personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad y colectivos en riesgo de exclusión social, el mayor impacto se ha generado en torno a la privación de los cuidados por parte de profesionales, la restricción de sus relaciones sociales y estímulos vitales, así como la ruptura de sus rutinas diarias, impactando a múltiples niveles en su bienestar

Por su parte, la parada de provisión de cuidados a domicilio de los servicios sociales, así como de los centros de día y ocupacionales, trajo una carga añadida para familiares y personas cuidadoras informales (asumida principalmente por mujeres) que desembocó en síntomas de estrés, desgaste y agotamiento. Especialmente, en las mujeres migrantes cuidadoras o trabajadoras internas, aumentó la ansiedad derivada de la obligación de permanecer en los domicilios de los/as empleadores/as. Las familias o personas con mayor nivel socioeconómico, han tenido mayores oportunidades de asumir el coste económico de la provisión privada de los cuidados y las terapias suspendidas a personas con discapacidades diversas.

a. Residencias de mayores y otros centros de cuidados residenciales

Las restricciones impuestas en las residencias, centros de cuidados y demás servicios de atención residenciales, ha tenido impacto tanto en la salud mental como física de personas mayores y personas dependientes, e importantes efectos negativos en el bienestar, como el aislamiento y la soledad, especialmente de las personas residentes (289). La falta de otras medidas paliativas, como el uso de medidas de contacto telemáticas se destacó como agravante de estos impactos. (GF mayores; ENT SSyPS). Además del deterioro mental, en personas con pérdida de memoria se han dado complicaciones de comunicación con los profesionales por no reconocer a los/as cuidadoras con la mascarilla, provocando desorientación, agitación, depresión y pérdida de apetito (290).

El impacto negativo de la restricción de acompañamiento y visitas en los centros residenciales ha tenido también un importante impacto en los familiares y personas cercanas a los/as residentes que han mostrado sensaciones de tristeza, de culpabilidad, así como de no ser reconocido el rol del cuidador informal, y han expresado que necesitaban más información sobre el bienestar de sus allegados/as, y sobre las medidas y posibilidad de para realizar visitas y mantener el contacto (con calendarios, y horarios especiales o con la posibilidad de poner a una persona trabajadora del centro o residencia como contacto estrecho del usuario/a) (291).

Además, las trabajadoras de los centros han experimentado angustia, ansiedad y miedo al contagio de sí mismas, de sus propios familiares y de las personas residentes en los centros al encontrarse expuestas al virus sin medios de protección individual suficientes, siendo las personas que tenían una gran movilidad y exposición a diferentes contextos durante todo el periodo (GF mujeres; ENT pobreza).

“No solo tienen miedo de enfermar ellos, sino que, si el colegio cierra, se tienen que quedar con niños en casa y no tienen quién los cuide y la conciliación es complicada. Entonces se han aislado más” (ENT pobreza)

“Nosotras lo único que queríamos era no contagiar. No contagiar, porque nosotras éramos las que estábamos en la cola del supermercado, andábamos por la calle, íbamos en el transporte público...” (GF mujeres)

b. Cobertura de las necesidades de acompañamiento y cuidados a domicilio

El periodo de restricciones o incluso el cese de los servicios públicos de cuidado a domicilio, puso en jaque la cobertura de las necesidades de cuidado y de atención a domicilio de personas en situación de vulnerabilidad social, económica y de salud. Se puso asimismo de manifiesto la escasa articulación de los servicios formales de cuidados y aquellos de carácter comunitario (ENT SSyPS).

“Se hicieron algunas cosas, campañas de llamadas telefónicas para localizar gente, ofrecer acompañamiento, pero el problema es que no tenemos un sistema de salud o servicios sociales que sea capaz de atender a gente que vive sola. Si fuera del Covid tampoco se hacía mucho, hay gente que vive sola y es difícil darles el soporte que necesitan cuando están en casa, cuando hay Covid mucho más difícil (...)” (ENT SSyPS)

El uso de los servicios sociales descendió poco después de imponerse las medidas de confinamiento domiciliario, para luego volver a incrementarse. En ese periodo, los niveles de ansiedad de los usuarios y personas cuidadoras ascendieron al inicio y a los cuatro meses mejoraron, mientras que los niveles de depresión empeoraron desde el inicio y a medida que pasaron las semanas. Los niveles de bienestar también se vieron incrementados significativamente a los cuatro meses (292). También se han reportado síntomas de estrés, desgaste y agotamiento por parte de familiares y personas cuidadoras informales (293). Las personas ancianas han denunciado cuidados personales insuficientes, se ha dado una reducción de los cuidados prestados y una reducción de horas de servicios sociales de soporte (83), al igual que ha habido dificultades en el acceso a cuidados de pacientes con patologías concretas (280,293).

La situación de las cuidadoras migrantes se ha visto gravemente alterada, con un incremento de los niveles de depresión y ansiedad durante el confinamiento, asociado a la falta de material de protección e inseguridad alimentaria. Ser mujer, de más edad y tener peor salud se asociaba con mayor prevalencia para depresión, ansiedad y estrés emocional en este caso (294). Entre las mujeres migrantes cuidadoras o trabajadoras internas, aumentó la ansiedad derivado de obligaciones de permanecer en los domicilios de los/as empleadores/as (ENT migración).

“(...) otras se han visto encerradas con las personas a las que cuidaban y sin poder moverse de ahí y encima con limitaciones impuestas, por eso cuando se ha relajado cuando se acabó el confinamiento han tenido incluso prohibiciones casi casi de salir y de relacionarse, incluso hemos conocido muchas mujeres porque casi siempre son mujeres, que se les ha exigido la realización de una PCR para poder mantener sus trabajos pero se las han tenido que costear ellas y hemos visto situaciones así” (ENT migración)

c. Cobertura de las necesidades terapéuticas y de cuidados en centros de día y ocupacionales

De la misma manera, el cierre de centros de día y ocupacionales, si acaso ha podido tener un impacto positivo en el control de la expansión de la pandemia, ha supuesto un exceso en mortalidad por causas no-COVID (295). Además, el cierre de estos centros ha supuesto mayores niveles de ansiedad y tensión por la carga de cuidados entre las personas cuidadoras. Entre las personas usuarias se ha evidenciado un incremento de sensación de soledad, y un deterioro de la percepción de la salud física, cognitiva y mental (278,296).

Las restricciones impactaron de forma significativa entre las personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad y colectivos en riesgo de exclusión social. El mayor impacto en estos grupos se ha generado en torno a la privación de estos cuidados por parte de profesionales, la restricción de sus relaciones sociales y estímulos vitales, así como la ruptura de sus rutinas diarias, impactando a múltiples niveles en su bienestar (ENT SSyPS).

“Luego está un colectivo, dentro de estos perfiles que viven en su casa y si antes tenía unos apoyos y unas actividades, eso se ha roto, alguien que iba a un centro de día, centro especial de empleo, o un taller ocupacional, (...) para muchos esa actividad supone un elemento de estructuración del día y sirve como terapia, rehabilitación, socialización” (ENT SSyPS)

Se ha observado una dependencia de la tecnología para mantener las relaciones y la adherencia a las actividades ocupacionales entre personas usuarias de servicios de salud mental, al igual que un aumento del esfuerzo por su parte para abordar la situación y mantener el bienestar mental (120).

Igualmente, las personas y familias de menor nivel socioeconómico han tenido menores oportunidades de asumir el coste económico de la provisión privada de estas terapias y cuidados, con respecto a las de mayor nivel socioeconómico (ENT SSyPS).

“No quiere decir que en las familias de alto nivel socioeconómico no haya habido dificultades, pero la falta de dinero agudiza cualquier problema, de capacidades, de posibilidades de contratar gente, ahí las capacidades de las familias de sostener estos perfiles tienen mucho que ver con los recursos económicos” (ENT SSyPS)

Finalmente, la reapertura ha sido un alivio por el apoyo en los cuidados como por la posibilidad de interacción que ofrecen a las personas usuarias (278).

d. Trabajo de cuidados en la esfera familiar o doméstica

El cierre de estos servicios ha conllevado el traslado al ámbito doméstico de los cuidados de las personas que normalmente reciben atención, terapias y cuidados, así como oportunidades de ocupación y socialización entre otros aspectos. En el mejor de los casos, las personas que cuentan con apoyo familiar han contado con esa acogida y con la continuidad de los cuidados y terapias. Las personas cuidadoras informales han ejercido estos cuidados bajo niveles de presión importantes ya que, a la exigencia de realizar cuidados de calidad se añadía la preocupación y el temor a contagiar a la persona enferma (ENT SSyPS; ENT discapacidad).

“El que ha tenido una familia que lo ha sostenido, lo ha sostenido y en otros, la familia no ha podido aguantar y de eso no sabemos casi nada, de esas familias que no han podido aguantar la presión de los cuidados a estos colectivos que igual son más demandantes en otros puntos de vista (...)” (ENT SSyPS)

En concreto, la falta de apoyo social y de cuidados para personas con discapacidad intelectual por parte de distintos servicios, habría repercutido en una mayor carga de cuidados informales y síntomas de ansiedad, frustración y depresión (119). Una vez más, estos cuidados informales fueron asumidos primordialmente por las mujeres, sobre las que se acumula la sobrecarga de trabajos (GF mujeres). Por su parte, aquellas familias o personas con mayor nivel socioeconómico, han tenido mayores oportunidades de asumir el coste económico de la provisión privada de estas terapias y cuidados (ENT SSyPS).

“No quiere decir que en las familias de alto nivel socioeconómico no haya habido dificultades, pero la falta de dinero agudiza cualquier problema, de capacidades, de posibilidades de contratar gente, ahí las capacidades de las familias de sostener estos perfiles tienen mucho que ver con los recursos económicos” (ENT SSyPS)

2.2.3 RESTRICCIÓN DE ESPACIOS DE OCIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

El cierre de espacios de encuentro, las barreras al movimiento y suspensión de reuniones ha afectado principalmente a las personas mayores y que viven solas, así como a la población adolescente.

Las primeras encontraron apoyo material y emocional en las redes vecinales que surgieron a raíz de la situación de confinamiento en distintos barrios y comunidades. También las tecnologías posibilitaron el contacto y mantener las redes sociales tanto a las personas mayores como las más jóvenes. En esta situación, se puso de manifiesto la brecha digital existente, precisamente entre personas de distintas generaciones, pero también entre grupos de personas en distinto nivel social, económico y distintas facilidades de acceso a medios tecnológicos.

Las medidas de distanciamiento, así como medidas más concretas como la suspensión de reuniones y encuentros sociales, las limitaciones para agrupación en los espacios de uso infantil, centros de ocio juvenil, ludotecas, centros culturales, etc. han supuesto una barrera a las relaciones sociales y afectivas. La falta de espacios para socializar, además del contacto físico y afecto, se ha visto que han tenido impacto en la soledad no deseada, especialmente entre las personas mayores y aquellas que viven solas (GF AAVV; GF mujeres).

“A mí me decía la gente mayor, porque al lado de nuestro local hay uno de gente mayor, y me decían que a ver cuándo lo vamos a abrir para hablar. Simplemente para hablar. Que no importa si uno estaba a un metro y otro al otro, pero para hablar. Pero sí te achacan mucho eso, el hablar, el sí relacionarte con más” (GF AAVV)

Las personas mayores que habitan en las ciudades se perciben, por un lado, más vulnerables frente al aislamiento por la falta de articulación vecinal y comunitaria, mientras que, por otro lado, en el ámbito rural, la red familiar de estas personas es más débil que en las ciudades (GF jóvenes; ENT rural).

Igualmente, las personas mayores institucionalizadas o aquellas con enfermedades relacionadas con la demencia se identificaron como grupos especialmente vulnerables (GF mayores; GF AAVV; ENT discapacidad). Entre las personas mayores, también se ha visto una reducción en la participación de actividades ocupacionales y de ocio (177), dados los cierres de espacios de socialización como los centros de jubilados o las asociaciones vecinales y comunitarias, o las actividades de ocio y deporte a nivel municipal (GF mayores).

“Participo en asociaciones de jubilados y nos encontramos con que no podemos estar, que esto no lo hemos hecho, esto lo hemos dejado de hacer, etcétera, eso es un problema y eso me ha afectado a la salud” (GF mayores)

RESULTADOS DE LA EIS

Con todo, este impacto de las restricciones de espacios de ocio y participación social se ha podido ver amortiguado por las redes familiares y vecinales, especialmente en el caso de las personas mayores o que viven solas, en torno a la provisión de los cuidados a nivel emocional y soporte con las necesidades básicas (GF jóvenes; ENT trabajadoras sociales). Las redes de apoyo generadas en los barrios, especialmente en el ámbito urbano y con mayor intensidad en aquellos barrios de menor nivel socioeconómico y con mayores necesidades, se identificaron por el soporte ofrecido a ciertos colectivos, como familias monomarentales, monoparentales y personas inmigrantes, con la compra de alimentos o productos básicos (GF AAVV; ENT pobreza).

“Nosotros tenemos centros de barrio, comunitarios, donde bueno se hacen talleres de dinamización social, puntos de referencia que de la noche a la mañana se cierran y no se pueden abrir. (...) Son centros con mucha vida, centros de barrio que uno va, otro viene, (...). Esas dinámicas grupales no podías hacer, ni abrir el centro. Todo aquello fue un poco parón. Tuvimos que activar mucho el WhatsApp, teléfono y todo esto” (ENT pobreza)

“Para que no salga la madre y deje a los niños solos, sino que la saquen, que vayan al médico a hacer las compras y se queden con los niños... algo puntual. (...) eso lo hemos cubierto con voluntarios” (ENT trabajadoras sociales)

Otro factor amortiguador del aislamiento social fue la tecnología, la cual supuso para muchas personas la posibilidad de contactar con su red social durante el confinamiento y desescalada. Además del teléfono, los sistemas de mensajería online y las videollamadas han tenido un papel primordial a la hora de facilitar este contacto y han resultado especialmente útiles en el caso de las personas mayores o aquellas que viven solas (GF mayores) (177). En este sentido, se puso de manifiesto la brecha digital existente, precisamente entre las personas mayores, que se pueden ver más beneficiadas por la tecnología (GF mayores), y también entre los colectivos de personas vulnerables, con un menor acceso a las tecnologías, produciendo un mayor aislamiento social en periodos de restricción de la presencialidad (ENT SMyAdicciones).

“El confinamiento nos ha demostrado que los mayores tenemos una brecha digital que era donde se podrían agarrar para poder solucionar su problema, entonces ahí era, vamos a luchar contra la brecha digital para que la gente esté enterada” (GF Mayores)

“Lo que nos fuimos encontrando es que la gente está muy sola. Por ejemplo, gente que tiene familia en Lanzarote, pero como tienen el móvil sin saldo no pueden ir a recargarlo y entonces no pueden contactar con su familia...” (ENT SMyAdicciones)

RESULTADOS DE LA EIS

El colectivo de adolescentes, entre las/os que las relaciones con sus pares es clave en esta edad también se destacó como significativamente afectado (ENT educación). Los jóvenes destacaron la importancia de mantener las relaciones presenciales con amistades más allá del círculo más íntimo, e indicando que su manera de estar con otros implica la interacción con una red más extensa de personas que en el caso de otros grupos (GF jóvenes).

“Yo creo que realmente tampoco cambia nada, en mi caso tenemos una cuadrilla de bastantes personas y seguimos saliendo en grupo, igual estoy siendo irresponsable, pero yo creo que todo el mundo es irresponsable con esa medida ¿cuatro personas? Es que con quién sales, que tienes que andar eligiendo...” (GF jóvenes)

Por último, las mujeres han visto reducido su tiempo de ocio más que los hombres y más perjudicado el equilibrio entre vida y trabajo. De la misma manera que los padres y madres con menores en edad escolar, siendo mayor el impacto entre las personas en menor nivel educativo frente a los de mayor nivel (267).



2.2.4 RESTRICCIONES EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN FORMAL

El cierre de escuelas y centros de formación no solo ha acarreado consecuencia directas e inmediatas, sino también efectos colaterales en salud física, mental y social de las familias, afectando en mayor medida a aquellas en niveles socioeconómicos bajos. Las escuelas, más allá de garantizar el derecho básico a la educación, poseen un papel fundamental para paliar los efectos de las desigualdades educativas y culturales entre los/as niños/as y adolescentes de familias con mayores recursos y capacidades de realizar de forma óptima el seguimiento del curso escolar y aquellos/as con menos recursos. Teniendo esto en cuenta, entre la población infantil se ha reportado un mayor riesgo de inseguridad alimentaria, falta de control de violencia doméstica u otros servicios de terapia infantil, déficits en el proceso de aprendizaje, menos actividad física y pérdida de relación entre pares. Entre adolescentes se han observado principalmente problemas de salud mental y situaciones de conducta agresiva.

Entre estudiantes más adultos (universitarios/as), se han observado mayores niveles de estrés por una mayor carga de estudio, largas horas y dificultades para desconectar, y problemas para mantener equilibrio entre responsabilidades de formación y otras tareas del hogar. También han sufrido las consecuencias de las restricciones para realizar prácticas obligatorias u otros cursos.

Las dificultades para compaginar los cuidados de los niños y niñas en los hogares, y las responsabilidades del trabajo, han supuesto una carga adicional que se ha distribuido de manera desigual entre hombres y mujeres. En esta línea, el cierre de escuelas también se asocia con mayores niveles de estrés, sentimientos de soledad, nerviosismo, trastornos de sueño y menos actividad física entre adultos. Este impacto se ve acrecentado en el caso de las mujeres en puestos esenciales que tendrían sensación de no llegar a todo o medio al contagio en casa.

Por otro lado, la formación online podría haber aumentado las desigualdades sociales y de salud, al haber muchos condicionantes que permiten o no seguir y aprovecharse de esta modalidad de estudio: la disponibilidad de medios, la adecuación de los espacios de estudio, así como el tipo de centro educativo y apoyo del profesorado.

a. Impacto en el derecho y acceso a la educación, condiciones de estudio y efectos derivados sobre la salud

La teleeducación o educación a distancia ha sido empleada durante el periodo de confinamiento domiciliario, en distintos niveles de educación. Sin la consideración de los grupos más desfavorecidos y el impacto desigual de las medidas, la formación online podría aumentar las desigualdades sociales y en salud ya existentes entre grupos (297).

RESULTADOS DE LA EIS

El espacio de estudio y vivienda, el tipo de centro, además de la posición socioeconómica y otros condicionantes sociales, habrían determinado la habilidad o dificultad en el proceso de estudio de las familias y estudiantes. Así, la disponibilidad o no de medios logísticos (ordenador, wifi, espacio de trabajo) para seguir el curso académico podría condicionar el proceso de estudio entre los/as niños y niñas en edad escolar (85) (GF jóvenes, ENT trabajadoras sociales; ENT pobreza). En el estado español, diversos estudios han descrito importantes desigualdades sociales en las oportunidades de aprendizaje y condiciones para el seguimiento y aprovechamiento de las clases durante el periodo de cierre escolar y de confinamiento domiciliario en parte debido a la brecha digital existente y a los espacios físicos de los hogares (298,299).

"(...) mujeres solas o familias con niños y niñas a su cargo que de repente todo esto los niños están en casa, sin conectividad, con una habitabilidad en la vivienda precaria, con pocas destrezas de padres y madres, sobre todo de madres solas, para acompañar a los niños, en lo que fue la locura" (ENT pobreza)

"(...) desde el instituto nos llamaban "oye, que este chiquillo no hace los deberes porque la familia no tiene ordenador". Entonces contactaban, nos daban un ordenador. (...) Pero luego no tienen wifi" (ENT trabajadoras sociales)

La falta de espacio adecuado para la formación a distancia también podría ocasionar mayores sentimientos de soledad, aislamiento y falta de compañía entre padres y madres con hijos/as en edad escolar (300). Asimismo, el escaso apoyo por parte del profesorado se ha demostrado estar negativamente relacionado con síntomas de ansiedad y depresión entre la población infantil y adolescentes (301).

El tiempo de acompañamiento de padres y madres a menores en sus tareas escolares depende de varios factores: la monoparentalidad o biparentalidad- con más tiempo dedicado en el caso de las parejas-; el número de hijos e hijas- a más, mayor dedicación-; la situación de empleo del padre y/o la madre- más tiempo en el caso de desempleo-; la edad del menor- a más edad, menos tiempo-; el nivel educativo de los padres/madres- a más nivel, más tiempo dedicado-; la etnia- más entre personas negras e hispanas-; y el nivel de acompañamiento que se ofrezca desde la escuela- más acompañamiento y horas de aprendizaje síncrono, mayor dedicación en casa- (302). En el contexto del Estado español, las familias con mayor capital mostraron más facilidad para apoyar en las tareas, para acompañar en la lectura, practicar lenguas extranjeras o acometer actividades artísticas (298). El cierre de centros de formación profesional y de las universidades impactó también de diversas formas en el bienestar de las/os estudiantes de edades más adultas. Entre estudiantes universitarios, los cambios en el método educativo y una mayor carga de trabajo causaron de un incremento de síntomas de estrés (303). A esto se sumó la necesidad de estar en conexión continua y pasar largas jornadas en un mismo espacio cerrado, sin la posibilidad de practicar otras actividades y socializar. Se pusieron de manifiesto también sentimientos de culpabilidad por no poder ayudar al sostén económico familiar (GF jóvenes).

RESULTADOS DE LA EIS

“Yo en el confinamiento estuve en ERTE y ya llegó un momento en que nos bajaron el sueldo, nos bajaron de horas... y al final pues no ha quebrado la empresa, pero yo me quedé sin trabajo. Una movida porque al final ahora claro, ¿cómo me pago la Universidad?... Yo vivo con mi madre, pero tampoco hay tanto dinero entonces me quedé con la cosa (...)” (GF jóvenes)

Entre estudiantes de la universidad se han reportado falta de motivación, problemas de salud física, mental y emocional, así como problemas para mantener el equilibrio entre las responsabilidades formativas y tareas del hogar durante el periodo de tele-educación (304,305). Las mujeres han sido en mayor medida las que han sufrido esta situación. También se han percibido una falta de comunicación y feedback, dificultades para desarrollar la creatividad, dificultades para ajustar la carga de las tareas, y un riesgo para que se aumenten las desigualdades en accesibilidad y la brecha digital (306). En estudios realizados con población universitaria española, se han evidenciado dificultades en relación al acceso a TIC (primera brecha digital), con respecto a las destrezas técnicas (segunda brecha), y con la instrumentalización para fines educativos (tercera brecha), dejando en desventaja a los grupos más vulnerables (307).

Otros impactos se relacionaron con el truncamiento del curso y sus actividades -como la imposibilidad de realizar las prácticas obligatorias o de realizar estancias en el extranjero- y la incertidumbre en torno al avance en sus estudios e incluso, en relación con sus posibilidades de entrar en el mundo laboral y todo lo que ello implica en la realización de su proyecto vital. Asimismo, a las/os jóvenes que estudian fuera de su casa se les suma la incertidumbre en relación a la logística del alojamiento, los viajes, etc. (GF jóvenes).

“No puedes tener un futuro porque es toda una incertidumbre. No puedes planear algo para verano porque no sabes lo que va a pasar en verano. A mí por ejemplo me han obligado a coger vacaciones y las he cogido la última semana de julio y la primera de agosto y un poco a verlas venir..” (GF jóvenes)

“Yo en el confinamiento estuve en ERTE y ya llegó un momento en que nos bajaron el sueldo, nos bajaron de horas... y al final pues no ha quebrado la empresa, pero yo me quedé sin trabajo. Una movida porque al final ahora claro, ¿cómo me pago la Universidad?” (GF jóvenes).

Otro factor que se puso de manifiesto fue el escaso abordaje percibido de la salud mental y emocional de los/as estudiantes durante los meses de cierre, tanto desde el ámbito universitario como desde el sistema sanitario, lo cual redujo las posibilidades para la mejora del bienestar. (GF jóvenes; GF madres y padres).

“Las necesidades emocionales no se han contemplado en el aula a la hora de mandar tarea, también verdad que a mí me tocó una sesión con alumnado de la Universidad y salió el tema de cómo estaban que agradecieron poder hablar de lo mal que lo podían estar pasando con el confinamiento entonces los jóvenes o los txikis que tienen que hacer tareas empiezan a plantear que más allá de que no nos muramos y muy guay todos a casa para no morir no sale, no sale el cómo lo estoy pasando para no morir, eso no se tiene en cuenta en las programaciones... Nos ha tenido en cuenta de las necesidades emocionales más allá de no morirnos” (GF madres y padres).

Desde la perspectiva del profesorado, se ha evidenciado también la imposibilidad de continuar atendiendo las necesidades sociales y emocionales del alumnado ante la cantidad de contenidos curriculares a impartir, al igual que se ha denunciado el abandono en la consideración de la educación para la prevención de diferentes problemáticas sociales, como por ejemplo, la prevención de las violencias machistas (308). De la misma forma, se ha recogido la preocupación del profesorado por la deserción de los estudiantes, especialmente en el sector público y para aquellos con alumnos de bajo nivel socioeconómico (309).

Sin embargo, a pesar del impacto negativo en diferentes aspectos que muestra gran parte de los estudios, otros también han observado que, con la modalidad de aprendizaje asincrónico, no se ha percibido un descenso de las relaciones entre pares o entre alumnado-profesorado. Ello podría mostrar la resiliencia y la habilidad por parte de estos para trabajar con nuevas tecnologías. Además, se ha reportado que el aprendizaje asincrónico podría resultar beneficioso en la reducción de los niveles de ansiedad del alumnado, en concreto en relación a la asignación de los deberes (310).

La escuela, a diferentes niveles de enseñanza, posee un papel fundamental a la hora de garantizar los derechos educativos, así como de paliar los efectos de las desigualdades educativas y culturales entre los/as niños/as y adolescentes de familias con mayores recursos y capacidades de realizar de forma óptima el seguimiento del curso escolar y aquellos/as con menos recursos. Se ha señalado que el cierre de centros escolares puede aumentar las inequidades sociales dadas las desiguales oportunidades para una educación accesible y de calidad (311), y repercutir así en un mayor riesgo de pobreza a largo plazo de los niños y niñas (210,312). El nivel socioeconómico, las condiciones de estudio en el domicilio, el apoyo en casa y el apoyo de los pares, así como el apoyo por parte del profesorado, se ha evidenciado que influye en la intensidad de estudio del alumnado en casa (313), siendo los niños y niñas de grupos socioeconómicos bajos los/as que durante el cierre de los centros por la pandemia de la COVID-19 habrían dedicado menos horas al estudio y habrían tenido menor participación en las clases online (314). El bagaje educativo no formal de los/as niños/as y adolescentes en edad escolar tiende a ser mayor en aquellas familias con mayores recursos, lo que puede contribuir a que, en ausencia de espacios educativos formales para aquellos/as alumnos/as con menores oportunidades, estos avancen menos en su capital educativo que sus compañeros/as más aventajados/as (ENT educación; ENT pobreza). En este sentido, profesionales que trabajan con infancia han advertido de una posible falta de apoyo a los niños y niñas en edad preescolar y primaria durante su proceso de formación por parte de familiares en el hogar (85).

“Hay una ausencia muy grave, el derecho a la educación. Pero es que además si hacemos un recorrido por los medios de comunicación las opiniones que han vertido expertos, el tema educativo ha estado totalmente ausente, hasta bien avanzada la fase de confinamiento. (...) en todos los años y sobre todo en estas últimas décadas se subraya con claridad que de 0 a 3 es un tema central desde el punto de vista de los derechos educativos, pero también de los derechos sociales” (ENT educación)

En este contexto, se destaca el efecto de no tener acceso a los recursos materiales necesarios, como dispositivos electrónicos, conexión adecuada a internet, y los conocimientos y habilidades necesarias para utilizarlos, puede acrecentar las desigualdades educativas, perjudicando a aquellos/as alumnos/as para quienes la opción telemática no alcanza a dar cobertura a sus necesidades educativas o de aprendizaje o aquellos centros con menores dotaciones o donde se ha desarrollado menos el aprendizaje online. (ENT trabajadoras sociales; ENT educación).

“El gobierno de Navarra reconocía que al menos había 7000 niños en Navarra que no tenían acceso a ningún sistema de comunicación digital. La preocupación central de las Administraciones educativas ha sido cómo dotar a esos niños y niñas que no tenía equipos de instrumentos digitales de conexiones para seguir una educación en línea o para un seguimiento significativo de esos contenidos y evidentemente el problema es mucho más amplio que todo eso (...) La brecha digital no solo consiste en que haya un porcentaje elevado de familias y niños y niñas que no tengan instrumentos digitales, sino no tener habilidades digitales. La conectividad digital debe ser un derecho y hace mucho tiempo que se habla que debe ser” (ENT educación)

“Claro con el tema de los ordenadores, con el tema de los ordenadores, que no tenían ordenadores, el wifi y todo eso” (ENT trabajadoras sociales)

Asimismo, los y las menores en familias de mayor nivel socioeconómico dedican más tiempo a la realización de actividades educativas, siendo esta brecha mayor en los casos en los que la actividad necesite de la implicación del profesorado o tutorización individual, donde los menores de familias de posición socioeconómica más favorable aprovechan más el apoyo y tutorización del profesorado (264).

Además, en una situación donde las madres y padres se han visto obligados a acompañar a sus hijos e hijas en casa, las mujeres han reportado más veces que la educación online condicionaba su vida, que no se sentían preparadas para orientar a sus hijos e hijas y, aún menos, utilizar medios tecnológicos (240) (GF madres y padres; GF mujeres), en este contexto los padres y madres han reportado un aumento de las sensaciones de estrés, preocupación, aislamiento social, y mayor riesgo de conflicto doméstico (315).

“En mi casa, un mundo, mis hijos tienen euskera y nosotros no tenemos euskera, entonces es un añadido y joo ponerte a ayudar a la txiki en un idioma que tu no controlas, supone más esfuerzo y más paciencia no sé cómo decir (...)” (GF madres y padres)

Más allá de las consecuencias a corto y medio plazo del cierre de escuelas y centros de formación, también se ha advertido de las consecuencias económicas negativas a largo plazo, afectando en mayor medida a personas jóvenes en niveles socioeconómicos bajos, ocasionado por el incremento de las tasas de fracaso escolar que se dan en mayor proporción entre estudiantes de familias socioeconómicas más bajas (297).

b. Impacto en las conductas relacionadas con la salud de la población infantil y adolescente

El cierre y las medidas sobrevenidas en escuelas y centros de educación han tenido un efecto negativo sobre las familias (248). Más allá del impacto inmediato en las conductas relacionadas con la salud, se prevén consecuencias colaterales en la salud física, mental y social de las personas jóvenes (316). Estos impactos sobre el aislamiento y la reducción de las oportunidades de movilidad que proporciona la escuela, son potenciados a su vez por el confinamiento domiciliario, lo cual agrava los efectos negativos de los mismos (GF madres y padres).

“(...) al final tienes la necesidad de salir y de correr. Algo tan básico como eso. Pero no hemos aprendido de ello porque a fecha de hoy seguimos haciendo lo mismo. Los adultos seguimos teniendo toda la libertad, con el tema del deporte escolar, aquí estamos castigando a los críos (...)” (GF madres y padres)

En concreto, se han evidenciado problemas de salud mental entre adolescentes, así como situaciones de violencia o conductas agresivas en el entorno domiciliario (233). El impacto en menores de edad se habría dado por un incremento de la inseguridad alimentaria, falta de prevención y control de violencia doméstica, déficits en el proceso de aprendizaje (210), y un descenso en los niveles de actividad física (317,318). En concreto, los niveles de actividad moderada y vigorosa se habrían reducido, mientras que el nivel de actividad leve se mantendría. El efecto habría sido distinto según la edad, siendo el impacto menor en preescolares que entre el alumnado de secundaria.

Los profesionales médicos han advertido del impacto del cierre de escuelas y suspensión de actividades extraescolares, así como de servicios de soporte y ayuda comunitaria educativa, en la salud y bienestar de la población infantil. En este sentido, se reconoce el riesgo entre la población más vulnerable, de perder la oportunidad que los centros educativos ofrecen para la prevención y detección de signos de violencia de distinto tipo entre los niños y niñas (319). Además, se ha demostrado el riesgo de inseguridad alimentaria a la que se ven expuestos los niños y niñas de familias más desfavorecidas, y dependientes de los comedores escolares y bancos de alimentos (320).

La escuela acoge, asimismo, diferentes servicios de terapias y de rehabilitación para aquellos niños/as que las precisan. A los meses de verano que este tipo de servicios cesan, se sumaron los meses del curso escolar que los centros estuvieron cerrados, lo que supone la privación y retraso en la adecuada evolución de estos procesos de salud en los/as niños/as. Estos impactos pudieron ser mayores entre aquellas familias que no disponen de la capacidad económica para asumir las terapias o tratamientos de forma privada (ENT educación).

*“Hay un colectivo todo, el alumnado, pero de necesidades especiales, alumnos vulnerables por su situación socioeconómica, cultural y demás que es de todo el aspecto enorme que tiene que ver con el sistema educativo son las personas que más lo necesitan, han estado ausentes no solo en la discusión sino también en las medidas”
(ENT educación)*

c. Impacto en las relaciones sociales y afectivas de la población infantil y adolescente

En términos de sociabilidad, el entorno escolar es un espacio fundamental para la vida de niños y niñas, por lo que el cierre de las escuelas reduce el contacto y la relación de los/as niños/as con sus pares, aspectos clave en el desarrollo de aspectos de su personalidad y el sentido de identidad (321), siendo el efecto en la disminución de las relaciones mayor entre niños y niñas de familias menos favorecidas económicamente y con padres y madres de menor nivel educativo (157).

Además, el cierre de centros escolares obliga a restringir todas las relaciones sociales a las personas convivientes desapareciendo la dicotomía entre el hogar y el espacio exterior. Las interacciones físicas con otras personas son sustituidas por las relaciones virtuales, rompiéndose la cotidianidad, generando emociones de tristeza, miedo y apatía (GF madres y padres; GF mujeres) y percibiéndose una mejora sustancial tras la vuelta a la rutina escolar presencial entre los más pequeños (GF madres y padres).

“Pero no poder socializar con otros críos y no poder aprender descubrir avanzar eso es lo que ha podido faltar en la calidad de vida (...)” (GF madres y padres)

Sin embargo, la apertura de centros escolares y la vuelta a la educación presencial también ha supuesto una situación de estrés entre estudiantes adolescentes, con mayores síntomas de estrés entre mujeres y estudiantes más mayores (322).

d. Impacto en la salud y las condiciones de vida de la población adulta con niños y niñas a cargo

El cierre de escuelas ha trasladado gran parte de la responsabilidad de la educación y formación de la población infantil al ámbito del hogar, lo que se ha traducido para las familias en una dificultad de compaginación de los cuidados con el trabajo productivo presencial o realizado a través del teletrabajo, sumada a la dificultad de encontrar apoyos familiares que permitieran la distribución de los cuidados (ENT educación).

“La realidad es que el sistema educativo por razones obvias tiene un problema gravísimo que tiene que ver con las necesidades sociales (...) que las personas que trabajan en el transporte, en la alimentación, están en primera línea y trabajan y alguien se debería de haber dado cuenta como en otros países europeos que esas personas tienen niños pequeños. Tendrían que haber regulado algunas medidas para que esas personas, para que el sistema educativo ejerce una función, y es que cuida de las personas” (ENT educación)

Este aumento de las necesidades de cuidado entre padres y madres con empleo ha contribuido al aumento de las desigualdades en el reparto de las tareas del hogar. Las mujeres han incrementado en mayor medida el tiempo de cuidados, enfatizándose su rol de cuidadoras principales en el hogar y la sobrecarga de trabajo consiguiente (GF madres y padres; ENT género; ENT pobreza).

“Las mujeres ya nos veníamos adaptando en términos generales, entonces con la Covid uno de los impactos que ha tenido es intensificar esa adaptación que no ha ocurrido en el tema de los varones. Los varones se han adaptado al teletrabajo no tanto a los cuidados. (...) ha habido situaciones de excepcionalidad en que los varones estaban de ERTE y las mujeres seguían trabajando algunos casos como, mueres que por ejemplo trabajando de manera remunerada los varones en ERTE, pues sí que es verdad que han aumentado el número de horas, pero en términos generales no ha habido un aumento del número de horas que pudiese igualar al número de horas invertido por las mujeres” (ENT género)

Además, durante el confinamiento, las personas y familias, principalmente aquellas con menores a cargo, destacaron las dificultades vividas para flexibilizar los horarios laborales y adaptarlos a los cuidados en casa. Esto les obligó a acogerse a permisos para no acudir al puesto de trabajo, a pedir vacaciones o incluso, solicitar excedencias laborales (GF madres y padres). En este sentido, las madres han reducido en mayor medida sus horas de trabajo remunerado en comparación con los padres (269,323,324), aunque también ha habido un mayor aumento de las horas de cuidado en el caso de padres de nivel educativo bajo y medio (325).

RESULTADOS DE LA EIS

“Entonces para mí el principal problema es que me he visto forzado a coger una excedencia que en condiciones normales no hubiese pasado y ha sido pues dejo el trabajo porque si no podemos conciliar, problemas de ansiedad es poco” (GF madres y padres)

A su vez, una mayor demanda del tiempo de dedicación a cuidados y la inesperada precariedad de la posición económica ha supuesto en muchos casos que las familias tengan que soportar problemas financieros y un deterioro de su bienestar, y específicamente de la salud mental. Se han reportado sentimientos de soledad y aislamiento social entre padres y madres con menores en edad escolar (300), y la dedicación de 20 horas o más de cuidados y educación online por semana se ha asociado con unos peores resultados en salud mental de los padres y madres (326). Asimismo, un estudio muestra que los padres y madres hubieran sufrido mayores niveles de estrés en comparación con sus hijos e hijas (327). En adultos, el cierre de escuelas también se asocia con una mayor selección de productos saludables, pero una peor planificación de alimentación saludable entre hombres y menos saludable preparación de la alimentación entre mujeres (204), sin olvidar el incremento de síntomas de nerviosismo e irritabilidad (GF madres y padres). Además, los bajos niveles de actividad física y los trastornos del sueño entre adultos con hijo/as en edad escolar son causa de sentimientos de soledad, falta de compañía, aislamiento y de haber sido dejado de lado (300).

La sensación de no llegar a las obligaciones, la percepción de dificultad de compaginar el rol de madre y trabajadora y la ansiedad y el sentimiento de culpa, configuraron también el impacto en el bienestar, que fueron claramente mayores entre las mujeres trabajadoras en servicios esenciales (GF madres y padres; GF mujeres).

“Yo creo que hemos estado al límite que ha sido súper estresante, la compra, la comida y el niño a jugar y cuando empezamos a salir, que se iba el padre con una, encontrar la soledad fue... porque no tienes un momento solo, solo deseamos eso. Hay súper madres que hacen deporte cocinan, aprenden tres idiomas. Te hacen sentir como si fueses una mala madre. No estoy haciendo deporte no estoy haciendo nada. Al límite de todo, de cabeza de todo...” (GF madres y padres)

Entre estas, se sumaba la falta de tiempo y espacio para el autocuidado, el temor a contagiar a familiares y la frustración de no poder estar presentes de la manera deseada en el acompañamiento a sus hijos/as con las tareas escolares (GF mujeres). Asimismo, estos problemas en torno a la logística de los cuidados, se vieron enfatizados en aquellas familias con mayores necesidades socioeconómicas, con menores recursos y capacidades para hacer frente a estas problemáticas (ENT género). La incertidumbre mantenida en torno al futuro de la medida de cierre de las escuelas durante el curso siguiente o en el futuro, es otro factor que generaba importantes malestares a múltiples niveles en las familias (GF madres y padres; GF mujeres).

RESULTADOS DE LA EIS

“En mi caso yo he visto llorar a una compañera tenía hijos pequeños y que no se ha cogido la conciliación y yo la he visto llorar (...), una impotencia de que ella tenía que trabajar y que no podía acogerse a nada y eso también lo he sufrido yo (...) qué duro para ella lo que está pasando en este momento porque no puedes dejar de trabajar, y tienes que venir dejando a los hijos solos en casa” (GF madres y padres)

“La sensación de no estar haciendo nada bien, ni mi trabajo, ni poder trabajar por su puesto, ni poder atender bien a mi hija, (...), tengo que teletrabajar, dejo una cosa parada, entonces tengo que hacer esto, pero no puedo o no quiero...una sensación de todo hacerlo mal” (GF madres y padres)

En esta situación, un factor modulador de los impactos estuvo relacionado con los distintos modelos o formas de acompañamiento por parte del ámbito escolar a los niños/as y familias durante el periodo de cierre de las escuelas, siendo aquellos que incorporaban el acompañamiento emocional o el interés por estas cuestiones, más allá del rendimiento académico, los mejor valorados por parte de las familias (GF madres y padres; GF mujeres).

“A nosotros por ejemplo con las tareas, la atención y el acompañamiento ha sido guay, lo que han hecho es al mayor de los 7 años, (...). La tutora sí que ha llamado una vez a la semana, pero más por el lado emocional, de cómo lo veis, lo notáis distinta...,” (GF madres y padres)



2.2.5. CAMBIOS EN EL ENTORNO LABORAL Y MEDIDAS EN MATERIA DE EMPLEO

La situación derivada de la pandemia introdujo la medida de parar y cerrar todos los puestos de trabajo no esenciales. Donde se permitía el trabajo a distancia, el teletrabajo se instaló como herramienta de trabajo. Sin embargo, la posibilidad de teletrabajar no se ha repartido de igual manera entre sectores ni entre personas de distinto nivel social, económico y educativo. En el Estado español, la posibilidad de teletrabajar era más de tres veces mayor en las personas con estudios universitarios que en las personas que no habían superado el bachiller. Aun con todo, esta nueva forma de trabajar también ha supuesto dificultades para desconectar del trabajo, y compaginar las horas de trabajo con los cuidados y tareas del hogar. También se ha reportado que ciertos servicios ofrecidos a distancia hubieran perdido en calidad, cercanía y trato. Incluso un aumento de las horas sedentarias.

Por su parte, los servicios esenciales mantuvieron su actividad, generando situaciones de mayor presión laboral, mayor riesgo de contagio e incluso mayores tasas de mortalidad entre las personas trabajadoras en estos puestos. Así, entre el personal sanitario se han reportado más situaciones de estrés, ansiedad, depresión o miedo al contagio. También las personas de servicios sociales han manifestado mayor agotamiento y afección emocional. Son las mujeres las que cubren puestos de trabajos esenciales en mayor proporción.

Las restricciones económicas en consecuencia, han traído un incremento de tasas de desempleo e inseguridad laboral, principalmente entre puestos con imposibilidad de teletrabajar, que no han impactado de la misma forma entre distintos grupos de población. Las personas más afectadas habrían sido las mujeres, principalmente racializadas, personas jóvenes y mayores de 55 años, personas de nivel socioeconómico bajo y trabajadores/as por cuenta propia. La inseguridad laboral se ha visto asociada a mayor nivel de estrés, depresión y ansiedad. Las consecuencias en salud de los padres y madres, habrían impactado a su vez en los niños y niñas de la misma familia.

La pérdida de ingresos, consecuencia del desempleo o de la reducción de las horas trabajadas, ha afectado a su vez a en las condiciones materiales de vida, que ha afectado principalmente a la población trabajadora con salarios más bajos, trabajadores/as por cuenta propia, mujeres y personas jóvenes. Igualmente, las personas con contratos temporales habrían sufrido mayores pérdidas de ingresos en comparación con las personas con contratos indefinidos.

a. Impacto en las condiciones de empleo y trabajo en sectores considerados esenciales y efectos derivados sobre la salud

El mantenimiento de los servicios esenciales ha ocasionado que las personas trabajadoras en sectores calificados como esenciales (sanitario, transporte de pasajeros y mercancías, limpieza, servicios sociales, comercios de productos básicos, entre otros) hayan sufrido una mayor presión laboral durante la pandemia (267), se hayan visto sometidos a un mayor riesgo de contagio, e incluso hayan registrado tasas más altas de mortalidad (264,328).

RESULTADOS DE LA EIS

Los/as profesionales del sector sanitario, además de estar expuestos directamente al contagio a través de otras personas infectadas y se vean en ocasiones obligadas a hacer un mayor uso del transporte público, junto con la falta de equipos de protección a principios de la pandemia, ha agravado su nivel de riesgo de contagio (20,41,329) (ENT pobreza; GF mujeres; GF AAVV). En este colectivo concreto, se han visto mayores niveles de preocupación, percepción del riesgo y conocimiento en relación a la COVID-19 (330). También se ha reportado un mayor nivel de estrés psicológico, síntomas de depresión, ansiedad, insomnio entre profesionales sanitarios, somatización y trastorno obsesivo compulsivo, debido a la presión, necesidad de tomar decisiones bajo presión y atestiguar situaciones de duelo, así como pérdida de pacientes y compañeros/as (20,41,253,331). Además, los/as profesionales sanitarios podrían sufrir estigmatización, aislamiento y marginación social por tratarse de personas con mayor riesgo de contagio (41,239).

“Nosotras lo único que queríamos era no contagiar. No contagiar, porque nosotras éramos las que estábamos en la cola del supermercado, andábamos por la calle, íbamos en el transporte público... y ver los casos que teníamos, que tenemos grandes impedidos en Leioa. O sea, lo único que queríamos era no contagiar” (GF mujeres)

“(...) yo soy farmacéutica, con lo cual he estado trabajando todos los días, pero trabajando con pavor. Sobre todo, al principio con pavor porque no teníamos EPI, no teníamos manera de protegernos, y como el centro de salud cerró, a nosotros nos llegaba la gente “que es que me encuentro mal, tengo tos” y nosotros es que estábamos cara a cara. Lo único que hemos podido hacer es mantener las distancias de seguridad en la medida de lo posible, pero nos hemos sentido como la primera línea de trabajo” (GF AAVV)

Asimismo, estudios también han reportado mayor sensación de cansancio, agotamiento e incertidumbre, afeción emocional -y en algunos casos física- como consecuencia de la pandemia entre el colectivo profesional de Servicios Sociales (238).

El aislamiento y la falta de apoyo psicológico fue un factor agravante de estos efectos. Estos problemas emergieron de forma especial en los contextos de cuidados, tanto en el ámbito de las residencias de mayores como del servicio de atención domiciliaria, con personas en situaciones de soledad y desamparo (GF mujeres).

“Nosotros al principio en Ayuda a Domicilio que vas a las casas, que no había EPIS teníamos una mascarilla de estas [quirúrgica] para toda la semana, pero porque no había (...). No sabes lo que les duele más si el miedo al virus o que no les toques. Después del estrés, una fase de hartazgo y luego lo superas y de vez en cuando te sale” (GF mujeres)

RESULTADOS DE LA EIS

“Nosotras pedimos en abril apoyo psicológico grupal y aun lo estamos esperando, se nos dijo que si, tuvimos que pedir un permiso para poder llamar a la psicóloga de atención a lo sanitarios, pudimos llamar individualmente, pero demandábamos apoyo grupal (...). Tú ves a una compañera llorando y a la otra llorando al día siguiente con un ataque de ansiedad y yo soy tu chica pues necesitamos psicólogo grupal no individual. Eso no lo hemos tenido y hemos echado en falta mucho” (GF mujeres)

Las mujeres son en mayor proporción las que cubren puestos de trabajos esenciales (264,324), siendo las mujeres racializadas un colectivo sobrerrepresentado en empleos temporales, precarios y con falta de protección (253) (ENT género; ENT migración). También ocupan puestos esenciales de trabajo personas de un menor nivel de ingresos y educación (328), lo que podría haber agravado las vulnerabilidades socioeconómicas de estos grupos de personas.

“Hay mujeres que están en situación de irregularidad, entonces ni trabajo ni cotización y nada, no hay derechos. Pensando en las mujeres cuidadoras internas, que al final eres la persona de referencia de cuidados de esa casa, una precarización absolutamente brutal.” (ENT género)

“(...) otras se han visto encerradas con las personas a las que cuidaban y sin poder moverse de ahí y encima con limitaciones impuestas. Cuando se ha relajado cuando se acabó el confinamiento han tenido incluso prohibiciones casi casi de salir y de relacionarse” (ENT migración)

b. Impacto en el teletrabajo y las condiciones de trabajo productivo y reproductivo y efectos derivados sobre la salud

El teletrabajo ha sido también una medida ampliamente extendida e implementada en los puestos de trabajo que permitían su realización a distancia durante los periodos de confinamiento y restricciones de movilidad. Sin embargo, su implementación y uso ha resultado no ser igual a todos los sectores ni personas. Las personas de menor nivel educativo y de ingresos tenían menos probabilidad de poder teletrabajar desde casa (264,267), teniendo hasta casi 4 veces más de posibilidades de trabajar las personas de ingresos altos. Un estudio mostró que, en España, la posibilidad de teletrabajar era más de tres veces mayor en las personas con estudios universitarios que en las personas que no habían superado el bachiller (332).

RESULTADOS DE LA EIS

Entre las personas que se acogieron al teletrabajo y con hijos/as menores a cargo, el teletrabajo se valoró, por una parte y en general, de forma positiva precisamente para poder dar una mejor atención a los/as hijos/as (GF madres y padres). Sin embargo y también de forma predominante, se consideró una medida difícil de compaginar con los cuidados en el hogar, en las condiciones en las que se estableció. Si bien en general la posibilidad de teletrabajar era valorada positivamente por parte de estos, por la prevención frente al contagio y también por la mayor facilidad para la logística de los cuidados que supone, tanto madres como padres señalaron la dificultad experimentada para desconectar del trabajo en el tiempo que dedicaban a atender a sus hijos/as, así como la complicación para concentrarse en los momentos de teletrabajo (GF madres y padres; GF mujeres).

“Yo por ejemplo estoy muchísimo más a gusto teletrabajando que teniendo que ir a la oficina y para nosotros el cambio ha sido para bien porque hemos descubierto de trabajo que ha sido maravilloso estamos en casa mientras trabajo los críos se entretienen entre ellos y entonces mi pareja puede bajar a hacer la compra porque yo estoy ahí. (...) el teletrabajo es el cielo, la pequeña si necesita algo me llama la puerta y le atiendo un poco” (GF madres y padres)

“Entonces, todo como una sensación de siempre pendiente del ordenador y luego teletrabajar con críos pequeños en casa, pues te lo puedes imaginar, yo no sabía lo que poner ya en la puerta de la habitación, porque todo el rato no desconectas, yo tengo una jornada de 6 horas, pero trabajaba todo el día interno, porque dices bueno me pongo un poco y oía gritos fuera y ya iba, entonces todo el día pendiente de ese ordenador, pendiente de ese teléfono” (GF madres y padres)

Otros estudios también han reportado mayor dedicación al tiempo de trabajo e invasión de los espacios familiares y del tiempo libre, con las repercusiones que ello pudiera tener en la salud mental de los/las profesionales (308).

Además, la oportunidad de teletrabajo y su repercusión en la dedicación al cuidado de sus hijos/as y tareas del hogar ha resultado ser diferente por género. En los hogares donde se teletrabajaba, el incremento de tiempo dedicado a las tareas del hogar recayó sobre todo en las mujeres. Igualmente, son las mujeres las que adaptan y/o reducen los horarios de trabajo y dedican parte de este tiempo al cuidado, más que los hombres (263,268,333). También hay estudios que muestran que el teletrabajo podría haber supuesto una mayor flexibilización de las tareas y una menor presión a la hora de compaginar las responsabilidades laborales con la de los cuidados (324). Así, las mujeres reportaron una percepción de la productividad menor y menor satisfacción con el trabajo, frente a los hombres, en época de confinamiento y teletrabajo (334).

RESULTADOS DE LA EIS

También se han destacado las dificultades que el teletrabajo o la opción telemática supone en ciertos trabajos, debido a la dimensión crítica que la presencialidad o cercanía física adquieren en ellos. Este factor se destacaba, sobre todo, en aquellas profesiones donde se da un vínculo o relación terapéutica entre las personas (GF madres y padres; ENT género; ENT SMyAdicciones).

“Para los educadores sociales y las trabajadoras sociales (...), el contacto presencia ayer contacto físico es muy importante y me estoy refiriendo que tú no puedes atender a una persona que te está contando que está fatal, que le han pasado muchas cosas en la vida, detrás de una mampara, una mascarilla, una esto” (ENT género)

“Yo por ejemplo soy psicóloga (...) tengo la suerte de hacer teletrabajo, aunque mi opinión profesional es que no es lo mismo, (...) para mí hay una parte que no que no se puede hacer. (...) Para mí el tener que hacer terapia online te queda mucho se queda atrás más descafeinada” (GF madres y padres)

En esta línea, se puso de manifiesto la percepción de que algunos servicios desde el sector público empeoraron su calidad y se reportaron problemas de acceso a la hora de solicitar información, realizar trámites o circunstancias similares (ENT trabajadoras sociales; ENT género; ENT SMyAdicciones; ENT pobreza; ENT migración).

“Muchos de los trámites, la digitalización de la administración para este colectivo vulnerable y con poca capacidad tecnológica (...) está suponiendo una brecha digital que está haciendo mella en el acceso a sus derechos, y prestaciones que igual en lo presencial algunas personas lo han tenido más fácil” (ENT pobreza)

“(...) nos parece la manera óptima de trabajar que es estar con las personas, estar físicamente con las personas. (...) no teníamos las condiciones de seguir haciendo las cosas como nos gusta” (ENT migración)

Por último, el teletrabajo ha ocasionado un mayor tiempo sedentario en el trabajo y menor tiempo dedicado a la actividad física (335).

c. Impacto en el desempleo e inseguridad laboral y efectos derivados sobre la salud

Las medidas adoptadas y su impacto sobre las restricciones económicas, han derivado en un incremento de tasas de desempleo e inseguridad laboral, y en esta situación se ha reportado mayor preocupación por la situación financiera actual y futura (336).

RESULTADOS DE LA EIS

El desempleo y la inseguridad laboral, sin embargo, no ha impactado igual entre distintos grupos de población. La posibilidad de continuar trabajando, y hacerlo de forma segura está inequitativamente distribuido por género, raza, nivel educativo y nivel de ingresos (43). Se han visto más afectadas las personas en empleos sin posibilidad de teletrabajar, empleos y contratos inestables, baja cualificación y baja remuneración, los cuales son ocupados en una mayor proporción por mujeres, racializadas, jóvenes y mayores de 55 años, personas de nivel socioeconómico bajo y trabajadores por cuenta propia (109,253,264,267,314,337-342) (GF AAVV; ENT pobreza; ENT migración). En la misma línea, entre las personas en el decil más bajo de ingresos, menos de la mitad tenían un empleo que continuaba a pesar de la pandemia. Mientras que entre los deciles de ingresos más altos, más del 80% de las personas estaban empleadas en puestos no parados por las medidas (264).

“Si antes tenían tres o cuatro, porque son personas que acumulan contratos para poder sobrevivir, pues puede ser que con quien tienen el contrato más estable han retomado, pero si antes tenían tres trabajos ahora tienen uno. O también estamos detectando personas que en enero han trabajado menos de siete días” (ENT pobreza)

Por su parte, las mujeres, al asumir tradicionalmente en mayor medida las labores de cuidado en el hogar, tienen más probabilidad de acogerse a reducciones de jornada o permisos laborales, exponiéndose en mayor medida a la pérdida de ingresos y los beneficios del trabajo productivo y asumiendo las tareas de cuidados en el hogar. Esto hace que estén expuestas con mayor probabilidad a la sobrecarga de trabajo productivo y reproductivo (ENT género).

Además, en el caso de madres monoparentales presentan un riesgo adicional de sufrir de inseguridad alimentaria (122). Asimismo, la pandemia y las medidas adoptadas han perjudicado la productividad y las oportunidades laborales de las mujeres (263). Ello pone de manifiesto un riesgo de recuperación dispar, susceptible de provocar una desigualdad entre hombres y mujeres aún mayor en los próximos años (341). También en el caso de personas inmigrantes irregulares, se ha reportado una mayor pérdida de empleo y pérdida de ingresos (255,257,343-345), así como la imposibilidad de acceder a los derechos sociales que proporcionan el empleo regular (ENT migración).

“(...) personas se van a ver abocadas a la irregularidad (...) nos vamos a encontrar un mayor número de personas en situación de discapacidad etc. que no se van a poder beneficiar de los derechos sociales más básicos” (ENT migración)

En esta línea, la inseguridad laboral es motivo de un mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad y estrés (219,300,326,346,347), perjudicando de manera desproporcionada a grupos de bajo nivel socioeconómico (342), y personas con problemas de salud mental (32).

Además, en familias con situación de carga económica, los/as menores también sufren mayor riesgo de estrés. En este sentido, en familias donde existe un riesgo de perder el empleo, una preocupación por la reorganización del trabajo y bajo nivel socioeconómico, los problemas físicos y psicológicos de padres/madres, afectan a la salud mental de los menores (348). En general, se ha visto un incremento de ansiedad, estrés post-traumático y miedo entre los niños/niñas (349).

Más allá de las consecuencias directas en el bienestar de las personas, la presión económica derivada de la crisis también ha repercutido en una menor planificación y preparación de alimentos saludables, pero mayor selección de productos saludables entre mujeres (204).

d. Impacto sobre las condiciones materiales de vida

A nivel mundial, la pandemia ha tenido un gran impacto en términos de aumento de la pobreza. En la región europea ha puesto en tela de juicio las previsiones anteriores a la Covid-10 en torno a un descenso de la pobreza (350). En España, en mayo de 2020, un estudio estimaba una pérdida media de ingresos del 16% en comparación con los ingresos pre pandemia. Sin embargo, a consecuencia del desigual impacto socioeconómico y laboral de la pandemia, el impacto de la COVID-19 en las condiciones materiales de vida de la población ha sido también desigual. En este sentido, las restricciones económicas habrían afectado principalmente a población trabajadora con salarios más bajos, mujeres y personas jóvenes (337).

Un estudio con datos de mayo y noviembre de 2020 en el Estado español mostró que la pérdida de renta durante la pandemia fue mayor cuanto menor era la renta en periodo pre-pandemia. Concretamente, mientras que el quintil más rico había perdido el 7% de su renta familiar, la pérdida en el quintil más pobre había sido del 28% (351). En este sentido, los ERTes parecen haber protegido menos a población trabajadora más precaria, reproduciendo el dualismo del mercado laboral español. La pérdida de renta también fue mayor en las personas inmigradas (352).

El impacto también ha mostrado desigualdades según la situación laboral. En línea con lo mencionado en apartados anteriores, personas que trabajaban por cuenta propia han sido los más afectados por la situación, seguidas de las personas desempleadas y las de ingresos bajos. Igualmente, las personas con contratos temporales habrían sufrido mayores pérdidas de ingresos en comparación con las personas con contratos indefinidos. También los puestos de empleo considerados como no esenciales han sido los más perjudicados en términos de reducción de ingresos (351).

Las desigualdades en la pérdida de ingresos también se habrían dado en relación al género, siendo la reducción de ingresos mayor en puntos porcentuales en el caso de las mujeres en comparación con los hombres. A pesar de la escasa evidencia, parecería que una mayor reducción de la renta entre mujeres de nivel socioeconómico medio se debería a una menor participación en el mercado laboral de estas, ocasionada por la necesidad de conciliación familiar durante la pandemia (351) (GF mujeres). Por otro lado, además, una mayor prevalencia de mujeres en puestos de trabajo esenciales o teletrabajo no se ha compensado con las que trabajan en puestos no esenciales cerrados, lo que ha derivado en un impacto significativamente desigual para las mujeres (337).

RESULTADOS DE LA EIS

“¿Quién cuida de mis hijos? ¿Dónde está la conciliación familiar? Y las empresas en vez de ponértelo fácil, te ponían la zancadilla. Pues yo he tenido que prescindir de mi sueldo, durante dos meses, para poder cuidar de mis hijos, mientras estaban en casa porque no tenían escuela (GF mujeres)

Este último hecho, se reproduce de igual manera en el caso de la población joven, donde el 28% de todas las personas en empleos cerrados es menor de 30 años, en comparación con el 15-16% que suponen las personas en este rango de edad en sectores clasificados como esenciales (337).

Asimismo, se ha descrito que la desigualdad de la renta, medida por el índice Gini, aumentó durante los primeros meses de la crisis (351,352). En Francia, si en términos generales la caída en ingresos ha podido ser débil, nula e incluso positiva (por el mayor ahorro en periodos de confinamiento), dicha caída se ha concentrado en trabajadores no asalariados y empleados temporales (57). Además, como en España, la pandemia ha modificado las condiciones de trabajo y ha reforzado las desigualdades de género. En concreto, los perfiles directivos han conservado su actividad en mayor medida gracias a un recurso masivo al teletrabajo, a diferencia de otras categorías profesionales más a menudo confrontadas a una pérdida de empleo o peores condiciones de trabajo (281). Por otra parte, la pérdida de empleo o la reducción de jornada ha afectado principalmente a población joven, a trabajadores/as no cualificados/as, a mujeres y a población inmigrante con bajos recursos, categorías de población cuya relación con el empleo ya era frágil antes de la pandemia (353).



2.1.6 CAMBIOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Las restricciones y medidas en el sistema sanitario han tenido impacto en los distintos niveles de atención, así como un desigual efecto en el acceso y la calidad de la atención a personas de distinto nivel socioeconómico. Por un lado, se ha producido una recalendarización y cancelación de consultas, lo que ha traído más dificultades para acceder a ciertas consultas de atención hospitalaria y un aumento de las listas de espera (con su consecuente retraso en el diagnóstico, tratamiento o intervención). Por otro lado, las barreras al acceso de los servicios sanitarios han supuesto un descenso de los usuarios en los programas de prevención.

Las dificultades en el acceso habrían tenido un impacto mayor sobre la atención equitativa y de calidad en ciertos colectivos. Así, aquellas personas con alguna discapacidad física se habrían visto perjudicadas por la falta de servicios de fisioterapia o servicios de transporte hospitalario. Entre personas con enfermedades crónicas se ha percibido una dificultad en el acceso por lo poder contactar vía telefónica, pero también al acudir a los centros de salud por miedo al contagio. Las personas usuarias de la atención perinatal y pediatría han sido otras de las perjudicadas por las medidas, con una reducción de visitas, restricciones en el acompañamiento, o imposibilidad de usar la anestesia epidural, entre otros. Además, se ha detectado una disminución de la atención a consultas de la población inmigrante, a causa del miedo a la renovación del permiso de residencia o el control de las autoridades.

El impulso dado a la telemedicina como medida para afrontar las restricciones a la presencialidad, ha mostrado resultados positivos en cuanto a la comodidad, privacidad y ahorro de tiempo para desplazamientos en ciertos casos y para ciertos colectivos. Sin embargo, esta no siempre ha resultado útil para una atención equitativa y de calidad. Por un lado, se observa un desigual uso de la misma que podría deberse tanto al hecho de no tener la tecnología necesaria, como a no disponer de la habilidad para su uso. Por otro lado, además, se daría una pérdida de la calidad de la atención al no ser posible una conexión personal y una exploración física.

a. Impacto en el acceso al sistema sanitario y atención de calidad

En general, el acceso al sistema sanitario se ha visto comprometido por la cancelación o recalendarización de consultas. El acceso a las consultas programadas se habría visto reducido por cancelaciones y retrasos en las consultas, bien por decisión profesional (354), o por decisión de las personas usuarias (355). Esta situación habría sucedido con más probabilidad con las personas con más problemas económicos, con peor salud, con discapacidades (356) o dificultades en el manejo de su salud durante la pandemia, además de las personas con preocupación por la pandemia que las habrían cancelado por decisión propia (357,358). También se cancelaron más consultas en el caso de personas entre 18-35 años y de consultas de atención paramédica (fisioterapia, nutricionista, trabajadora social y/o psicología, en su mayoría) (336).

En cualquier caso, entre adultos mayores los estudios han reportado resultados diversos. En algunos casos no se han observado cambios significativos en la cancelación de consultas sanitarias por parte de los profesionales, pero sí de otro tipo de servicios (dentales, de salud mental, ayuda a domicilio, rehabilitación o servicios sociales) (105). Sin embargo, otros estudios evidencian dificultades de acceso de personas mayores a consultas, con más consultas canceladas, perdidas y atención más discontinua durante el periodo de pandemia que las personas más jóvenes (83,359) (GF mayores; GF mujeres). También se han encontrado mayores dificultades para acceder a consultas de medicina especializada (360) y un aumento de las listas de espera (361–363) (GF madres y padres).

“(...) creo que también no se deriva, yo por lo que he vivido con dos especialistas, no se deriva a los especialistas como se derivaría antes. Parece que solamente es más importante, me da la sensación, como el Covid o tal y sino como que te relegan” (GF madres y padres)

De la misma manera, también se habría evitado acudir a servicios de urgencias, por miedo al contagio y exposición en los centros, además de aumentarse las tasas de automedicación sin consejo médico entre este colectivo de pacientes (48).

Por su parte, la brecha en el diagnóstico de cánceres y otras muchas enfermedades, así como el retraso de las intervenciones y tratamientos específicos, han provocado un incremento del número y una extensión en el tiempo de las listas de espera tanto en Navarra como en Euskadi (364). Como consecuencia a estas medidas de contención y limitaciones al acceso, se ha observado un incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, así como derivado de los problemas de consumo de opioides (365).

Por otro lado, estudios han mostrado que ha habido una preocupación por la falta de disponibilidad de medicamentos, siendo el colectivo de personas más jóvenes los que más problemas han presentado a este respecto (336).

b. Impacto en colectivos con necesidades específicas

En personas adultas con necesidades especiales de atención a la salud mental, la dificultad en el acceso a la atención se ha asociado con dificultades en controlar las emociones, cambios de humor y síntomas de depresión, con un impacto directo en el bienestar de las personas (280,366), aunque otros estudios han mostrado resiliencia, capacidad para el autocontrol y manejo de su condición, así como apoyo entre pares frente a la falta de acceso a los servicios sanitarios por parte de las personas con problemas de salud mental (115).

RESULTADOS DE LA EIS

Las personas con problemas de discapacidad física, se habrían visto perjudicadas por el cese de los servicios de fisioterapia en el domicilio, falta de ambulancias o transporte público para los desplazamientos al hospital, y dificultades para la provisión de medicamentos (367). En el caso de las personas menores de edad, las personas cuidadoras de estas han tenido que afrontar las situaciones de mayor estrés por la falta de terapia, suplementos médicos y cuidados de enfermería, y han reportado un incremento de sensación de marginalización y olvido (368).

En el caso de las personas con enfermedades crónicas, la reorganización de los servicios, la falta de profesionales sanitarios, acceso limitado a pruebas y provisiones médicas limitadas, han impactado en la atención a este tipo de pacientes (369,370). De la misma manera, pacientes con enfermedades crónicas han expresado dificultades en el acceso a la atención sanitaria, con interferencias en el cuidado y en la atención sanitaria recibida, así como la saturación del teléfono de emergencia y el miedo a acudir a los centros de salud de forma presencial (74) (GF mujeres; GF mayores).

“Sí, sí, todo por teléfono. Que para cogerte el teléfono también...” (GF mayores)

“Yo por mi caso que trabajo con gente mayor y no les gusta nada. El 99% de mis usuarios, no les gusta para nada. ¿Por qué? Porque el médico no me atiende. Lo que os decía, son personas de 90 para arriba, son muy mayores, con muchas patologías y enfermedades. Y que llames a tu médico, te pase con la enfermera y ahora sí, ahora no. Y lo llevan fatal, fatal. Ven que no se sienten atendidos” (GF mujeres)

En relación a las consultas de atención perinatal y pediatría, se ha evidenciado una reducción en la duración (41) y del número de visitas a consultas de ginecología y obstetricia (371), limitaciones al acceso de los servicios de cuidado antenatal con cancelaciones de intervenciones ginecológicas electivas, tratamientos de infertilidad e IVEs (372), así como recalendarizaciones de consultas de seguimiento no urgentes (338,372-374). Las visitas de seguimiento que no implicaban un examen médico como la entrevista prenatal precoz, las consultas psiquiátricas o las sesiones de seguimiento psicológico y de preparación al parto se ha suprimido u ofertado en atención no presencial (375,376).

En contextos especialmente afectados por la pandemia, el seguimiento de embarazos de bajo riesgo en centros hospitalarios se ha derivado a clínicas especializadas y profesionales concertados en el territorio (373,376). También se han señalado limitaciones para acudir a sesiones preparatorias del parto, imposibilidad de usar la anestesia epidural, y restricciones en el acompañamiento al parto de la pareja, o en el postparto (372,377), las cuales habrían impactado en mayores síntomas de ansiedad y depresión entre mujeres embarazadas y parturientas (374,378,379). Asimismo, las restricciones al acompañamiento habrían afectado especialmente a las mujeres aisladas que tenían que faltar a sus citas por no poder dejar a nadie al cuidado de los/as niño/as en casa (372).

También se han reportado los potenciales efectos negativos del cierre de centros extrahospitalarios y la reducción de los días de ingreso en el parto, así como el impacto que la falta de formación perinatal de las profesionales sanitarias tiene en la calidad de la atención perinatal (338). Por su parte, la reestructuración de las salas de espera y las consultas para asegurar la distanciamiento físico (372,373), así como la forma de comunicar los cambios en el acceso a los centros de salud habría también creado confusión entre las personas usuarias, y habrían sido un obstáculo para el acceso a los cuidados perinatales (372,378,380), especialmente para las mujeres frágiles y tradicionalmente más alejadas de la atención (377). La situación sobrevenida por la pandemia, las restricciones de movimiento, el miedo al contagio, junto con los cambios y barreras de acceso han derivado en una reducción de la frecuentación de las mujeres embarazadas a las consultas de cuidado perinatal (380).

Por otro lado, también se ha reportado un impacto negativo en la adherencia a los tratamientos y seguimiento en la atención pediátrica, así como dificultades para la autogestión de los pacientes pediátricos, siendo los niños y niñas de menor nivel socioeconómico los más perjudicados por la situación (381).

Por último, las restricciones y medidas implementadas en el ámbito sanitario, junto con la desconfianza y falta de información, habrían causado miedo a los controles de las autoridades competentes, y por ende, una disminución de la atención a consultas de la población inmigrante irregular en Italia en los primeros días de la pandemia (382), así como por miedo a las repercusiones en la renovación del permiso de residencia, lo que resulta necesario para la atención sanitaria normalizada (255). Asimismo, en el contexto del Estado español se ha mostrado que la saturación de los centros sanitarios y las dificultades de tramitación de documentos administrativos han contribuido aún más a la exclusión sanitaria (343) (ENT migración).

"(...) eso a su vez ha obstaculizado la realización de otros trámites. Lo que ha derivado en que haya gente que no ha tenido atención sanitaria" (ENT migración)

c. Impacto en los programas preventivos

Se ha estimado el impacto que la pandemia habría tenido en programas poblacionales de cribado de cáncer (mama, colorrectal y próstata), reportándose un descenso en el número de personas que han accedido a estos programas de cribado (383), alertando de la posible una disminución sus beneficios y un aumento de la mortalidad a medio-largo plazo debido al retraso en las invitaciones y la disminución en la participación (384). El menor acceso generalizado habría contribuido a una reducción de la brecha de desigualdad entre personas de menor y mayor nivel socioeconómico (383).

Por otro lado, en el caso de los programas preventivos y de reducción de riesgos como los de acceso a agujas y jeringas para personas adictas, se ha reportado un descenso en el número de personas usuarias, las visitas y el número de agujas repartidas desde inicio de la pandemia. En concreto, las limitaciones para el acceso a estos programas podrían haber supuesto también un riesgo incrementado de su reutilización entre las personas (385). Así, las restricciones para acceder a servicios sanitarios aumentan el riesgo en las personas adictas a buscar drogas por vías ilegales (386), lo que supone un mayor consumo de drogas adulteradas o de psicofármacos que han producido descompensaciones y aumento de trastornos psiquiátricos (226) (ENT SMyAdicciones).

“(...) no ha habido tanto mercado en la calle y al entrar menos y poder vender menos el precio se encareció, (...) la otra opción que había era adulterarla más, y los trastornos producidos por cannabis adulterado y speed han sido mayores, más descompensaciones psiquiátricas” (ENT SMyAdicciones)

d. Atención no presencial y sus efectos sobre el acceso y calidad de la atención

Las limitaciones a la movilidad y las medidas de prevención establecidas para la contención de la propagación del virus han impulsado el uso de la telemedicina y la creación de líneas telefónicas específicas para responder a consultas puntuales y atender a urgencias (372,376), lo que ha permitido liberar la presión de las visitas presenciales y ha generado resultados beneficiosos en relación al acceso y adherencia de los/as pacientes usuarios de los servicios de telemedicina (387). Aun así, las primeras reflexiones sobre su impacto subrayan ciertos problemas para una atención equitativa y de calidad (388).

Por un lado, estudios arrojan resultados diferentes en relación al desigual uso de la telemedicina. En un estudio realizado en contexto de los EEUU, se observa que el incremento del uso de la telemedicina en tiempos de pandemia ha sido mayor entre personas en zonas con menores niveles de pobreza, viviendo en áreas metropolitanas y las personas de más edad, así como los menores entre 0-12 años (389). En otros, la evidencia deja entrever que el mayor uso se da entre las personas jóvenes, solteros/as, divorciado/as o separados/as, y con síntomas de ansiedad y depresión (390), así como mujeres, personas empleadas activas y con patologías menos complejas (391).

Por otro, se ha mostrado cierta preocupación por varios motivos. El primero, la imposibilidad de hacer uso de la teleconsulta de ciertos colectivos por no tener la tecnología (GF mayores; GF madres y padres) (376,392-394). Asimismo, también se observa una mayor falta de preparación con la telemedicina en personas de más edad, hombres, no casados, de raza negra o hispana, residentes en áreas no metropolitanas, de menor nivel educativo e ingresos, peor salud autopercebida y con necesidad de servicios de interpretación (376,395,396) (ENT migración; ENT trabajadoras sociales). A este respecto, otras revisiones han mostrado que las tecnologías y el acceso a la atención online podría tener un impacto catalizador en el acceso a la atención de los grupos más desfavorecidos (359).

RESULTADOS DE LA EIS

"(...) somos conscientes de estas dificultades en la comunicación. Ya con personas hispano hablantes nos estamos encontrando con mensajes que no llegan o al revés, que no acabamos de entender nosotros o que hemos mal interpretado, pues imagínate por teléfono y con personas que no son hispano hablantes, pues es un desastre" (ENT migración)

El segundo, por la pérdida en la calidad de la atención al no ser posible que se dé una conexión personal y una exploración física, los cuales son posibles a través de una consulta presencial (375,376,378,396–398) (GF madres y padres).

"Frente a frente se puede percibir otras cosas que no es solo "a mí me duele aquí". Por eso creo que en ese sentido que tú dices está bien no ir, pero creo que lo presencial nunca puede..." (GF madres y padres)

A pesar de los problemas, la atención virtual habría contribuido a la mejora en la atención de ciertos grupos de pacientes. En este sentido, se ha indicado que la telemedicina aporta mayor comodidad y privacidad, permite dedicar más tiempo al consejo sanitario, así como a reducir los tiempos de desplazamiento y contribuir a la conciliación familiar (375,376,380,392,397), ayuda a ver las condiciones de la vivienda y conectar con los allegados/as del paciente (74,394,398,399) (61,310,313,316), pudiendo ayudar a mejorar el acceso a la atención, la calidad y la satisfacción de los/as pacientes (GF madres y padres; GF AAVV).

"Yo lo prefiero así. Mucho más fácil gestionar una cita, y más manejable que antes. Vía teléfono y le envías una foto vía WhatsApp si hace falta y ya está. (...) Ahora mismo te puedes evitar muchos desplazamientos para hacer gestiones que antes había que hacerlas presencialmente" (GF madres y padres)



La revisión de la evidencia disponible, tanto a nivel internacional, como en un contexto más cercano y local, ha mostrado la diversidad de impactos en salud y en sus determinantes que las medidas de control y gestión de la pandemia de la COVID-19 han tenido en la población, y de forma especial en determinados grupos de población. Los resultados evidencian que las políticas adoptadas para frenar la expansión del virus y el impacto en términos de salud y mortalidad que este tiene, han producido también un impacto en una gran variedad de aspectos de la vida cotidiana de nuestras sociedades, afectando negativamente a muy diversos indicadores de salud y a las condiciones de vida y trabajo que determinan nuestra salud y las oportunidades de llevar a cabo una vida saludable.

Además, la revisión de la evidencia científica, tanto a nivel internacional como a nivel regional, muestra que este impacto en salud y determinantes de la salud ha sido desigual socialmente, dadas tanto las desigualdades sociales que existían ya antes del inicio de la crisis sanitaria y que condicionaban los determinantes de la salud, como también dado el desigual impacto que las medidas adoptadas para frenar la pandemia tienen en la vida de las personas y los grupos sociales.

A continuación, se plantean una serie de recomendaciones en función de las medidas analizadas y los impactos identificados. Estas recomendaciones pretenden apoyar la toma de decisiones en salud pública a nivel político, intersectorial e informada, de manera que puedan servir, tanto para siguientes fases de la pandemia de la COVID-19, como para posibles escenarios futuros, esto es, para situaciones que precisen la adopción de nuevas medidas dentro del contexto de la pandemia de la COVID-19, así como en futuras posibles crisis sanitarias similares.

De forma general y como paraguas para el conjunto de las medidas e intervenciones, se considera imprescindible la integración de la perspectiva de equidad en la planificación y respuesta frente a situaciones de crisis sanitarias, como la acontecida con la COVID-19, acompañada de estrategias de colaboración intersectorial para el diseño e implementación de políticas y medidas que contemplen las desigualdades sociales en salud y aboguen por intervenciones que amortigüen los impactos en los grupos sociales más vulnerables. Las siguientes recomendaciones se ordenan según las medidas analizadas y los impactos identificados:

EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO Y LA REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD:

- Considerar la medida de confinamiento domiciliario estricto como una medida excepcional y de último recurso.
- En el caso de que el confinamiento domiciliario sea necesario, reducir al máximo su duración para evitar el desgaste e impacto que produce.
- Permitir, al menos, una salida diaria con acceso a espacios públicos exteriores (zonas verdes, parques) para el juego y el ejercicio físico, principalmente.

RESULTADOS DE LA EIS

- Priorizar las salidas en el caso de personas con necesidades especiales o vulnerables (personas mayores, población infantil, personas con enfermedades crónicas o problemas de salud mental, entre otros).
- Trabajar en la detección de personas mayores que viven solas o en situación de fragilidad y habilitar un sistema de contacto telefónico o presencial para su acompañamiento y seguridad. Habilitar y ofrecer recursos telemáticos y apoyo en su uso para que estas personas puedan contactar con sus redes sociales durante el confinamiento.
- Trabajar en la detección de hogares (monomarentales, monoparentales, en situación de vulnerabilidad) donde se pueden dar mayores dificultades socioeconómicas y/o sobrecarga de cuidados, y articular apoyos y habilitar medidas y recursos para su protección y cobertura de necesidades básicas durante periodos de confinamiento o semiconfinamiento.
- Trabajar en la detección de hogares expuestos a todo tipo de violencias domésticas (parentofiliares, de género, etc.) y articular intervenciones que protejan a las víctimas, así como faciliten el aviso o la solicitud de ayuda y la detección temprana de casos. Proveer más recursos para la atención a casos de violencia en periodos de desconfinamiento.
- Trabajar en la detección de hogares expuestos a peores condiciones de vivienda (hacinamiento, infravivienda o que no permitan la adopción de conductas saludables) y proveer de alternativas habitacionales, en especial en situaciones de contagio y necesidad de aislamiento o cuarentena.
- Avanzar en el reconocimiento social y económico de los cuidados para lograr la corresponsabilidad real.
- Disponer recursos para personas que necesiten apoyo en los procesos de enfermedad, final de la vida y duelo.
- Promover la identificación de personas en riesgo de aislamiento y soledad no deseada, y fomentar las redes comunitarias, así como las tecnologías y sistemas de comunicación virtual, para facilitar que se mantenga el contacto social.
- Reforzar las redes comunitarias y apoyar este tipo de iniciativas desde todas las esferas (institucionales, comunitarias, asociativas, etc.).
- Dotar de información transparente, accesible y de calidad para toda la ciudadanía. Estabilizar los canales de comunicación formales y mantenerlos actualizados.

RESTRICCIONES EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS FORMALS:

- Implementar medidas controladas en centros residenciales que permitan el contacto/visitas con la red y esfera social/familiar de las personas residentes.

RESULTADOS DE LA EIS

- Detectar personas con mayores necesidades de acompañamiento y cuidados, así como de atención terapéutica, y disponer para ellas recursos gratuitos alternativos a los servicios colectivos restringidos.
- Atender a las personas cuidadoras en diferentes servicios de cuidado formales (en centros públicos o privados y a domicilio), dotándoles de recursos necesarios para su protección y que aseguren unas condiciones seguras para la realización de su trabajo y prevengan impactos en su salud física y mental.
- Habilitar y ofrecer recursos de asesoramiento y apoyo psicológico para las/os familiares o personas cuidadoras que asumen los cuidados en el hogar, con el fin de que puedan ejercerlos con la mayor calidad y la mayor seguridad para ellas/os.

RESTRICCIONES EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN FORMAL:

- Considerar la medida de cierre de centros educativos como una medida excepcional y de último recurso, especialmente en los niveles más básicos (infantil y primaria).
- Implementar medidas que permitan combinar la formación a distancia con la presencialidad, priorizando a los grupos con mayores necesidades socioeconómicas, educativas y de cuidados o con necesidades especiales.
- Garantizar el acceso telemático al curso online por parte de todas/os las/os alumnas/os, ofreciendo apoyo continuo para el uso correcto de los dispositivos. Adaptar el seguimiento en aquellas familias que no dispongan de acceso a internet o recursos electrónicos suficientes.
- Garantizar el acompañamiento continuo por parte del profesorado a los/as niños/as con mayores necesidades socioeconómicas, educativas y de cuidados o con necesidades especiales, incorporando el acompañamiento emocional.
- Garantizar la continuidad de las terapias que se ofrecen en el ámbito escolar, priorizando aquellos casos de mayor necesidad socioeconómica y de salud.
- Ofrecer alternativas a los servicios y la atención continuada para la prevención de casos de violencia doméstica u otras necesidades sociales y emocionales desde el ámbito académico.

CAMBIOS EN EL ENTORNO LABORAL Y MEDIDAS EN MATERIA DE EMPLEO:

- Establecer medidas de impulso al empleo de calidad, de regularización de la economía informal y de mitigación de los efectos de las crisis en los sectores laborales no formalizados.

RESULTADOS DE LA EIS

- Mejorar la calidad del empleo de los servicios públicos esenciales: educación, sanidad, servicios sociales, etc.
- Potenciar modelos organizativos que permitan la conciliación familiar, garantizando que se tengan en cuenta las necesidades y dificultades de los colectivos específicos (familias monomarentales, monoparentales, personas trabajadoras esenciales y por cuenta propia).
- Regular las condiciones de empleo de los servicios esenciales, en gran parte feminizados, garantizando condiciones seguras y dignas, así como la protección frente al contagio y los impactos psicológicos asociados a la exposición.
- Facilitar el permiso de baja laboral y/o la flexibilidad laboral de los/as progenitores en caso de confinamiento escolar, que facilite la conciliación con el trabajo de cuidados en el hogar.
- Promover medidas que permitan reducir el impacto en las carreras profesionales de las mujeres, dada la desigual distribución de género de las condiciones de trabajo (salarios, temporalidad, parcialidad, etc.) y del trabajo doméstico y de cuidados.
- Prestar atención a los problemas de salud mental de los profesionales de la salud y del cuidado formal e informal, implementar medidas que permitan una reducción de la carga de trabajo, de factores estresantes, así como crear entornos de trabajo favorables que reduzcan el desgaste laboral.

RESTRICCIÓN DE ESPACIOS DE OCIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL:

- Permitir la apertura controlada de espacios públicos dedicados a la reunión social, en especial aquellos destinados a la población mayor, jóvenes y mujeres (centro de mayores, de jubilados, asociaciones, entidades sociales).
- Regular el acceso y uso de espacios públicos exteriores (plazas, parques, jardines, etc.), que permita su utilización para la práctica del ejercicio físico, el ocio y la vida social de forma colectiva, garantizando las necesarias medidas de seguridad frente al contagio.

CAMBIOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA:

- Disponer de un régimen de visitas presenciales controladas a las personas que se encuentran en sus últimos momentos de vida, por parte de sus familiares o personas allegadas, garantizando la seguridad frente al contagio. Habilitar y ofrecer recursos telemáticos y apoyo en su uso para que las personas hospitalizadas puedan contactar con sus redes sociales.
- Garantizar el derecho y poner medidas que promuevan el acceso a los servicios de salud, como un derecho básico universal.
- Mantener los servicios preventivos, como estrategia para lograr mejores resultados en salud y mayor eficiencia del sistema sanitario.
- Asegurar medios para el acceso equitativo de la atención no presencial (recursos, apoyo y habilidades).

5

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. 2007.
2. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(2):182–9.
3. Local Government Association. Councillor’s workbook: Health in All Policies and COVID-19. 2020. [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. Disponible en: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/25.171%20HIAP%20Workbook%20_v03_2.pdf
4. Marshall L. Emerging evidence on health inequalities and COVID-19: May 2020. The Health Foundation [Internet]. 2020 [citado 22 julio 2021]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-health-inequalities-and-covid-19-may-2020>
5. World Health Organization. Health in All Policies: Framework for Country Action [Internet]. World Health Organization; 2016 [Accedido el 21/12/2021]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
6. Sandín-Vázquez M, Sarría-Santamera A. Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. Rev Esp Salud Publica. 2008;82(3).
7. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. Gac Sanit. 2009;23(1):62–6.
8. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet]. BOE 2020;67(14 de marzo de 2020):25390–400. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
9. Gobierno de Navarra. DECRETO-LEY FORAL 6/2020, de 17 de junio, por el que se aprueban medidas urgentes para responder al impacto generado por la crisis sanitaria del coronavirus (COVID-19) [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. BON Mar, 2020 p. 1–22. Disponible en: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=52529>
10. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan de desescalada [Internet]. Consejo de Ministros. 2020 [Accedido el 21/12/2021]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx>
11. Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. BOE-A-2020-12898 Boletín Oficial del Estado; 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-12898>

12. Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. Boletín Oficial del Estado; 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-13494>
13. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III. Informe no 85. Situación de COVID-19 en España [Internet]. [Accedido el 20/07/2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_408_COVID-19.pdf
14. Centro Nacional de Epidemiología. COVID-19 [Internet]. [Accedido el 20/07/2021]. Disponible en: <https://cneccovid.isciii.es/covid19/#documentación-y-datos>
15. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Actualización no 408. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [Internet] [Accedido el 20/07/2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_408_COVID-19.pdf
16. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020;12(6):1583.
17. Ammar A, Chtourou H, Boukhris O, Trabelsi K, Masmoudi L, Brach M, et al. COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17).
18. Ammar A, Mueller P, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Psychological consequences of COVID-19 home confinement: The ECLB-COVID19 multicenter study. *PLoS One*. 2020;15(11):e0240204.
19. Anwar A, Kee DMH, Salman A, Jabeen G. Impact of COVID-19 social media news on employee behavior: the mediating role of psychological well-being and depression. *ASIAN Educ Dev Stud*. 2021; [ahead-of-print] doi: 10.1108/AEDS-07-2020-0159
20. Bhaskar S, Rastogi A, Menon KV, Kunheri B, Balakrishnan S, Howick J. Call for Action to Address Equity and Justice Divide During COVID-19. *Front psychiatry*. 2020;11:559905.
21. Rodrigues R, Simmons C, Schmidt AE, Steiber N. Care in times of COVID-19: the impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. *Eur J Ageing*. 2021;1-11.
22. Dubost CL, Pollak C, ReyDubost S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives. *Les dossiers la DREES* [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020;62. Disponible en: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-inegalites-sociales-face-lepidemie-de-covid-19-etat-des>
23. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(11):964-8.

24. Bajos N, Jusot F, Pailhe A, Spire A, Martin C, Meyer L, et al. When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC Public Health*. 2021;21(1):705.
25. Whitehead BR. COVID-19 as a Stressor: Pandemic Expectations, Perceived Stress, and Negative Affect in Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(2):e59–64.
26. Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Avis préliminaire portant sur les impacts de la pandémie sur les populations vulnérables [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. Gouvernement du Québec; 2021. Disponible en: https://www.cclp.gouv.qc.ca/publications/pdf/CCLP_avis_impact_pandemie.pdf
27. Siu JY-M. Health inequality experienced by the socially disadvantaged populations during the outbreak of COVID-19 in Hong Kong: An interaction with social inequality. *Health Soc Care Community*. 2020;00:1–8.
28. Kawachi I. COVID-19 and the “rediscovery” of health inequities. *Int J Epidemiol*. 2020;49(5):1415–8.
29. Ndumbe-Eyoh S, Muzumdar P, Betker C, Oickle D. “Back to better”: amplifying health equity, and determinants of health perspectives during the COVID-19 pandemic. *Glob Health Promot*. 2021;17579759211000976.
30. Rod MH, Hulvej Rod N. Towards a syndemic public health response to COVID-19. *Scand J Public Health*. 2021;49(1):14–6.
31. Singh SK. COVID-19: A master stroke of Nature. *AIMS public Heal*. 2020;7(2):393–402.
32. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, Richardson C, Thomson KC, McGuinness L, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Prev Med (Baltim)*. 2021;145:106333.
33. Jia ZY, Xu SJ, Zhang ZC, Cheng ZY, Han HQ, Xu HX, et al. Association between mental health and community support in lockdown communities during the COVID-19 pandemic: Evidence from rural China. *J Rural Stud*. 2021;82:87–97.
34. Fancourt D, Steptoe A, Bu FF. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet psychiatry*. 2021;8(2):141–9.
35. Chan Che C, Lasbeur L, et al LC. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement. *Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020*. *Bull épidémiologique Hebd*. 2020;13:260–9.
36. Gandré C, Rochereau T. CM. Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement : Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. *Quest d'économie la santé* [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. 2020;249. Disponible en: <https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-249-les-inegalites-face-au-risque-de-detresse-psychologique-pendant-le-confinement-premiers-resultats-enquete-coclico.html>

37. Kim HH, Jung JH. Social Isolation and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: A Cross-National Analysis. *Gerontologist*. 2021;61(1):103–13.
38. Dawson DL, Golijani-Moghaddam N. COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *J Context Behav Sci*. 2020;17:126–34.
39. Ausin B, Gonzalez-Sanguino C, Castellanos MA, Munoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *J Gend Stud*. 2021;30(1):29–38.
40. Niedzwiedz CL, O'Donnell CA, Jani BD, Demou E, Ho FK, Celis-Morales C, et al. Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: prospective cohort study using UK Biobank. *BMC Med*. 2020;18(1):160.
41. Rahman M, Ahmed R, Moitra M, Damschroder L, Brownson R, Chorpita B, et al. Mental Distress and Human Rights Violations During COVID-19: A Rapid Review of the Evidence Informing Rights, Mental Health Needs, and Public Policy Around Vulnerable Populations. *Front psychiatry*. 2020;11:603875.
42. Amendola S, Spensieri V, Hengartner MP, Cerutti R. Mental health of Italian adults during COVID-19 pandemic. *Br J Health Psychol*. 2021;26(2):644–56.
43. Chakrabarti S, Hamlet LC, Kaminsky J, Subramanian SV. Association of Human Mobility Restrictions and Race/Ethnicity-Based, Sex-Based, and Income-Based Factors With Inequities in Well-being During the COVID-19 Pandemic in the United States. *JAMA Netw open*. 2021;4(4):e217373.
44. Sole B, Verdolini N, Amoretti S, Montejo 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*. 2021;281:13–23.
45. Gandré C, Coldefy M, Radoszycki L, Testa D, EM. Détresse psychologique pendant le premier confinement lié à la Covid-19: des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap. *Quest d'économie la santé*. 2021;255.
46. Zhu K, Niu Z, Freudenheim J, Zhang Z, Lei L, Homish G, et al. COVID-19 Related Symptoms of Anxiety, Depression, and PTSD among US Adults. *Psychiatry Res*. 2021;301:113959.
47. Pera A. Cognitive, Behavioral, and Emotional Disorders in Populations Affected by the COVID-19 Outbreak. *Front Psychol*. 2020;11:2263.
48. Gualano M, Corradi A, Voglino G, Bert F, Siliquini R, MR G, et al. Beyond COVID-19: a cross-sectional study in Italy exploring the covid collateral impacts on healthcare services. *Health Policy*. 2021;125(7):869–76.
49. Ford MB. Social distancing during the COVID-19 pandemic as a predictor of daily psychological, social, and health-related outcomes. *J Gen Psychol*. 2021;148(3):249–71.

50. Rossinot H, Fantin R, Venne J. Behavioral Changes During COVID-19 Confinement in France: A Web-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22).
51. Rothe J, Buse J, Uhlmann A, Bluschke A, Roessner V. Changes in emotions and worries during the Covid-19 pandemic: an online-survey with children and adults with and without mental health conditions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021;15(1):11.
52. Sonza A, de Sa-Caputo DD, Sartorio A, Tamini S, Seixas A, Sanudo B, et al. COVID-19 Lockdown and the Behavior Change on Physical Exercise, Pain and Psychological Well-Being: An International Multicentric Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).
53. Burke T, Berry A, Taylor LK, Stafford O, Murphy E, Shevlin M, et al. Increased Psychological Distress during COVID-19 and Quarantine in Ireland: A National Survey. *J Clin Med*. 2020;9(11).
54. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20.
55. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor SS, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):1–11.
56. Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Madsen KR, Koushede V, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Artic Lancet Public Heal*. 2020;5:62–70.
57. Haut Conseil de la Santé Publique. Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. Collection Avis et Rapports; 2021. Disponible en: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1127>
58. Hazo JB C V. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la première vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes de 2014 et 2019. *DREES, Études et Résultats*. 2021;1185.
59. Moya-Lacasa C, Alvarez-Vazquez CM, Gonzalez-Blanco L, Valtuena-Garcia M, Martin-Gil E, Seijo-Zazo E, et al. Impact of the coronavirus outbreak on mental health in the different spanish regions. *Actas Esp Psiquiatr*. 2021;49(2):64–70.
60. Meyer J, McDowell C, Lansing J, Brower C, Smith L, Tully M, et al. Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior in Response to COVID-19 and Their Associations with Mental Health in 3052 US Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19).
61. Munk AJL, Schmidt NM, Alexander N, Henkel K, Hennig J. Covid-19-Beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PLoS One*. 2020;15(8):e0236688.
62. Salfi F, Lauriola M, Amicucci G, Corigliano D, Viselli L, Tempesta D, et al. Gender-related time course of sleep disturbances and psychological symptoms during the COVID-19 lockdown: A longitudinal study on the Italian population. *Neurobiol Stress*. 2020;13:100259.

63. Zürcher SJ, Kerksieck P, Adamus C, Burr CM, Lehmann AI, Huber FK, et al. Prevalence of Mental Health Problems During Virus Epidemics in the General Public, Health Care Workers and Survivors: A Rapid Review of the Evidence. Vol. 8, *Frontiers in public health*. 2020. p. 560389.
64. Marroquín B, Vine V, Morgan R. Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Res*. 2020;293:113419.
65. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R, et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tob Control*. 2021 [published online ahead of print].
66. Kolokotroni O, Mosquera MC, Quattrocchi A, Heraclides A, Demetriou C, Philippou E. Lifestyle habits of adults during the COVID-19 pandemic lockdown in Cyprus: evidence from a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):786.
67. Sang XH, Menhas R, Saqib ZA, Mahmood S, Weng Y, Khurshid S, et al. The Psychological Impacts of COVID-19 Home Confinement and Physical Activity: A Structural Equation Model Analysis. *Front Psychol*. 2021;11.
68. Flaudias V, Zerhouni O, Pereira B, Cherpitel CJ, Boudesseul J, de Chazeron I, et al. The Early Impact of the COVID-19 Lockdown on Stress and Addictive Behaviors in an Alcohol-Consuming Student Population in France. *Front psychiatry*. 2021;12.
69. Ohlbrecht H, Jellen J. Unequal tensions: the effects of the coronavirus pandemic in light of subjective health and social inequality dimensions in Germany. *Eur Soc*. 2021;23:S905–22.
70. Pauvres. PF des. Isolement des personnes âgées : Les effets du confinement. 2020; [Accedido el 22/12/2021]. Disponible en: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/prises-depositions/covid-19-contre-un-confinement-social-des-personnes-agees>
71. Okruszek L, Aniszewska-Stanczuk A, Piejka A, Wisniewska M, Zurek K. Safe but Lonely? Loneliness, Anxiety, and Depression Symptoms and COVID-19. *Front Psychol*. 2020;11.
72. Balluerka Lasa N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos D, Gorostiaga Manterola A, Espada Sánchez JP, Padilla García JL, et al. Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento informe de investigación. *Serv Publicaciones la Univ del País Vasco*. 2020.
73. Liu Y, Mattke S. Association between state stay-at-home orders and risk reduction behaviors and mental distress amid the COVID-19 pandemic. *Prev Med (Baltim)*. 2020;141.
74. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblaz M, Luque Martín N. [Consequences of the COVID-19 lockdown in patients with chronic diseases in Andalusia] [En español]. *Gac Sanit*. 2020 [Online ahead of print].
75. Del Rio-Casanova L, Sanchez-Martin M, Garcia-Dantas A, Gonzalez-Vazquez A, Justo A. Psychological Responses According to Gender during the Early Stage of COVID-19 in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).

76. Peterson JA, Chesbro G, Larson R, Larson D, Black CD. Short-Term Analysis (8 Weeks) of Social Distancing and Isolation on Mental Health and Physical Activity Behavior During COVID-19. *Front Psychol.* 2021;12:652086.
77. Qin F, Song YQ, Nassis GP, Zhao LN, Dong YN, Zhao CC, et al. Physical Activity, Screen Time, and Emotional Well-Being during the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(14).
78. Brand R, Timme S, Nosrat S. When Pandemic Hits: Exercise Frequency and Subjective Well-Being During COVID-19 Pandemic. *Front Psychol.* 2020;11:570567.
79. MC R, TJ D, CJ C-W, W N, JY C, J F-M, et al. A Cross-Cultural Exploratory Study of Health Behaviors and Wellbeing During COVID-19. *Front Psychol* [Internet]. 2020;11:608216. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33510684/>
80. Liu Q, Zhou Y, Xie X, Xue Q, Zhu K, Wan Z, et al. The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china. *J Affect Disord.* 2021;279:412–6.
81. Jia Z, Xu S, Zhang Z, Cheng Z, Han H, Xu H, et al. Association between mental health and community support in lockdown communities during the COVID-19 pandemic: Evidence from rural China. *J Rural Stud.* 2021;82:87–97.
82. Bourdeau-Lepage L. Le confinement et ses effets sur le quotidien [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. *halshs-02650456*; 2020. Disponible en: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02650456>
83. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Raymond E, Bussièrès E-L, Lapierre N, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. *JMIR aging.* 2021;4(2):e26474.
84. Haut Conseil de la Santé Publique. Épidémie de Covid-19, confinement et santé des enfants [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=860>
85. Valero Alzaga E, Martin Roncero U, Dominguez-Rodriguez A. [Covid-19 and child health: confinement and its impact according to child professionals.] [en Español]2. *Rev Esp Salud Publica.* 2020;94.
86. Erades N, Morales A. Psychological impact of confinement due to COVID-19 in Spanish children: a cross-sectional study. *Rev Psicol Clin con niños Y Adolesc.* 2020;7(3):27–34.
87. Schmidt SJ, Barblan LP, Lory I, Landolt MA. Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1).
88. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021;67(1).

89. Francisco R, Pedro M, Delvecchio E, Espada JP, Morales A, Mazzeschi C, et al. Psychological Symptoms and Behavioral Changes in Children and Adolescents During the Early Phase of COVID-19 Quarantine in Three European Countries. *Front psychiatry*. 2020;11:570164.
90. Morgul E, Kallitsoglou A, Essau CA. Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. *Rev Psicol Clin con niños Y Adolesc*. 2020;7(3):42–8.
91. O’Sullivan K, Clark S, McGrane A, Rock N, Burke L, Boyle N, et al. A Qualitative Study of Child and Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Ireland. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3).
92. Aslam N, Ahmed A. Prospective Impact of COVID-19 on Adolescents: Guidelines for Interventions. *Psychiatr Danub*. 2020;32(3–4):603–4.
93. Censi L, Ruggeri S, Galfo M, Buonocore N, Roccaldo R. Eating behaviour, physical activity and lifestyle of Italian children during lockdown for COVID-19. *Int J Food Sci Nutr*. 2021;1–13.
94. Evans S, Alkan E, Bhangoo JK, Tenenbaum H, Ng-Knight T. Effects of the COVID-19 lockdown on mental health, wellbeing, sleep, and alcohol use in a UK student sample. *Psychiatry Res*. 2021;298.
95. Patsali ME, Mousa DP V, Papadopoulou EVK, Papadopoulou KKK, Kaparounaki CK, Diakogiannis I, et al. University students’ changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry Res*. 2020;292.
96. Sun SF, Goldberg SB, Lin DH, Qiao S, Operario D. Psychiatric symptoms, risk, and protective factors among university students in quarantine during the COVID-19 pandemic in China. *Global Health*. 2021;17(1).
97. Kohls E, Baldofski S, Moeller R, Klemm S-LL, Rummel-Kluge C. Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Front psychiatry*. 2021;12:643957.
98. Waselewski EA, Waselewski ME, Chang T. Needs and Coping Behaviors of Youth in the U.S. During COVID-19. *J Adolesc Health*. 2020;67(5):649–52.
99. Justo-Alonso A, García-Dantas A, González-Vázquez AI, Sánchez-Martín M, DelRío-Casanova L. How did Different Generations Cope with the COVID-19 Pandemic? Early Stages of the Pandemic in Spain. *Psicothema*. 2020;32(4):490–500.
100. Parola A, Rossi A, Tessitore F, Troisi G, Mannarini S. Mental Health Through the COVID-19 Quarantine: A Growth Curve Analysis on Italian Young Adults. *Front Psychol*. 2020;11:567484.
101. Grolli RE, Mingoti MED, Bertollo AG, Luzardo AR, Quevedo J, Réus GZ, et al. Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Mol Neurobiol*. 2021;58(5):1905–16.
102. Cabrera MA, Karamsetty L, Simpson SA. Coronavirus and Its Implications for Psychiatry: A Rapid Review of the Early Literature. *Psychosomatics*. 2020;61(6):607–15.

103. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira D V, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(9):938–47.
104. Richardson D, Duncan M, Clarke D, Myers T, Tallis J. The influence of COVID-19 measures in the United Kingdom on physical activity levels, perceived physical function and mood in older adults: A survey-based observational study. *J Sports Sci*. 2021;39(8):887–99.
105. Lehtisalo J, Palmer K, Mangialasche F, Solomon A, Kivipelto M, Ngandu T. Changes in Lifestyle, Behaviors, and Risk Factors for Cognitive Impairment in Older Persons During the First Wave of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Finland: Results From the FINGER Study. *Front psychiatry*. 2021;12:624125.
106. Zach S, Zeev A, Ophir M, Eilat-Adar S. Physical activity, resilience, emotions, moods, and weight control of older adults during the COVID-19 global crisis. *Eur Rev Aging Phys Act*. 2021;18(1):5.
107. Rodríguez-González, Facal D, Martínez-Santos AE, Gandoy-Crego M. Psychological, Social and Health-Related Challenges in Spanish Older Adults During the Lockdown of the COVID-19 First Wave. *Front psychiatry*. 2020;11:588949.
108. Emerson KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam salud publica-PAN Am J Public Heal*. 2020;44.
109. Kobayashi L, O´Shea B, Kler J, Nishimura S, Palavicino-Maggio C, Eastman M, et al. Cohort profile: the COVID-19 Coping Study, a longitudinal mixed-methods study of middle-aged and older adults’ mental health and well-being during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Open*. 2021;11(2):e044965.
110. Bobes-Bascaran T, Saiz PA, Velasco A, Martinez-Cao C, Pedrosa C, Portilla A, et al. Early Psychological Correlates Associated With COVID-19 in A Spanish Older Adult Sample. *Am J Geriatr psychiatry*. 2020;28(12):1287–98.
111. Nkire N, Mrklas K, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, et al. COVID-19 Pandemic: Demographic Predictors of Self-Isolation or Self-Quarantine and Impact of Isolation and Quarantine on Perceived Stress, Anxiety, and Depression. *Front psychiatry*. 2021;12.
112. Pellegrina U, Quaglino V, Deligne H. [Covid-19, impacts on the mental health of people suffering from anxiety and depression]. *Soins Psychiatr*. 2020;41(331):29–33.
113. Rainero I, Bruni AC, Marra C, Cagnin A, Bonanni L, Cupidi C, et al. The Impact of COVID-19 Quarantine on Patients With Dementia and Family Caregivers: A Nation-Wide Survey. *Front Aging Neurosci*. 2020;12:625781.
114. Roach P, Zwiers A, Cox E, Fischer K, Charlton A, Josephson CB, et al. Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on well-being and virtual care for people living with dementia and care partners living in the community. *Dementia-international J Soc Res Pract*. 2020.

115. Rains LS, Johnson S, Barnett P, Steare T, Needle JJ, Carr S, et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(1):13–24.
116. Van Maurik IS, Bakker ED, van den Buuse S, Gillissen F, van de Beek M, Lemstra E, et al. Psychosocial Effects of Corona Measures on Patients With Dementia, Mild Cognitive Impairment and Subjective Cognitive Decline. *Front psychiatry*. 2020;11.
117. Theis N, Campbell N, De Leeuw J, Owen M, Schenke KC. The effects of COVID-19 restrictions on physical activity and mental health of children and young adults with physical and/or intellectual disabilities. *Disabil Health J*. 2021;101064.
118. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Bussièrès E-L, Best K, Boucher N, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disabil Health J*. 2021;14(1):101014.
119. Willner P, Rose J, Stenfert Kroese B, Murphy GH, Langdon PE, Clifford C, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on the mental health of carers of people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(6):1523–33.
120. Simblett SKS, Wilson E, Morris D, Evans J, Odoi C, Mutepua M, et al. Keeping well in a COVID-19 crisis: a qualitative study formulating the perspectives of mental health service users and carers. *J Ment Health*. 2021;1–10.
121. Ahlers-Schmidt CR, Hervey AM, Neil T, Kuhlmann S, Kuhlmann Z. Concerns of women regarding pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic. *Patient Educ Couns*. 2020;103(12):2578–82.
122. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10.
123. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020;277:5–13.
124. Lamarre-Choinière D, Lippé S. Impact de la Covid-19 sur les symptômes de dépression et d'anxiété des femmes enceintes : une revue de littérature. *Rev Neuropsychol*. 2021 10;13(1):15–28.
125. Farewell C V, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A Mixed-Methods Pilot Study of Perinatal Risk and Resilience During COVID-19. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720944074.
126. Bradfield Z, Wynter K, Hauck Y, Vasilevski V, Kuliukas L, Wilson AN, et al. Experiences of receiving and providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia: A five-cohort cross-sectional comparison. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248488.
127. Overbeck G, Graungaard AH, Rasmussen IS, Andersen JH, Ertmann RK, Kragstrup J, et al. Pregnant women's concerns and antenatal care during COVID-19 lock-down of the Danish society. *Dan Med J*. 2020;67(12).

128. Mortazavi F, Ghardashi F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):193.
129. Matvienko-Sikar K, Pope J, Cremin A, Carr H, Leitao S, Olander EK, et al. Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2021;34(5):447–54.
130. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O’Connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the covid-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;249:96–7.
131. Riley V, Ellis N, Mackay L, Taylor J. The impact of COVID-19 restrictions on women’s pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration. *Midwifery*. 2021;101:103061.
132. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2021;34(4):335–43.
133. Wilson AN, Sweet L, Vasilevski V, Hauck Y, Wynter K, Kuliukas L, et al. Australian women’s experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. *Birth*. 2021;00:1–10.
134. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women’s perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020 201. 2020;20(1):1–8.
135. Kim DH, Chadha NK, Nguyen LH, Husein M. Personal protective equipment availability and usage amongst pediatric otorhinolaryngologists during the COVID-19 pandemic: An international survey. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;138:110349.
136. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10.
137. Boschuetz N, Cheng S, Mei L, Loy VM. Changes in Alcohol Use Patterns in the United States During COVID-19 Pandemic. *WMJ*. 2020;119(3):171–6.
138. Celorio-Sardà R, Comas-Basté V, Latorre-Moratalla M, Zerón-Ruggerio M, Urpi-Sarda M, Illán-Villanueva M, et al. Effect of COVID-19 Lockdown on Dietary Habits and Lifestyle of Food Science Students and Professionals from Spain. *Nutrients*. 2021;13(5).
139. Wang X, Lei SM, Le S, Yang Y, Zhang B, Yao W, et al. Bidirectional Influence of the COVID-19 Pandemic Lockdowns on Health Behaviors and Quality of Life among Chinese Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15).
140. Kriaucioniene V, Bagdonaviciene L, Rodríguez-Pérez C, Petkeviciene J. Associations between Changes in Health Behaviours and Body Weight during the COVID-19 Quarantine in Lithuania: The Lithuanian COVIDiet Study. *Nutrients*. 2020;12(10).

141. Obuchi S, Kawai H, Ejiri M, Ito K, Murakawa K. Change in outdoor walking behavior during the coronavirus disease pandemic in Japan: A longitudinal study. *Gait Posture*. 2021;88:42–6.
142. Curtis R, Olds T, Ferguson T, Fraysse F, Dumuid D, Esterman A, et al. Changes in diet, activity, weight, and wellbeing of parents during COVID-19 lockdown. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248008.
143. Santé publique France. Confinement : un impact certain sur l'activité physique, le temps passé assis et le temps passé devant un écran [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. Communiqué de presse; 2020. Disponible en: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/confinement-un-impact-certain-sur-l-activite-physique-le-temps-passe-assis-et-le-temps-passe-devant-un-ecran>
144. Kolokotroni O, Mosquera MC, Quattrocchi A, Heraclides A, Demetriou C, Philippou E. Lifestyle habits of adults during the COVID-19 pandemic lockdown in Cyprus: evidence from a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):786.
145. Qin F, Song YQ, Nassis GP, Zhao LN, Dong YN, Zhao CC, et al. Physical Activity, Screen Time, and Emotional Well-Being during the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14).
146. Pinho CS, Caria ACI, Aras Júnior R, Pitanga FJG. The effects of the COVID-19 pandemic on levels of physical fitness. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66:34–7.
147. Janssen X, Fleming L, Kirk A, Rollins L, Young D, Grealley M, et al. Changes in Physical Activity, Sitting and Sleep across the COVID-19 National Lockdown Period in Scotland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24).
148. Genin PM, Lambert C, Larras B, Pereira B, Toussaint J-F, Baker JS, et al. How Did the COVID-19 Confinement Period Affect Our Physical Activity Level and Sedentary Behaviors? Methodology and First Results From the French National ONAPS Survey. *J Phys Act Health*. 2021;18(3):296–303.
149. Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, Senore C, Armaroli P, Ortale A, et al. Did social isolation during the SARS-CoV-2 epidemic have an impact on the lifestyles of citizens? *Epidemiol Prev*. 2020;44(5):353–62.
150. Bennett G, Young E, Butler I, Coe S. The Impact of Lockdown During the COVID-19 Outbreak on Dietary Habits in Various Population Groups: A Scoping Review. *Front Nutr*. 2021;8:626432.
151. Franco I, Bianco A, Bonfiglio C, Sorino P, Mirizzi A, Campanella A, et al. Decreased levels of physical activity: results from a cross-sectional study in southern Italy during the COVID-19 lockdown. *J Sports Med Phys Fitness*. 2021;61(2):294–300.
152. Acs P, Premusz V, Morvay-Sey K, Palvolgyi A, Trpkovici M, Elbert G, et al. Effects of covid-19 on physical activity behavior among university students: results of a hungarian online survey. *Heal Probl Civiliz*. 2020;14(3):174–82.
153. Lopez-Valenciano A, Suarez-Iglesias D, Sanchez-Lastra MA, Ayan C. Impact of COVID-19 Pandemic on University Students' Physical Activity Levels: An Early Systematic Review. *Front Psychol*. 2021;11.

154. Morgul E, Kallitsoglou A, Essau CA. Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. *Rev Psicol Clin con niños Y Adolesc.* 2020;7(3):42–8.
155. Alonso-Martínez AM, Ramírez-Vélez R, García-Alonso Y, Izquierdo M, García-Hermoso A. Physical activity, sedentary behavior, sleep and self-regulation in spanish preschoolers during the COVID-19 lockdown. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):1–8.
156. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Francisco R, Mazzeschi C, Pedro M, et al. Coping Behaviors and Psychological Disturbances in Youth Affected by the COVID-19 Health Crisis. *Front Psychol.* 2021;12:565657.
157. González-Rábago Y, Cabezas-Rodríguez A, Martín U, Gonzalez-Rabago Y, Cabezas-Rodriguez A, Martin U. Social Inequalities in Health Determinants in Spanish Children during the COVID-19 Lockdown. 2021;18(8):4087.
158. ONAPS. Activité physique et sédentarité : Evolution des comportements pendant le confinement (Mars-Mai 2020) [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/06/Etat-des-lieux-confinement_Onaps.pdf
159. Morres I, Galanis E, Hatzigeorgiadis A, Androutsos O, Theodorakis Y. Physical Activity, Sedentariness, Eating Behaviour and Well-Being during a COVID-19 Lockdown Period in Greek Adolescents. *Nutrients.* 2021;13(5).
160. Sanudo B, Fennell C, Sanchez-Oliver AJ. 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(15).
161. Zheng C, Huang W, Sheridan S, Sit CH-P, Chen X-K, Wong SH-S. COVID-19 Pandemic Brings a Sedentary Lifestyle in Young Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17).
162. Escalon H, Deschamps V, Verdout C. Activité physique et sédentarité des adultes pendant la période de confinement lié à l'épidémie de Covid-19 : Etat des lieux et évolutions perçues (CoviPrev, 2020). *BEH Covid-19.* 2021;3.
163. Schnitzer M, Schoettl SE, Kopp M, Barth M. COVID-19 stay-at-home order in Tyrol, Austria: sports and exercise behaviour in change? *Public Health.* 2020;185:218–20.
164. Canello R, Soranna D, Zambra G, Zambon A, Invitti C. Determinants of the Lifestyle Changes during COVID-19 Pandemic in the Residents of Northern Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17).
165. Constandt B, Thibaut E, DeBosscher V, Scheerder J, Ricour M, Willem A. Exercising in Times of Lockdown: An Analysis of the Impact of COVID-19 on Levels and Patterns of Exercise among Adults in Belgium. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11).
166. Castañeda-Babarro A, Arbillaga-Etxarri A, Gutiérrez-Santamaría B, Coca A. Physical Activity Change during COVID-19 Confinement. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18).

167. Bourdas DI, Zacharakis ED. Impact of COVID-19 Lockdown on Physical Activity in a Sample of Greek Adults. *Sport (Basel, Switzerland)*. 2020;8(10).
168. Romero-Blanco C, Rodriguez-Almagro J, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernandez ML, Prado-Laguna M del C, Hernandez-Martinez A. Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18).
169. Lopez-Bueno R, Calatayud J, Andersen LL, Balsalobre-Fernandez C, Casana J, Casajus JA, et al. Immediate Impact of the COVID-19 Confinement on Physical Activity Levels in Spanish Adults. *Sustainability*. 2020;12(14).
170. Schmidt T, Pawlowski CS. Physical Activity in Crisis: The Impact of COVID-19 on Danes' Physical Activity Behavior. *Front Sport Act living*. 2020;2:610255.
171. Rogers N, Waterlow N, Brindle H, Enria L, Eggo R, Lees S, et al. Behavioral Change Towards Reduced Intensity Physical Activity Is Disproportionately Prevalent Among Adults With Serious Health Issues or Self-Perception of High Risk During the UK COVID-19 Lockdown. *Front public Heal*. 2020;8:575091.
172. Munasinghe S, Sperandei S, Freebairn L, Conroy E, Jani H, Marianovic S, et al. The Impact of Physical Distancing Policies During the COVID-19 Pandemic on Health and Well-Being Among Australian Adolescents. *J Adolesc Health*. 2020;67(5):653–61.
173. Nienhuis CP, Lesser IA. The Impact of COVID-19 on Women's Physical Activity Behavior and Mental Well-Being. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23).
174. Abate Daga F, Agostino S, Peretti S, Beratto L. COVID-19 nationwide lockdown and physical activity profiles among North-western Italian population using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Sport Sci Health*. 2021;1–6.
175. Đogaš Z, Lušić Kalcina L, avlinac Dodig I, Demirovic S, Madirazza K, Valic M, et al. The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: a cross-sectional study. *Croat Med J*. 2020;61(4):309–18.
176. Biviá-Roig G, La Rosa VL, Gómez-Tébar M, Serrano-Raya L, Amer-Cuenca JJ, Caruso S, et al. Analysis of the Impact of the Confinement Resulting from COVID-19 on the Lifestyle and Psychological Wellbeing of Spanish Pregnant Women: An Internet-Based Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5933.
177. Rodriguez-Gonzalez R, Facal D, Martinez-Santos A-E, Gandoy-Crego M. Psychological, Social and Health-Related Challenges in Spanish Older Adults During the Lockdown of the COVID-19 First Wave. *Front psychiatry*. 2020;11.
178. Maertl T, DeBock F, Huebl L, Oberhauser C, Coenen M, Jung-Sievers C, et al. Physical Activity during COVID-19 in German Adults: Analyses in the COVID-19 Snapshot Monitoring Study (COSMO). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2).

179. Dunton G, Wang S, Do B, Courtney J. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity locations and behaviors in adults living in the United States. *Prev Med reports*. 2020;20:101241.
180. Alexander S, Shareck M. Widening the gap? Unintended consequences of health promotion measures for young people during COVID-19 lockdown. *Health Promot Int*. 2021.
181. Koch S, Litt J, Daher C, Nieuwenhuijse M. ¿Debería permitirse la actividad física durante la pandemia causada por el coronavirus?. *Serie COVID19 y estrategia de respuesta*. Barcelona; 2020.
182. Scacchi A, Catozzi D, Boietti E, Bert F, Siliquini R. COVID-19 Lockdown and Self-Perceived Changes of Food Choice, Waste, Impulse Buying and Their Determinants in Italy: QuarantEat, a Cross-Sectional Study. *Foods (Basel, Switzerland)*. 2021;10(2).
183. Fan C, Liu L, Guo W, Yang A, Ye C, Jilili M, et al. Prediction of Epidemic Spread of the 2019 Novel Coronavirus Driven by Spring Festival Transportation in China: A Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5).
184. Robinson E, Boyland E, Chisholm A, Harrold J, Maloney NG, Marty L, et al. Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite*. 2021;156:104853.
185. Poelman MP, Gillebaart M, Schlinkert C, Dijkstra SC, Derksen E, Mensink F, et al. Eating behavior and food purchases during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study among adults in the Netherlands. *Appetite*. 2021;157:105002.
186. Zupo R, Castellana F, Sardone R, Sila A, Giagulli VA, Triggiani V, et al. Preliminary Trajectories in Dietary Behaviors during the COVID-19 Pandemic: A Public Health Call to Action to Face Obesity. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19).
187. Herle M, Smith A, Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Trajectories of eating behavior during COVID-19 lockdown: Longitudinal analyses of 22,374 adults. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;42:158–65.
188. Delamaire C, Ducrot P, Verdot C, Deschamps V, Serry AJ SB. Comportements alimentaires et déterminants de la prise de poids des adultes en France pendant le confinement lié à a Covid-19 : évolutions perçues (CoviPrev, 2020). *BEH Covid-19*. 2021;7.
189. Ruiz M, Devonport TJ, Chen-Wilson CH, Nicholls W, Cagas JY, Fernandez-Montalvo J, et al. A Cross-Cultural Exploratory Study of Health Behaviors and Wellbeing During COVID-19. *Front Psychol*. 2021;11.
190. Lehtisalo J, Palmer K, Mangialasche F, Solomon A, Kivipelto M, Ngandu T. Changes in Lifestyle, Behaviors, and Risk Factors for Cognitive Impairment in Older Persons During the First Wave of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Finland: Results From the FINGER Study. *Front psychiatry*. 2021;12.
191. Ogunjijo D, Tas A, Onarinde B. Exploring the Impact of COVID-19 Pandemic on Eating and Purchasing Behaviours of People Living in England. *Nutrients*. 2021;13(5).

192. Lopez-Bueno R, Calatayud J, Casana J, Casajus JA, Smith L, Tully MA, et al. COVID-19 Confinement and Health Risk Behaviors in Spain. *Front Psychol.* 2020;11.
193. Gallo LA, Gallo TF, Young SL, Moritz KM, Akison LK. The Impact of Isolation Measures Due to COVID-19 on Energy Intake and Physical Activity Levels in Australian University Students. *Nutrients.* 2020;12(6).
194. Elran-Barak R, Mozeikov M. One Month into the Reinforcement of Social Distancing due to the COVID-19 Outbreak: Subjective Health, Health Behaviors, and Loneliness among People with Chronic Medical Conditions. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15).
195. Coulthard H, Sharps M, Cunliffe L, van den Tol A. Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite.* 2021;161:105082.
196. Maffoni S, Brazzo S, De Giuseppe R, Biino G, Vietti I, Pallavicini C, et al. Lifestyle Changes and Body Mass Index during COVID-19 Pandemic Lockdown: An Italian Online-Survey. *Nutrients.* 2021;13(4).
197. Neira C, Godinho R, Rincón F, Mardones R, Pedroso J. Consequences of the COVID-19 Syndemic for Nutritional Health: A Systematic Review. *Nutrients.* 2021;13(4).
198. Bhutani S, vanDellen M, Cooper J. Longitudinal Weight Gain and Related Risk Behaviors during the COVID-19 Pandemic in Adults in the US. *Nutrients.* 2021;13(2).
199. Ruiz-Roso MB, De Carvalho Padilha P, Mantilla-Escalante DC, Ulloa N, Brun P, Acevedo-Correa D, et al. Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients.* 2020;12(6):1–18.
200. Flaudias V, Iceta S, Zerhouni O, Rodgers R, Billieux J, Llorca P, et al. COVID-19 pandemic lockdown and problematic eating behaviors in a student population. *J Behav Addict.* 2020;9(3):826–35.
201. Ramalho SM, Trovisqueira A, de Lourdes M, Goncalves S, Ribeiro I, Vaz AR, et al. The impact of COVID-19 lockdown on disordered eating behaviors: the mediation role of psychological distress. *Eat Weight Disord Anorex Bulim Obes.* 2021 13;1-10
202. Owen AJ, Tran T, Hammarberg K, Kirkman M, Fisher JRW, Impact C-19 R. Poor appetite and overeating reported by adults in Australia during the coronavirus-19 disease pandemic: a population-based study. *Public Health Nutr.* 2021;24(2):275–81.
203. Santé Publique France. Confinement : quelles conséquences sur les habitudes alimentaires? [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/confinement-quelles-consequences-sur-les-habitudes-alimentaires>
204. DeBacker C, Teunissen L, Cuykx I, Decorte P, Pabien S, Gerritsen S, et al. An Evaluation of the COVID-19 Pandemic and Perceived Social Distancing Policies in Relation to Planning, Selecting, and Preparing Healthy Meals: An Observational Study in 38 Countries Worldwide. *Front Nutr.* 2020;7:621726.

205. Carreras G, Lugo A, Stival C, et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tob Control* [Internet]. 2021.
206. Lopez-Bueno R, Lopez-Sanchez GF, Casajus JA, Calatayud J, Gil-Salmeron A, Grabovac I, et al. Health-Related Behaviors Among School-Aged Children and Adolescents During the Spanish Covid-19 Confinement. *Front Pediatr*. 2020;8.
207. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Front Psychol*. 2020 6;11:579038
208. Cellini N, Di Giorgio E, Mioni G, Di Riso D. Sleep and Psychological Difficulties in Italian School-Age Children During COVID-19 Lockdown. *J Pediatr Psychol*. 2021;46(2):153–67.
209. Wright K, Linton S, Withrow D, Casiraghi L, Lanza S, Iglesia H, et al. Sleep in university students prior to and during COVID-19 Stay-at-Home orders. *Curr Biol*. 2020;30(14):R797–8.
210. Thierry X, Geay B, Pailhé A, Berthomier N, Camus J, Cauchi-Duval N. Les enfants à l'épreuve du premier confinement. *Popul Sociétés*. 2021;585(1):1–4.
211. Awan HA, Aamir A, Diwan MN, Ullah I, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, et al. Internet and Pornography Use During the COVID-19 Pandemic: Presumed Impact and What Can Be Done. *Front psychiatry*. 2021;12:623508.
212. Yingst JM, Krebs NM, Bordner CR, Hobkirk AL, Allen SI, Foulds J. Tobacco Use Changes and Perceived Health Risks among Current Tobacco Users during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4).
213. Alpers SE, Skogen JC, Maeland S, Pallesen S, Rabben AK, Lunde LH, et al. Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3).
214. Koopman A, Georgiadou E, Reinhard I, Müller A, Lemenager T, Kiefer F, et al. The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behavior in Germany. *Eur Addict Res*. 2021;1–15.
215. McPhee MD, Keough MT, Rundle S, Heath LM, Wardell JD, Hendershot CS. Depression, Environmental Reward, Coping Motives and Alcohol Consumption During the COVID-19 Pandemic. *Front psychiatry*. 2020;11.
216. Oldham M, Garnett C, Brown J, Kale D, Shahab L, Herbec A. Characterising the patterns of and factors associated with increased alcohol consumption since COVID-19 in a UK sample. *Drug Alcohol Rev*. 2021;40(6):890-899
217. Tran T, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HT-M, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *J Affect Disord*. 2020;277:810–3.
218. Wang YF, Lu HL, Hu MR, Wu SY, Chen JH, Wang L, et al. Alcohol Consumption in China Before and During COVID-19: Preliminary Results From an Online Retrospective Survey. *Front psychiatry*. 2020;11:597826.

219. Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P, et al. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e173.
220. INFORME 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2021. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
221. Tavolacci MP, Wouters E, de Velde S, Buffel V, Dechelotte P, Van Hal G, et al. The Impact of COVID-19 Lockdown on Health Behaviors among Students of a French University. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8).
222. Ryerson N. Behavioral and Psychological Correlates of Well-Being during COVID-19. *Psychol Rep.* 2020;33294120978160.
223. Brancaccio M, Mennitti C, Gentile A, Correale L, Buzzachera CF, Ferraris C, et al. Effects of the COVID-19 Pandemic on Job Activity, Dietary Behaviours and Physical Activity Habits of University Population of Naples, Federico II-Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4).
224. Covid-19: les usagers consomment et gèrent des stocks! SWAPS Santé, réduction des risques usages Drog [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020;(94). Disponible en: https://www.grea.ch/sites/default/files/swaps94.covid_.pdf
225. Rideau JB. Addictions: Quelle politique publique après deux mois de confinement? Les Pap Rech l'ENA [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020; Disponible en: <https://www.ena.fr/Ecole/L-ENA-dans-l-actualite/Les-actualites-de-l-Ecole/Addictions-quelle-politique-publique-apres-deux-mois-de-confinement>
226. Gerome C GM. Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du Covid-19: Les observations croisées du dispositif Trend. OFDT Bull TREND / Covid-19 [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020;1. Disponible en: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-1.pdf>
227. Janssen L, Kullberg M, Verkuil B, van Zwieten N, Wever M, van Houtum L, et al. Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect and parenting. *PLoS One.* 2020;15(10):e0240962.
228. Lee SJ, Ward KP, Lee JY, Rodriguez CM. Parental Social Isolation and Child Maltreatment Risk during the COVID-19 Pandemic. *J Fam Violence.* 2021;1-12.
229. Aslam N, Ahmed A. Prospective Impact of COVID-19 on Adolescents: Guidelines for Interventions. *Psychiatr Danub.* 2020;32(3):603-4.
230. Pereda N, Díaz-Faes DA. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14:40.
231. Fegert J, Vitiello B, Plener P, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14(1).

232. Chen B, Sun J, Feng Y. How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People's Mental Health? - Evidence From Chinese College Students. *Front Psychol.* 2020;11:1529.
233. Oliveira WA, Silva JL, Andrade ALM, Micheli D, Carlos DM, Silva MAI. Adolescents' health in times of COVID-19: a scoping review. *Cad Saude Publica.* 2020;36(8):e00150020.
234. Emakunde IV de la M. La igualdad en época de pandemia. El impacto de la COVID-19 desde la perspectiva de género [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde_covid19/eu_def/adjuntos/2020.07.la_igualdad_en_epoca_de_pandemia.pdf
235. Viero A, Barbara G, Montisci M, Kustermann K, Cattaneo C. Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Forensic Sci Int.* 2021;319:110650.
236. Neetu J, Casey S, Carino G, McGovern T. Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth.* 2020;20(2):65–8.
237. Lorente-Acosta M. Gender-based violence during the pandemic and lockdown. *Rev Esp Med Leg.* 2020;46(3):139–45.
238. INAP. Los servicios sociales ante la pandemia: Sin esperanza, con convencimiento. [Internet] [Accedido el 22/12/2021] 2021. Disponible en: <https://www.inap.es/documents/84257/0/INFORME+MONITOR+DE+IMPACTO-FEBRERO+2021.pdf/6e01d03e-5b34-7207-6d38-90017742acfc>
239. Moreira DN, da Costa MP. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *Int J Law Psychiatry.* 2020;71.
240. Pulido-Montes C, Francia G, Ancheta-Arrabal A. Biopolitics of educative centers closing from gender equality perspective: the cases of Spain and Sweden. *Rev Esp Educ Comp.* 2021;(38):17–43.
241. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int Reports.* 2020;2:100089.
242. Lazimi G. Violences intrafamiliales : Poser la question pour libérer la parole ! *Rev Prat* [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. 2020; Disponible en: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/violences-intrafamiliales-poser-laquestion-pour-liberer-la-parole>
243. MIPROF. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions [Internet] [Accedido el 21/12/2021]. 2020. Disponible en: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/275675.pdf>
244. Stieger S, Lewetz D, Swami V. Emotional Well-Being Under Conditions of Lockdown: An Experience Sampling Study in Austria During the COVID-19 Pandemic. *J Happiness Stud.* 2021;1-18

245. Szczepańska A, Pietrzyka K. The COVID-19 epidemic in Poland and its influence on the quality of life of university students (young adults) in the context of restricted access to public spaces. *Z Gesundh Wiss.* 2021;1–11.
246. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE, Brussoni M, Chulak-Bozzer T, Ferguson LJ, et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):1–11.
247. Mitra R, Moore SA, Gillespie M, Faulkner G, Vanderloo LM, Chulak-Bozzer T, et al. Healthy movement behaviours in children and youth during the COVID-19 pandemic: Exploring the role of the neighbourhood environment. *Health Place.* 2020;65:102418.
248. Haesebaert F, Haesebaert J, Zante E, Franck N. Who maintains good mental health in a locked-down country? A French nationwide online survey of 11,391 participants. *Health Place.* 2020;66.
249. Spano G, D'Este M, Giannico V, Elia M, Cassibba R, Laforteza R, et al. Association between indoor-outdoor green features and psychological health during the COVID-19 lockdown in Italy: A cross-sectional nationwide study. *Urban For urban Green.* 2021;62:127156.
250. Bernard V, Sourd C, GG. Logements suroccupés, personnes âgées isolées: des conditions de confinement diverses selon les territoires. *Insee Focus* 189; 2020.
251. Clair A. Housing: an Under-Explored Influence on Children's Well-Being and Becoming. *Child Indic Res* 2018 122. 2018;12(2):609–26.
252. Bajos N, Jusot F, Pailhe A, Spire A, Martin C, Meyer L, et al. When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC Public Health.* 2021;21(1).
253. Ndumbe-Eyoh S, Muzumdar P, Betker C, Oickle D. "Back to better": amplifying health equity, and determinants of health perspectives during the COVID-19 pandemic. *Glob Health Promot.* 2021;28(2):7-16
254. Devillanova C, Colombo C, Garofolo P, Spada A. Health care for undocumented immigrants during the early phase of the Covid-19 pandemic in Lombardy, Italy. *Eur J Public Health.* 2020;30(6):1186–8.
255. Burton-Jeangros C, Duvoisin A, Lachat S, Consoli L, Fakhoury J, Jackson Y. The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Front public Heal.* 2020;8:596887.
256. Roederer T, Mollo B, Vincent C, Nikolay B, Llosa AE, Nesbitt R, et al. Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study. *Lancet Public Heal.* 2021;6:e202-09.
257. Gosselin A, Oulahal R, Derluyn I, Ducarroz S, Skovdal M, Verelst A, Sturm G, Desgrées du Loû A, Melchior M., Anne LC. Social and mental health risks faced by undocumented migrants during the COVID-19 pandemic: Evidence from three surveys in France. *medRxiv.* 2021;2021.10.14.21264999.

258. Pan S, Jung J, Li ZT, Hou XW, Roy A, Choi Y, et al. Air Quality Implications of COVID-19 in California. *Sustainability*. 2020;12(17).
259. Han C, Hong Y-C. Decrease in Ambient Fine Particulate Matter during COVID-19 Crisis and Corresponding Health Benefits in Seoul, Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15).
260. Craig L, Churchill B. Dual-earner parent couples' work and care during COVID-19. *Gend Work Organ*. 2021;28:66–79.
261. Fodor E, Gregor A, Koltai J, Kovats E. The impact of COVID-19 on the gender division of childcare work in Hungary. *Eur Soc*. 2021;23:S95–110.
262. Zamarro G, Prados MJ. Gender differences in couples' division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Rev Econ Househ*. 2021;19(1):11–40.
263. Carli LL. Women, Gender equality and COVID-19. *Gend Manag*. 2020;35(7):647–55.
264. Blundell R, Costa Dias M, Joyce R, Xu X. COVID-19 and Inequalities. *Fisc Stud*. 2020 14;10.1111/1475-5890.12232
265. Chung H, Birkett H, Forbes S, Seo H. COVID-19, flexible working, and implications for gender equality in the united kingdom. *Gend Soc*. 2021;35(2):218–32.
266. Johnston RM, Mohammed A, van der Linden C. Evidence of Exacerbated Gender Inequality in Child Care Obligations in Canada and Australia during the COVID-19 Pandemic. *Polit Gend*. 2020;16(4):1131–41.
267. Yerkes MA, André SCH, Besamusca JW, Kruyen PM, Remery CLHS, van der Zwan R, et al. "Intelligent" lockdown, intelligent effects? Results from a survey on gender (in)equality in paid work, the division of childcare and household work, and quality of life among parents in the Netherlands during the Covid-19 lockdown. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242249.
268. Meraviglia C, Dudka A. The gendered division of unpaid labor during the Covid-19 crisis: did anything change? Evidence from Italy. *Int J Sociol*. 2021;51(1):64–75.
269. Yamamura E, Tsustsui Y. The impact of closing schools on working from home during the COVID-19 pandemic: evidence using panel data from Japan. *Rev Econ Househ*. 2021;19(1):41–60.
270. Xue B, McMunn A. Gender differences in unpaid care work and psychological distress in the UK Covid-19 lockdown. *PLoS One*. 2021;16(3):e0247959.
271. Dunatchik A, Gerson K, Glass J, Jacobs JA, Stritzel H. Gender, Parenting, and The Rise of Remote Work During the Pandemic: Implications for Domestic Inequality in the United States. *Gend Soc*. 2021;35(2):194–205.
272. Prieto Rodríguez MÁ, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblás M, Luque Martín N. [Consequences of the COVID-19 lockdown in patients with chronic diseases in Andalusia]. *Gac Sanit*. 2020 21;S0213-9111(20)30251-X

273. IFOP. Quel est l'impact du confinement sur le poids et les habitudes alimentaires des Français? [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2020/05/analyse_ifop_Darwin_FK_2020_05.06.pdf
274. Rodríguez-Rivero R, Yáñez S, Fernández-Aller C, Carrasco-Gallego R. Is It Time for a Revolution in Work–Life Balance? Reflections from Spain. *Sustain* 2020, Vol 12, Page 9563. 2020;12(22):9563.
275. Seiz M. Equality in Confinement: Nonnormative Divisions of Labor in Spanish Dual-Earner Families During the Covid-19 Lockdown. *Fem Econ*. 2021;27(1):345–61.
276. Uccella S, De Grandis E, De Carli F, D'Apruzzo M, Siri L, Preiti D, et al. Impact of the COVID-19 Outbreak on the Behavior of Families in Italy: A Focus on Children and Adolescents. *Front public Heal*. 2021;9:608358.
277. Amendola S, Spensieri V, Hengartner MP, Cerutti R. Mental health of Italian adults during COVID-19 pandemic. *Br J Health Psychol*. 2021;26(2):644–56.
278. Hanna K, Giebel C, Tetlow H, Ward K, Shenton J, Cannon J, et al. Emotional and Mental Wellbeing Following COVID-19 Public Health Measures on People Living With Dementia and Carers. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2021;891988721996816.
279. Mergel E, Schützwohl M. A longitudinal study on the COVID-19 pandemic and its divergent effects on social participation and mental health across different study groups with and without mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;1–10.
280. Félix S, de Lourdes M, Ribeiro I, Cunha B, Ramalho S, Vaz AR, et al. A preliminary study on the psychosocial impact of COVID-19 lockdown in post-bariatric surgery women: the importance of eating behavior, health care access, and social support. *Curr Psychol*. 2021;1–7.
281. Lambert A Guérait E et al C-RJ. Le travail et ses aménagements: ce que la pandémie de covid-19 a changé pour les Français. *Popul Sociétés*. 2020;579.
282. De Langenhagen S. Lucas H. PK. La solidarité dans les quartiers pendant l'épidémie [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. Base de connaissances pour l'invention sociale et solidaire; 2020. Disponible en: <https://www.solidarum.org/besoins-essentiels/solidarite-dans-quartiers-pendantl-epidemie>
283. Zhu S, Zhuang Y, Ip P. Impacts on Children and Adolescents' Lifestyle, Social Support and Their Association with Negative Impacts of the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9).
284. Rathore FA, Farooq F. Information Overload and Infodemic in the COVID-19 Pandemic. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(Suppl 3(5):S162–5.
285. Flaudias V, Zerhouni O, Pereira B, Cherpitel CJ, Boudesseul J, de Chazeron I, et al. The Early Impact of the COVID-19 Lockdown on Stress and Addictive Behaviors in an Alcohol-Consuming Student Population in France. *Front psychiatry*. 2021;12:628631.

286. Chen G, Cheng M, Edwards D, Xu L. COVID-19 pandemic exposes the vulnerability of the sharing economy: a novel accounting framework. *J Sustain Tour*. 2020;
287. Drouin M, McDaniel BT, Pater J, Toscos T. How Parents and Their Children Used Social Media and Technology at the Beginning of the COVID-19 Pandemic and Associations with Anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2020;23(11):727–36.
288. Lee S. COVID-19 Amplifiers on Health Inequity Among the Older Populations. *Front Public Heal*. 2021;8.
289. Ladiesse M, Birmelé B., Anne LT. Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. *Ethique Sante*. 2020;17(3):147–54.
290. Freidus A, Shenk D, Wolf C. A Rapid Qualitative Appraisal of the Impact of COVID-19 on Long-term Care Communities in the United States: Perspectives from Area Aging Staff and Advocates. *Hum Organ*. 2020;79(4):313–22.
291. Wammes JD, Kolk MSc D, van den Besselaar Md JH, MacNeil-Vroomen PhD JL, Buurman-van Es Rn BM, van Rijn PhD M. Evaluating Perspectives of Relatives of Nursing Home Residents on the Nursing Home Visiting Restrictions During the COVID-19 Crisis: A Dutch Cross-Sectional Survey Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(12):1746-1750.e3.
292. Giebel C, Hanna K, Cannon J, Eley R, Tetlow H, Gaughan A, et al. Decision-making for receiving paid home care for dementia in the time of COVID-19: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1).
293. Roach P, Zwiers A, Cox E, Fischer K, Charlton A, Josephson CB, et al. Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on well-being and virtual care for people living with dementia and care partners living in the community. *Dementia*. 2021;1471301220977639.
294. Attal JH, Lurie I, Neumark Y. A rapid assessment of migrant careworkers' psychosocial status during Israel's COVID-19 lockdown. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1).
295. Li Y, Cheng Z, Cai X, Mao Y, Temkin-Greener H. Association of state social distancing restrictions with nursing home COVID-19 and non-COVID-19 outcomes. *medRxiv Prepr Serv Heal Sci*. 2021 11;2021.02.08.21251382
296. Sadarangani TR. The nurse's role in promoting health equity and improving racial justice in older adults through elimination of unconscious bias. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2020;41(6):1025–7.
297. Alexander SA, Shareck M. Widening the gap? Unintended consequences of health promotion measures for young people during COVID-19 lockdown. *Health Promot Int [Internet]*. 2021; [published ahead online]
298. Bonal Sarró X, González S. Educación formal e informal en confinamiento: una creciente desigualdad de oportunidades de aprendizaje. *Rev Sociol la Educ*. 2021;14(1):44–62.
299. Calderón Gómez D, Kuric Kardelis S, Sanmartí Ortí A. En clase desde la distancia : experiencias y dificultades del alumnado de secundaria y universitario durante la pandemia de la COVID-19. *Particip Educ*. 2021

300. Dawel A, Shou Y, Smithson M, Cherbuin N, Banfield M, Calear AL, et al. The Effect of COVID-19 on Mental Health and Wellbeing in a Representative Sample of Australian Adults. *Front psychiatry*. 2020;11:579985.
301. Liu Y, Yue S, Hu XR, Zhu J, Wu ZF, Wang JL, et al. Associations between feelings/behaviors during COVID-19 pandemic lockdown and depression/anxiety after lockdown in a sample of Chinese children and adolescents. *J Affect Disord*. 2021;284:98–103.
302. Bansak C, Starr M. Covid-19 shocks to education supply: how 200,000 US households dealt with the sudden shift to distance learning. *Rev Econ Househ*. 2021;19(1):63–90.
303. Tavoracci MP, Wouters E, de Velde S, Buffel V, Dechelotte P, Van Hal G, et al. The Impact of COVID-19 Lockdown on Health Behaviors among Students of a French University. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
304. UCA/OFDE. Conditions de vie et d'études des étudiants pendant le confinement. [Internet] [Accedido el 22/12/2021] 2020; Disponible en: https://www.uca.fr/medias/fichier/etude-confinement-etudiants-uca_1610626758711-pdf
305. Observatoire National de la vie étudiante. La vie d'étudiant confiné : Résultats de l'enquête sur les conditions de vie des étudiants pendant la crise sanitaire. [Internet]. Observatoire national de la vie étudiante; [Internet] [Accedido el 22/12/2021] 2020. Disponible en: <http://www.observatoire-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/10/La-vie-detudiant-confine-Sante.pdf>
306. Shin M, Hickey K. Needs a little TLC: examining college students' emergency remote teaching and learning experiences during COVID-19. *J Furth High Educ*. 2020;
307. Kuric Kardelis S, Calderón Gómez D, Sannmartín Ortí A. Educación y brecha digital en tiempos del COVID-19. Perfiles y problemáticas experimentadas por el alumnado juvenil para continuar sus estudios durante el confinamiento. *Rev Sociol la Educ*. 2021;14(1):63–84.
308. Tosso MP, Sainz MS, Casado CM. Educational Inequalities Derived from Covid-19 from a Feminist Perspective. Analysis of the Discourse of Madrid Education Professionals. *Rev Int Educ para la justicia Soc*. 2020;9(3):157–80.
309. Rujas J, Feito R. La educación en tiempos de pandemia: una situación excepcional y cambiante. *Rev Sociol la Educ*. 2021;14(1):4–13.
310. Ferraro FV, Ambra FI, Aruta L, Iavarone ML. Distance Learning in the COVID-19 Era: Perceptions in Southern Italy. *Educ Sci*. 2020;10(12).
311. Antona D, Chereau F, Daniau C, Franconeri L, Gorza M, Le Vu S, Ndeikoundam N, Paty MC, Poirat L, Tourdjman M BAS. COVID-19 chez l'enfant : état des connaissances en amont de la réouverture des écoles [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. *Santé Publique France*; 2020. Disponible en: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/covid-19-chez-l-enfant-etat-des-connaissances-en-amont-de-la-reouverture-des-ecoles>
312. Hefferon C, Taylor C, Bennett D, Falconer C, Campbell M, Williams JG, et al. Priorities for the child public health response to the COVID-19 pandemic recovery in England. *Arch Dis Child*. 2021;106(6):533–538

313. Dietrich H, Patzina A, Lerche A. Social inequality in the homeschooling efforts of German high school students during a school closing period. *Eur Soc.* 2021;23:S348–69.
314. Marshall L. Emerging evidence on health inequalities and COVID-19: May 2020. The Health Foundation [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponibl en: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-health-inequalities-and-covid-19-may-2020>
315. Thorell LB, Skoglund C, de la Pena AG, Baeyens D, Fuermaier ABM, Groom MJ, et al. Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021; 7;1-13
316. Kumar MM, Karpaga PP, Panigrahi SK, Raj U, Pathak VK. Impact of COVID-19 pandemic on adolescent health in India. *J Fam Med Prim care.* 2020;9(11):5484–9.
317. Esposito S, Principi N. To mask or not to mask children to overcome COVID-19. *Eur J Pediatr.* 2020;179(8):1267–70.
318. Armitage R, Nellums LB. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. *Lancet Glob Heal.* 2020;8(5):E644–E644.
319. Conlon C, McDonnell T, Barrett M, Cummins F, Deasy C, Hensey C, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on child health and the provision of Care in Paediatric Emergency Departments: a qualitative study of frontline emergency care staff. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):279.
320. Parnham JC, Laverty AA, Majeed A, Vamos EP. Half of children entitled to free school meals did not have access to the scheme during COVID-19 lockdown in the UK. *Public Health.* 2020;187:161–4.
321. Fantini MP, Reno C, Biserni GB, Savoia E, Lanari M. COVID-19 and the re-opening of schools: a policy maker’s dilemma. *Ital J Pediatr* 2020 461. 2020;46(1):1–3.
322. Schwartz KD, Exner-Cortens D, McMorris CA, Makarenko E, Arnold P, Van Bavel M, et al. COVID-19 and Student Well-Being: Stress and Mental Health during Return-to-School. *Can J Sch Psychol.* 2021;36(2):166–85.
323. Collins C, Landivar LC, Ruppanner L, Scarborough WJ. COVID-19 and the gender gap in work hours. *Gend Work Organ.* 2021;28:101–12.
324. Yavorsky JE, Qian Y, Sargent AC. The gendered pandemic: The implications of COVID-19 for work and family. *Sociol Compass.* 2021;1–13
325. Kreyenfeld M, Zinn S. Coronavirus and care: How the coronavirus crisis affected fathers’ involvement in Germany. *Demogr Res.* 2021;44:99–124.
326. Cheng ZM, Mendolia S, Paloyo AR, Savage DA, Tani M. Working parents, financial insecurity, and childcare: mental health in the time of COVID-19 in the UK. *Rev Econ Househ.* 2021;19(1):123–44.

327. Tulchin-Francis K, Stevens W, Gu X, Zhang T, Roberts H, Keller J, et al. The impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on physical activity in U.S. children. *J Sport Heal Sci.* 2021;10(3):323–32.
328. Roberts JD, Dickinson KL, Koebele E, Neuberger L, Banacos N, Blanch-Hartigan D, et al. Clinicians, cooks, and cashiers: Examining health equity and the COVID-19 risks to essential workers. *Toxicol Ind Health.* 2020;36(9):689–702.
329. Nikoo MH, Arjangzadeh A, Pakfetrat M, Boogar SS, Mohammadkarimi V, Ostovan VR, et al. Electrocardiographic findings of methanol toxicity: a cross-sectional study of 356 cases in Iran. *BMC Cardiovasc Disord.* 2020;20(1):415.
330. Simone L, Gnagnarella C. Differences Between Health Workers and General Population in Risk Perception, Behaviors, and Psychological Distress Related to COVID-19 Spread in Italy. *Front Psychol.* 2020;11:2166.
331. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian journal of psychiatry.* 2020;51:102119.
332. Anghel B, Cozzolino M, Lacuesta Gabarain A. El teletrabajo en España. 2020.
333. Qian Y, Fuller S. COVID-19 and the Gender Employment Gap among Parents of Young Children. *Can public policy-analyse Polit.* 2020;46:S89–101.
334. Feng ZY, Savani K. Covid-19 created a gender gap in perceived work productivity and job satisfaction: implications for dual-career parents working from home. *Gend Manag.* 2020;35(7):719–36.
335. Fukushima N, Machida M, Kikuchi H, Amagasa S, Hayashi T, Odagiri Y, et al. Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. *J Occup Health.* 2021;63(1).
336. van Ballegooijen H, Goossens L, Bruin RH, Michels R, Krol M. Concerns, quality of life, access to care and productivity of the general population during the first 8 weeks of the coronavirus lockdown in Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):227.
337. Fana M, Tolan S, Torrejón S, Urzi Brancati C, Fernández-Macías E. The COVID confinement measures and EU labour markets. Luxembourg; 2020.
338. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health.* 2021;18(1).
339. Maffoni S, Brazzo S, De Giuseppe R, Biino G, Vietti I, Pallavicini C, et al. Lifestyle Changes and Body Mass Index during COVID-19 Pandemic Lockdown: An Italian Online-Survey. *Nutrients.* 2021;13(4).
340. Pulido-Montes C, Francia G, Ancheta-Arrabal A. Biopolitics of educative centers closing from gender equality perspective: the cases of Spain and Sweden. *Rev Esp Educ Comp.* 2021;(38):17–43.

341. Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Séptima edición. [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2021. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767045.pdf
342. Patel J, Nielsen F, Badiani A, Assi S, Unadkat V, Patel B, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*. 2020;183:110.
343. Perna R, Fuentes FJM. Immigration and healthcare in the context of a pandemic Vulnerabilities and (few) responses in Europe and Spain. *Anu cidob la Inmigr*. 2020;116–28.
344. Marsaudon A. Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour. *Quest d'économie la santé*. 2020;(253):6.
345. Rousseau C, Jaimes A, El-Majzoub S. Pandémie et communautés minoritaires marginalisées : vers une approche inclusive en santé publique? *Can J Public Heal*. 2020 13;111(6):963–6.
346. Codagnone C, Bogliacino F, Gómez C, Charris R, Montealegre F, Liva G, et al. Assessing concerns for the economic consequence of the COVID-19 response and mental health problems associated with economic vulnerability and negative economic shock in Italy, Spain, and the United Kingdom. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240876.
347. Witteveen D. Sociodemographic inequality in exposure to COVID-19-induced economic hardship in the United Kingdom. *Res Soc Stratif Mobil*. 2020;69:100551.
348. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020;11:1713.
349. Fong VC, Iarocci G. Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(10):1124–43.
350. Lakner C, Gerszon N, Mahler DG, Castaneda-Aguilar A, Wu H YN. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Looking back at 2020 and the outlook for 2021 [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2021. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-looking-back-2020-and-outlook-2021>
351. Martínez-Bravo M, Sanz C. Inequality and Psychological Well-being in Times of Covid-19: Evidence from Spain. *SERIEs (Berl)*. 2021;1-60
352. Aspachs O, Durante R, Graziano A, Mestres J, Reynal-Querol M, Montalvo JG. Tracking the impact of COVID-19 on economic inequality at high frequency. *PLoS One*. 2021;16(3):e0249121.
353. DARES. Activité et conditions d'emploi de la main-d'oeuvre pendant la crise sanitaire Covid-19-Synthèse des résultats de l'enquête flash-avril 2020. [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/activite-et-conditions-demploi-de-la-main-doeuvre-pendant-la-crise-sanitaire-covid-19-6>
354. Monziols H; Verger, P; et al. M; C. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19? *Études et Résultats*. 2020;1150.

355. Revil H, Blanchoz J-M, Olm C, Bailly S. Renoncer à se soigner pendant le confinement : Premiers résultats d'enquête [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. Odenore/Assurance maladie en collaboration avec HP2 et VizGet; 2020. Disponible en: <https://webmel.u-bordeaux.fr/service/home/~/?auth=co&loc=fr&id=320605&part=3>
356. Claeys S Hirsch E, Jacob P C-VAC. Covid-19: enquête nationale sur les situations de handicap en établissement et à domicile. Obs « Covid-19, éthique société » [Internet] [Accedido el 22/12/2021]. 2020. Disponible en: <https://www.espace-ethique.org/d/4208/4265>
357. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):269.
358. Imlach F, McKinlay E, Kennedy J, Pledger M, Middleton L, Cumming J, et al. Seeking Healthcare During Lockdown: Challenges, Opportunities and Lessons for the Future. *Int J Heal policy Manag.* 2021.
359. Núñez A, Sreenganga SD, Ramaprasad A. Access to Healthcare during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6).
360. Berman HS, Shi VY, Hsiao JL. Challenges of Teledermatology: Lessons Learned During COVID-19 Pandemic. *Dermatol Online J.* 2020;26(11).
361. Rodríguez-Caulo EA, Carnero Alcázar M, Garrido Jiménez JM, Barquero Aroca JM. Encuesta nacional: impacto de la COVID-19 en los servicios de cirugía cardiovascular de España (Estudio SECCE-COVID-19). *Cirugía Cardiovasc.* 2021;28(2):67-70.
362. García-Rojo E, Manfredi C, Santos-Pérez-de-la-Blanca R, Tejido-Sánchez, García-Gómez B, Aliaga-Benítez M, et al. Impacto del brote de COVID-19 en las listas de espera de cirugía urológica y estrategias de priorización en la era post-COVID-19. *Actas Urológicas Españolas.* 2021;45(3):207-14.
363. Barrecheguren M, Sáez-Giménez B. El trasplante pulmonar en la era COVID: impacto y nuevos paradigmas. *Arch Bronconeumol.* 2021;57:19-20.
364. Ateka Barrutia O, Elizalde Soto L, Larrañaga Aspiazu L, Elosegi Uranga S. Libro Blanco de la COVID-19.
365. Handberry M, Bull-Otterson L, Dai M, Mann C, Chaney E, Ratto J, et al. Changes in Emergency Medical Services before and during COVID-19 in the United States, January 2018-December 2020. *Clin Infect Dis.* 2021;73(Suppl 1):S84-S91
366. Brown S, Opitz MC, Peebles AI, Sharpe H, Duffy F, Newman E. A qualitative exploration of the impact of COVID-19 on individuals with eating disorders in the UK. *Appetite.* 2021;156.
367. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Bussièrès E-L, Best K, Boucher N, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disabil Health J.* 2021;14(1):101014.
368. Houtrow A, Harris D, Molinero A, Levin-Decanini T, Robichaud C. Children with disabilities in the United States and the COVID-19 pandemic. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13(3):415-24.

369. Bhaskar S, Rastogi A, Menon K V, Kunheri B, Balakrishnan S, Howick J. Call for Action to Address Equity and Justice Divide During COVID-19. *Front psychiatry*. 2020;11.
370. Nuñez A, Le Roy C, Coelho-Medeiros ME, López-Espejo M. Factors affecting the behavior of children with ASD during the first outbreak of the COVID-19 pandemic. *Ital Soc Clin Neurophysiol*. 2021;42(5):1675–8.
371. Justman N, Shahak G, Gutzeit O, Ben Zvi D, Ginsberg Y, Solt I, et al. Lockdown with a Price: The impact of the COVID-19 Pandemic on Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Tertiary Care Center. *Isr Med Assoc J*. 2020;22(9):533–7.
372. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(6).
373. Montagnoli C, Zanconato G, Ruggeri S, Cinelli G, Tozzi AE. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*. 2021;94.
374. Javaid S, Barringer S, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M, Moyer CA. The impact of COVID-19 on prenatal care in the United States: Qualitative analysis from a survey of 2519 pregnant women. *Midwifery*. 2021;98:102991.
375. Madden N, Emeruwa UN, Friedman AM, Aubey JJ, Aziz A, Baptiste CD, et al. Telehealth Uptake into Prenatal Care and Provider Attitudes during the COVID-19 Pandemic in New York City: A Quantitative and Qualitative Analysis. *Am J Perinatol*. 2020;37(10):1005–14.
376. Galle A, Semaan A, Huysmans E, Audet C, Asefa A, Delvaux T, et al. A double-edged sword-telemedicine for maternal care during COVID-19: findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. *BMJ Glob Heal*. 2021;6(2).
377. Mortazavi SS, Assari S, Alimohamadi A, Rafiee M, Shati M. Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic. *Basic Clin Neurosci*. 2020;11(2):225–32.
378. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):600.
379. Molgora S, Accordini M. Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women's Psychological Well-Being. *Front Psychol*. 2020;11.
380. Fryer K, Delgado A, Foti T, Reid CN, Marshall J. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. *Matern Child Health J*. 2020;24(9):1104–10.
381. Plevinsky JM, Young MA, Carmody JK, Durkin LK, Gamwell KL, Klages KL, et al. The Impact of COVID-19 on Pediatric Adherence and Self-Management. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(9):977–82.

382. Devillanova C, Colombo C, Garofolo P, Spada A. Health care for undocumented immigrants during the early phase of the Covid-19 pandemic in Lombardy, Italy. *Eur J Public Health*. 2020;30(6):1186–8.
383. Chen R, Haynes K, Du S, Barron J, Katz A. Association of Cancer Screening Deficit in the United States With the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol*. 2021;7(6):878-884
384. Otegi Ariztondo A, Muñoz Santos C, Altzibar Arotzena J, Expósito Dávila T, Arenaza Lamo E, Bilbao Iturribarria I, et al. Impacto de la covid-19 en los cribados poblacionales de cáncer. País Vasco. In Leon: Gaceta Sanitaria; 2021.
385. Whitfield M, Reed H, Webster J, Hope V. The impact of COVID-19 restrictions on needle and syringe programme provision and coverage in England. *Int J drug policy*. 2020;83.
386. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *DIABETES Metab Syndr Res Rev*. 2020;14(5):779–88.
387. Tebeje TH, Klein J. Applications of e-Health to Support Person-Centered Health Care at the Time of COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health*. 2021;27(2):150–8.
388. Vazquez J, Islam T, Gursky J, Beller J, Correo DJ. Access to Care Matters: Remote Health Care Needs During COVID-19. *Telemed J E Health*. 2021;27(4):468–71.
389. Cantor JH, McBain RK, Pera MF, Bravata DM, Whaley CM. Who Is (and Is Not) Receiving Telemedicine Care During the COVID-19 Pandemic. *Am J Prev Med*. 2021;61(3):434-438
390. Jaffe DH, Lee LL, Huynh S, Haskell TP. Health Inequalities in the Use of Telehealth in the United States in the Lens of COVID-19. *Popul Health Manag*. 2020;23(5):368–77.
391. Solans O, Vidal-Alaball J, Roig Cabo P, Mora N, Coma E, Bonet Simó JM, et al. Characteristics of Citizens and Their Use of Teleconsultations in Primary Care in the Catalan Public Health System Before and During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 2021 27;23(5):e28629.
392. Hill I, Burroughs E. Maternal Telehealth Has Expanded Dramatically during the COVID-19 Pandemic: Equity Concerns and Promising Approaches. [Internet] [Accedido el 22/12/2021] 2020. Disponible en: <https://www.centerforsocialinclusion.org/our-work/what-is-racial-equity>.
393. Blandford A, Wesson J, Amalberti R, AlHazme R, Allwihan R. Opportunities and challenges for telehealth within, and beyond, a pandemic. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(11):e1364–5.
394. Peahl AF, Powell A, Berlin H, Smith RD, Krans E, Waljee J, et al. Patient and provider perspectives of a new prenatal care model introduced in response to the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):384.e1-384.e11.
395. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing Telemedicine Unreadiness Among Older Adults in the United States During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med*. 2020;180(10):1389–91.

396. Phimphasone-Brady P, Chiao J, Karamsetti L, Sieja A, Johnson R, Macke L, et al. Clinician and staff perspectives on potential disparities introduced by the rapid implementation of telehealth services during COVID-19: a mixed-methods analysis. *Transl Behav Med.* 2021;11(7):1339-1347
397. Yuliana Y. Challenges In Telemedicine Implementation For Pregnancy Care During The Covid-19 Pandemic. *J Keperawatan Glob.* 2020;5(2):100-9.
398. Gomez T, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *J Am Board Fam Med.* 2021;34:S61-70. ç
399. Kerestes C, Murayama S, Tyson J, Natavio M, Seamon E, Raidoo S, et al. Provision of medication abortion in Hawai'i during COVID-19: Practical experience with multiple care delivery models. *Contraception.* 2021;104(1):49-53

ANEXO 1: Estrategia de búsqueda

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

NÚMERO	CONCEPTO	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
1	Contexto COVID-19	((("COVID-19/economics"[Mesh] OR "COVID-19/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "COVID-19/organization and administration"[Mesh] OR "COVID-19/prevention and control"[Mesh] OR "COVID-19/psychology"[Mesh])) OR ((COVID-19[Title/Abstract] OR COVID19[Title/Abstract] OR coronavirus)[Title/Abstract] OR SARScov2[Title/Abstract] OR SARS-CoV-2 [Title/Abstract]))
2	Medidas	(policy OR politics OR containment OR lockdown OR quarantine OR "social distancing" OR confina* OR (tele* AND (work* OR commuting)) OR (temporary AND (withdraw OR suspension OR cessation OR work OR job OR employment)) OR ((mobility AND (limit* OR restriction)) OR ((school OR "nursing home" OR "retirement home" OR "education centres" OR "education centers" OR "day centers" OR "day centers" OR "special education school" OR university OR "high school" OR "college") AND (closure OR close OR closing OR shutdown OR closedown OR cease OR cessation)) OR "distance education" OR "distance learning" OR "e-learning" OR "m-learning" OR "online learning" OR "virtual classroom" OR homeschooling OR "home schooling" OR "home care" OR telecare OR telemedicine OR telehealth OR "e-health" OR "telephone consultation" OR teleconsultation OR "video consultation" OR ((leisure OR recreation OR entertainment) AND (centre OR centre OR area OR zone) AND (clos* OR seal*))))
3	Medidas COVID-19	#1 AND #2
4	Salud/desigualdades	((disparity OR disparities OR inequality OR equit* OR unequit* OR equality OR gap) AND (health OR healthcare OR care OR morbidity OR mortality OR diseases* OR ill* OR sick*)) OR ((health OR healthcare OR care) AND (behavio* OR access*))
5	Medidas COVID-19 Salud/desigualdades	#1 AND #2 AND #4
6	Búsqueda "fija" exclusión	#5 NOT (antibod* OR treatment OR therapeutic OR incubation OR biology OR hospital*)

