

CuaDer nos
Septiembre 2022

para la Salud de las
Mujeres



Nº 12



LA PANDEMIA
DE COVID-19
Y SU IMPACTO
EN LA SALUD
DE LAS
MUJERES



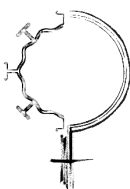

A Junta
de Andalucía

Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad

Instituto Andaluz
de la Mujer

CuaDer nos
Septiembre 2022

para la Salud de las
Mujeres

Nº 12 


LA PANDEMIA
DE COVID-19
Y SU IMPACTO
EN LA SALUD
DE LAS
MUJERES

E_dita



INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER
Consejería de Inclusión Social, Juventud,
Familias e Igualdad. Junta de Andalucía.

E_labora



ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

A_utoría



María del Río Lozano, María del Mar García Calvente,
Jesús Henares Montiel, Nuria Luque Martín,
Gracia Maroto Navarro, Amelia Martín Barato,
Guadalupe Pastor Moreno, Olivia Pérez Corral,
Isabel Ruiz Pérez. Escuela Andaluza de Salud Pública.
Carme Valls Llobet. Red CAPS.

Ilustraciones
YRE-GARABATOS

ilustraciones
YRE-GARABATOS

Impri^Me



Entorno Gráfico

Ma^Queta

Cristina Pando Letona. EASP.

I S S N



2 6 9 5 - 4 7 2 9



Este título se puede descargar en <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer>



ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	7
LAS PANDEMIAS SABEN DE GÉNERO. DESIGUALDADES POR COVID-19.....	9
LOS CUIDADOS COMO RECURSO Y COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES	11
LA PANDEMIA Y EL AUMENTO DEL RIESGO DE POBREZA DE LAS MUJERES	14
LAS CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES.....	19
CARACTERÍSTICAS DEL COVID-19 EN LAS MUJERES	19
IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES	24
IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	28
IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	31
IMPACTO DE LA PANDEMIA EN MUJERES CON DISCAPACIDAD.....	34
ASPECTOS POSITIVOS DE LA PANDEMIA Y OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES.....	39
RESUMIENDO ALGUNAS IDEAS: 10 MENSAJES CLAVE.....	45
LECTURAS Y RECURSOS PARA SABER MÁS.....	49
ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS.....	49

PRESENTACIÓN

Cuando en el último trimestre del año 2019 se detectaron en la lejana China los primeros casos de un novedoso coronavirus, denominado SARS-CoV-2, pocos pensaron que meses más tarde se fuera a extender por todo el mundo dando lugar a una pandemia conocida por COVID-19, causando una alta mortalidad y sumiendo a todos los países en mayor o menor medida en una profunda crisis sanitaria, económica y social.

Más allá de las cifras de personas afectadas, a lo largo de estos dos últimos años y medio se ha puesto de manifiesto que el virus no ataca de igual forma a toda la ciudadanía. Partiendo de esta evidencia, desde el Instituto Andaluz de la Mujer hemos querido dedicar el presente número de los Cuadernos para la Salud de las Mujeres, al impacto que esta pandemia ha tenido y tiene en las mujeres, que en líneas generales ha supuesto añadir aún más presión a las labores de cuidados informales que ya venían realizando.

En concreto se abordan las características que el COVID-19 presenta en las mujeres y especialmente nos hemos querido centrar en las consecuencias que ha generado en la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y las mujeres con discapacidad, por considerarlos especialmente sensibles en el discurrir de la pandemia.

Cuando este número vea la luz habrán pasado dos años y medio desde que la Organización Mundial de la Salud declarara la situación de pandemia. Seguimos conviviendo con el virus, aunque el avance científico que ha supuesto el hallazgo y la inoculación de las vacunas a la mayor parte de la población, haya conseguido controlar y reducir su virulencia. Pero no debemos olvidar que continúan los fallecimientos y el COVID-19 persistente ha dejado su huella en personas cuya salud ha quedado afectada, mayoritariamente mujeres.

No cabe duda que esta pandemia nos debe obligar a replantearnos el futuro como sociedad, a nivel de la ciudadanía pero sobre todo de los poderes públicos.

Se han puesto en evidencia algunas carencias tanto en el ámbito sanitario como en el de protección social, el económico y el laboral. Debemos aprender de la experiencia, también de los aspectos positivos como la solidaridad, y abrir un periodo de reflexión, que analizando lo ocurrido, deba conducir a un replanteamiento de los valores que conforman nuestra sociedad, que suponga una priorización del gasto y de los recursos, y que ponga las bases de una sociedad más y mejor preparada ante lo que pueda acaecer en el futuro.

Instituto Andaluz de la Mujer

LAS PANDEMIAS SABEN DE GÉNERO. DESIGUALDADES POR COVID-19

Como sabemos, a finales de 2019 se diagnosticaron en la provincia de Hubei, China, los primeros casos de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2, que pasó a propagarse con rapidez por todo el planeta. El 11 de marzo de 2020 fue declarada la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Nos enfrentábamos a uno de los acontecimientos mundiales más relevantes de nuestra historia reciente, tanto a nivel sanitario como social. Más de dos años después, a nadie escapa que la pandemia por COVID-19 nos ha situado en un contexto de crisis global.

Sabemos que las crisis aumentan las desigualdades sociales y que las epidemias también entienden de género. Es necesario tener en cuenta la relevancia del género como un determinante social y una categoría de análisis que estratifica y condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de mujeres y hombres. A su vez, no debemos olvidar que el género interacciona con otros ejes de desigualdad, como la edad, la posición social y económica, el entorno en que se vive o la discapacidad. En el contexto de la pandemia, esta combinación continúa arrojando un impacto muy diverso y desigual sobre la salud y la vida de la población.



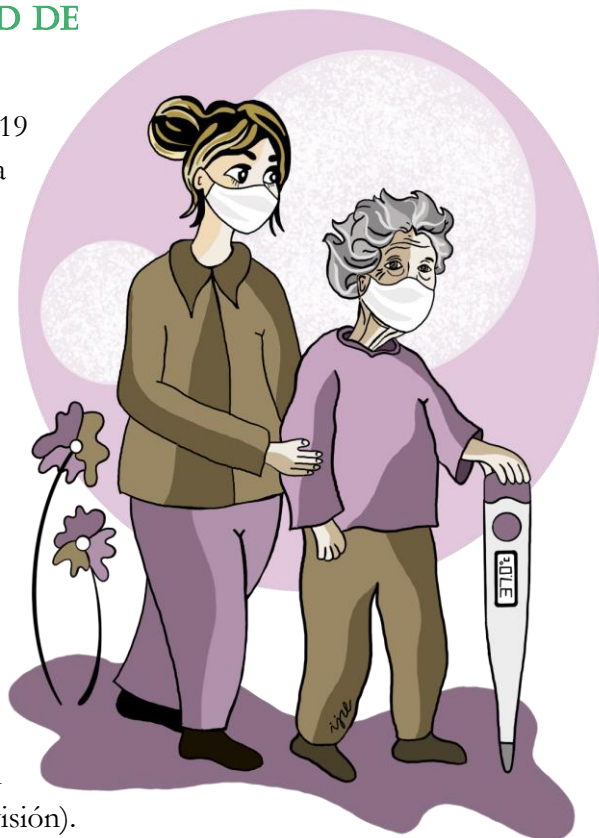
La situación de la pandemia por COVID-19 requiere aplicar el enfoque de género y entender los roles y las inequidades que las mujeres afrontan día a día. Entre esas inequidades, cobran especial importancia los cuidados informales, fuente y eje central de las desigualdades de género en todo el mundo. El aumento de la necesidad de cuidados en los hogares durante la pandemia, junto con la reducción de servicios para personas dependientes y sus cuidadoras, ha conllevado una *re-familiarización* de los cuidados, que ha recaído desproporcionadamente sobre las mujeres y que amenaza con profundizar el desigual reparto de los roles de género y potenciar las inequidades en salud que ya existían antes de la pandemia.

Por otro lado, la crisis económica generada por COVID-19 y la caída del empleo relacionada con las medidas de distanciamiento social han tenido un gran impacto en los sectores con altas tasas de empleo femenino, como el sector servicios o la educación.

Las limitaciones en el acceso a los recursos sanitarios y sociales y la reorganización de su funcionamiento en la pandemia también han repercutido de manera desigual en hombres y en mujeres, y han impactado más en los sectores de la población con mayor vulnerabilidad. Estos y otros factores serán abordados en mayor profundidad a lo largo de este cuaderno, para poder entender las principales consecuencias que ha tenido la pandemia en la salud de las mujeres, tanto física como mental. Para ello, nos basamos en las evidencias científicas aportadas por investigaciones recientes que han tenido en cuenta el enfoque de género y sus interacciones con otros determinantes.

LOS CUIDADOS COMO RECURSO Y COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Durante la pandemia por COVID-19 hemos comprobado la importancia de los cuidados y también que el universo de los cuidados está poblado por mujeres: profesionales en servicios sanitarios y sociales, trabajadoras domésticas, mujeres que cuidan en los hogares sin recibir ninguna remuneración. Los cuidados no remunerados han permanecido invisibles en tiempos de pandemia. Se trata de un trabajo de alta dedicación que engloba tanto los cuidados directos como las precondiciones del cuidado (o tareas domésticas) y la gestión mental (coordinación, planificación y supervisión).



Antes de la pandemia las mujeres ya realizaban el triple de trabajo doméstico y de cuidados en el hogar en comparación con los hombres a nivel mundial, y en la Unión Europea ellas dedicaban 13 horas semanales más que los hombres a estas actividades. En España, el tiempo que dedicaban las mujeres al trabajo no remunerado duplicaba al que dedicaban los hombres. Además de esta evidente desigualdad de género en la distribución de cargas y responsabilidades, las mujeres cuidan más intensamente, durante más años y realizan con más frecuencia las tareas cotidianas y penosas. Las consecuencias de cuidar también son diferentes en hombres y en mujeres, y ellas se llevan la peor parte. Los cuidados actúan como un estresor crónico y suponen un factor de riesgo para la salud: las mujeres muestran peor salud física y mental, más ansiedad y depresión y más dolor y malestar que los hombres que cuidan. También padecen más problemas sociales, laborales, económicos y familiares asociados al cuidado.

Y ¿qué ha pasado con los cuidados durante la pandemia? En primer lugar, podemos considerar a los cuidados como un **factor de riesgo** para el contagio e infección por coronavirus. Las mujeres asumen mayoritariamente los cuidados de las personas, en el interior de los hogares y en los servicios sanitarios y socio-sanitarios; cuidan durante más tiempo y en tareas de atención personal, lo que implica más cercanía, y realizan la mayoría de tareas domésticas. Con todo ello, la exposición a la infección por el virus vuelve a recaer especialmente en las mujeres, como ya se vio en otras epidemias anteriores.

También podemos considerar los cuidados como **recurso esencial** para la atención de salud durante la pandemia. Una de las medidas de protección de la salud cruciales para frenar la pandemia ha sido el aislamiento domiciliario de las personas afectadas, y son las cuidadoras del hogar quienes las atienden y prestan los cuidados necesarios, aun a riesgo de su propia salud. Especialmente durante el confinamiento, pero también a lo largo de



la pandemia, se ha limitado el acceso a los servicios de atención para otras enfermedades: personas con problemas de salud crónicos, incluidos los de salud mental, y otros tipos de problemas, que no han acudido a los servicios sanitarios por miedo al contagio o por limitación en el acceso, han tenido que ser atendidas en los hogares, y de nuevo son las mujeres quienes mayoritariamente lo han asumido.

Numerosos organismos internacionales han constatado el aumento de las desigualdades de género en las responsabilidades de cuidados durante la pandemia. Según datos del Instituto Europeo para la Igualdad de Género, el tiempo dedicado a las tareas domésticas aumentó, tanto para mujeres como para hombres, durante el periodo de confinamiento: las mujeres europeas dedicaron 18 horas semanales a las tareas del hogar, frente a las 12 horas de los hombres. Antes de la pandemia, las mujeres dedicaban 16 horas y los hombres 7 horas a estas tareas.

Diversas publicaciones científicas han puesto en evidencia la mayor vulnerabilidad de las mujeres que cuidan durante la pandemia: muchas mujeres tuvieron que aumentar su dedicación a los cuidados, con menos apoyo de sus redes familiares o informales y menor disponibilidad o retraso en el acceso a la atención sanitaria, para ellas mismas y para la persona a la que cuidan. Estos factores se han traducido en un aumento de la carga y el estrés y en un empeoramiento de la salud, especialmente de su salud mental.

En nuestro medio, los datos indican que, después del primer año de pandemia, las brechas de género en los cuidados y sus consecuencias han aumentado. Por ejemplo, el 45% de mujeres cuidadoras calificaba su salud como regular o mala, frente al 30% de hombres. Entre las consecuencias directamente atribuidas a la pandemia, fueron ellas las que percibieron con mayor frecuencia que aumentó el tiempo dedicado a los cuidados, disminuyó el apoyo de otras personas y sufrieron un mayor impacto negativo en su salud emocional.

Podemos concluir que, en comparación con la situación pre-pandemia, se han **agudizado las brechas de género en los cuidados y en sus impactos** en la salud y calidad de vida. Los roles de género tradicionales respecto al cuidado se han perpetuado durante la pandemia por COVID-19, y están afectando a la salud de las mujeres de manera desproporcionada.

LA PANDEMIA Y EL AUMENTO DEL RIESGO DE POBREZA DE LAS MUJERES

El aumento de la pobreza ha sido una de las consecuencias derivadas de la pandemia por COVID-19. Este hecho también se ve mediatizado por el género y son las mujeres quienes más la están sufriendo. La pobreza ya era un fenómeno feminizado y los estudios realizados tras el inicio de la pandemia señalan que lo sigue siendo.



Aunque la pobreza no es solo un fenómeno económico (hay también dimensiones sociales y simbólicas) es innegable su vinculación con la disminución de ingresos y con la baja renta disponible. La Unión Europea establece como definición de tasa de pobreza monetaria disponer de unos ingresos menores al 60% de la renta media del país donde se resida.

Más allá de no disponer de ingresos suficientes, la pobreza también tiene una dimensión social, psicológica y simbólica. Quienes la estudian desde estas perspectivas señalan que la pobreza va ligada a la desesperanza por las escasas perspectivas de tener un futuro mejor, y al hecho de pertenecer a una categoría social distinta y marginal.

Dado que para la mayoría de las personas los ingresos provienen de la actividad laboral, la disminución de estos (y la pobreza, por tanto) están vinculados al desempleo y a la precarización de los trabajos. Sabemos que la pandemia ha supuesto una disminución de los ingresos de muchas personas que se vieron abocadas a un ERE o directamente privadas de estos en los casos de los trabajos más precarios y enmarcados en la economía sumergida, que en su mayoría son realizados por mujeres.

Los datos sobre desempleo en nuestro país recogidos por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) indican que en 2020 se observó un aumento significativo del paro entre las mujeres llegando al 13% respecto a un 9% para los hombres y que estos valores han seguido aumentando para ambos grupos en los primeros meses de 2021.

Estos datos no hay que verlos de manera aislada sino como parte de la foto completa que también nos dice que, en la pandemia, la carga de responsabilidad de cuidado asumida por las mujeres ha sido mayor, haciendo más difícil y costosa la conciliación de la vida laboral y familiar e incluso forzando en algunos casos a la retirada del mundo laboral para asumir estos cuidados. Los mismos datos del CIS mencionados anteriormente señalan que ha habido un aumento de las mujeres ocupadas en el trabajo doméstico no remunerado con respecto a las cifras de años anteriores.

Los datos referidos a población en riesgo de pobreza y exclusión también señalan estas diferencias de género e indican que son los hogares monoparentales y unipersonales, compuestos mayoritariamente por mujeres, los que sufren mayores riesgos de pobreza.

También los informes de algunas ONGs de importante presencia en nuestro país como Cáritas, subrayan el desigual impacto de la pandemia en función del género. Señalan que las mujeres atendidas tienen peores indicadores que los varones en salud, empleo e ingresos, y mayores cargas de atención y cuidados en el hogar.

Resumiendo, algunos hechos:

- ◉ Tras la pandemia se mantiene el patrón de feminización de la pobreza, pero éste se manifiesta de manera más intensa y extensa. Hay más personas pobres y en riesgo de pobreza y las que ya lo eran lo son de manera más intensa. La mayoría de estas personas son mujeres.
- ◉ El aumento del desempleo y la precarización laboral afectan sobre todo a mujeres y población juvenil, que también está compuesta en un 50% por mujeres.
- ◉ La pobreza afecta más a hogares monoparentales, que están constituidos mayoritariamente por mujeres.

Lamentablemente, la pandemia ha contribuido a agrandar las desigualdades que ya existían previamente, también en lo que a pobreza se refiere. Los acontecimientos en el orden mundial que la han seguido no auguran un escenario mejor para las mujeres. Es de prever que el incremento del precio de la energía y de los productos de alimentación, todos ellos productos de primera necesidad, contribuirán (más) al empobrecimiento de las mujeres, que habrán de hacer frente a gastos ineludibles en un escenario de merma de recursos estructurales, materiales y personales que la pandemia ha supuesto.



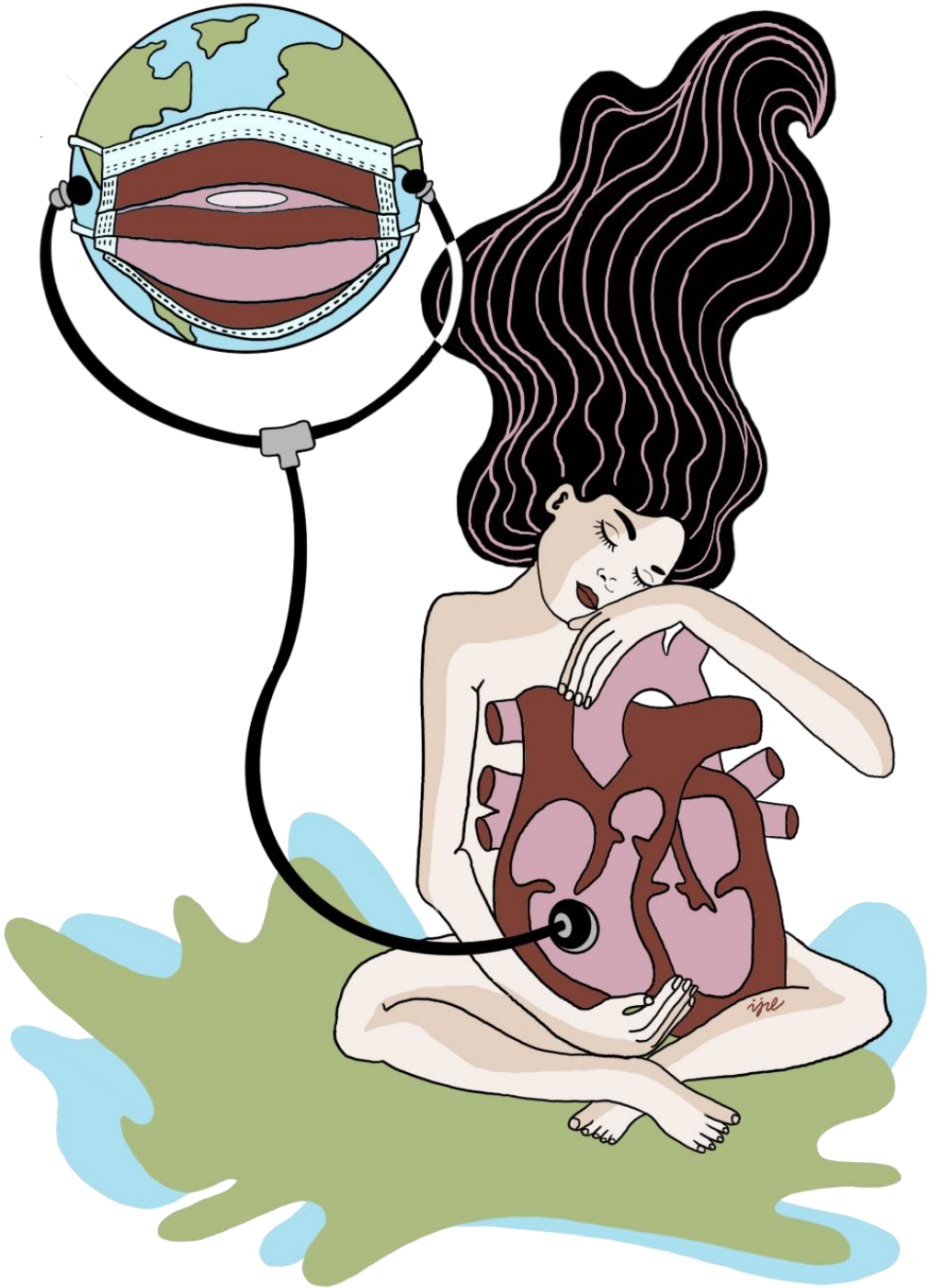
Preguntas para reflexionar:

¿Crees que la pandemia ha aumentado el tiempo que dedicas a cuidar?

Si eres persona cuidadora, ¿qué consecuencias ha tenido la pandemia sobre tu situación? ¿Has tenido más o menos apoyos para cuidar? ¿Tu salud es peor que antes de la pandemia?

¿Ha empeorado la pandemia tu situación económica o laboral? ¿Y la de las mujeres de tu entorno?





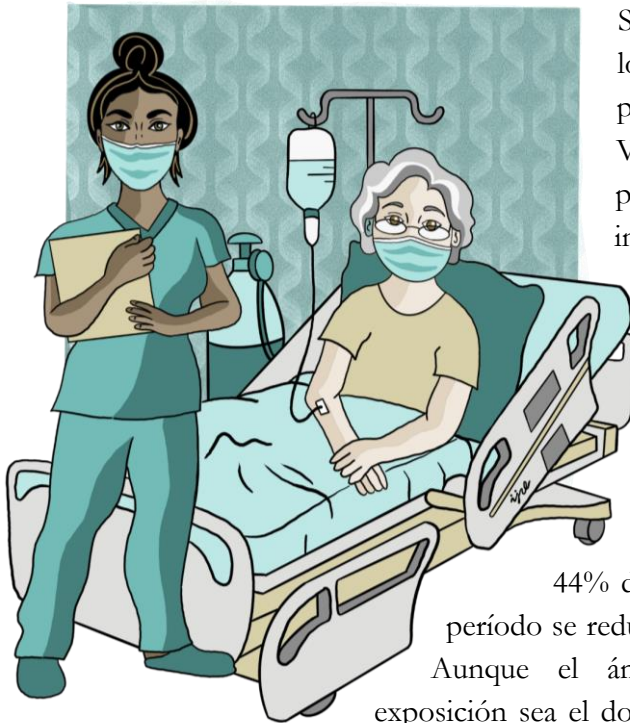
LAS CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES

CARACTERÍSTICAS DEL COVID-19 EN LAS MUJERES

La historia natural de la infección por COVID-19 en mujeres

Es probable que aún tardemos bastante tiempo en conocer con certeza las cifras exactas de mortalidad y de incidencia de la enfermedad por COVID-19. Entre las primeras cifras publicadas ha aparecido una mayor frecuencia en el uso de servicios, gravedad y ocupación de camas de cuidados intensivos entre los hombres. Una revisión posterior de la incidencia y mortalidad en más de 38 países y regiones del mundo demuestra que en 37 de los países que presentan datos desagregados por sexo existe una mayor mortalidad en hombres, pero una mayor incidencia de la enfermedad entre las mujeres. La edad también es una variable crucial que muestra diferencias según sexo. En la edad pediátrica han fallecido por COVID-19 bastantes más niñas que niños, al igual que en las personas de más de 90 años, han muerto más mujeres que hombres; mientras que en los estratos intermedios son los hombres quienes fallecen más que las mujeres.

Según la información emitida por las comunidades autónomas y recogida por el Ministerio de Sanidad en su página web, los hombres acudieron mayoritariamente a los hospitales mientras que las mujeres fueron atendidas principalmente en los servicios de atención primaria. A su vez, el exceso de mortalidad por todas las causas desde el 10 de marzo al 29 de agosto de 2020 fue mucho mayor en mujeres, especialmente en mayores de 74 años. Muchas de ellas fallecieron en las residencias de mayores, sin diagnóstico, por lo que podría haber una infraestimación de casos y muertes por COVID-19 en mujeres. El porcentaje de exceso de mortalidad sin diagnóstico por COVID-19 fue superior en mujeres (44% en hombres frente a 52% en mujeres en el primer período de la epidemia).




Sin embargo, si observamos los datos proporcionados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, podemos comprobar que la incidencia declarada ha sido

superior en mujeres que en hombres desde el primer período de epidemia. Durante el primer período, los contagios de mujeres fueron el 56% frente al

44% de hombres. En el segundo período se redujo ligeramente esta brecha.

Aunque el ámbito más frecuente de exposición sea el domicilio, el 3% de los casos son personal sanitario o sociosanitario, siendo significativamente mayor el porcentaje de mujeres: un 4,5% frente a un 1,4% de hombres.





Es posible afirmar que las diferencias en la incidencia entre mujeres y hombres se deben a una cuestión de género, ya que las mujeres están mucho más representadas en las profesiones sanitarias, en las socio-sanitarias y en la esfera de los cuidados, por lo que han estado en contacto mucho más directo con las personas infectadas, sin medidas adecuadas de protección, en especial en la primera fase de la pandemia. Esto puede explicar el mayor número de contagios en ese periodo inicial. El mayor índice de contagios entre mujeres no tendría base biológica, sino que se debería a la feminización de los cuidados tanto formales como informales. En cuanto a los síntomas, la fiebre, tos y disnea fueron más frecuentes en hombres, frente a los síntomas que presentaron con mayor frecuencia las mujeres, como el dolor de garganta, vómitos o diarrea. La susceptibilidad a la insuficiencia respiratoria y el peor pronóstico depende de la edad (mayor de 50 años) y del padecimiento de otras patologías como la hipertensión y la diabetes.

La persistencia de la enfermedad: El síndrome post-COVID-19

“La enfermedad post-COVID-19 ocurre en personas con antecedentes de infección probable o confirmada por SARS-CoV-2, generalmente 3 meses después del inicio del COVID-19 con síntomas que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo”. Ésta es la más reciente definición del diagnóstico de COVID persistente o síndrome post-COVID-19 que en octubre de 2021 ha publicado la OMS.

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

La tipología de pacientes con secuelas por COVID-19 es de predominio varón, de unos 70 años, con comorbilidades asociadas. Sin embargo, en el caso de COVID-19 persistente o síndrome post-COVID-19 predominan las mujeres de alrededor de 43 años, sin patología previa. Este grupo de pacientes no se ha sometido de forma regular a pruebas diagnósticas, especialmente en la primera ola de la pandemia, aspecto que, junto con la falta de codificación para esta enfermedad multisistémica, dificulta su registro y estudio. Las mujeres presentan mayores niveles de fatiga y debilidad muscular, mayor deterioro de la difusión pulmonar, de ansiedad y depresión, de pérdida de memoria, de capacidad de atención, de fluidez verbal, y de capacidad cognitiva. Varios estudios señalan alteraciones en algunas zonas cerebrales y de los vasos sanguíneos.

El síndrome post-COVID-19 se asocia al sexo femenino, al antecedente de haber padecido la enfermedad previa de forma grave, y a tener una respuesta débil con bajo nivel de anticuerpos al virus SARS-CoV2. Hasta los 60 años las mujeres tienen el doble de posibilidades de padecer el síndrome post-COVID-19 que los hombres, y a partir de esta edad, los riesgos son similares para ambos sexos. También un índice de masa corporal alto es un factor de riesgo.

Entre las causas del síndrome se estudian las diferencias por sexo en la respuesta inmunológica al virus SARS-Cov-2, una mayor extensión del fenómeno inflamatorio, y alteraciones de los microorganismos intestinales que son más prevalentes en el sexo femenino.

En un 20% de pacientes con síndrome post-COVID-19 se ha descrito dolor torácico, de tipo anginoso, un 80% mujeres, de una edad media de 44 a 52 años, con infección previa por COVID de gravedad media a moderada y sin enfermedad cardiovascular previa.



Menstruación y COVID-19

En un grupo de mujeres en edad reproductiva que han padecido la enfermedad, el 25% presentaron cambios en el volumen de pérdida menstrual y el 28% pérdidas disminuidas y ciclos alargados. Más de la mitad de las mujeres estudiadas que habían padecido COVID-19 presentaron alteraciones del ciclo. Se ha estudiado la asociación de la regularidad del ciclo menstrual entre personal sanitario durante la pandemia y su relación con el estrés, ansiedad y depresión. Los resultados de un estudio entre 952 mujeres de 18 a 40 años muestran una asociación entre el estrés percibido durante la pandemia, los síntomas depresivos y el aumento de la irregularidad del ciclo. La vacunación de mujeres en edad reproductiva también ha puesto de manifiesto que se producían irregularidades del ciclo, durante dos o tres meses, que se han normalizado posteriormente. El sesgo de género observado es que ningún trabajo de investigación publicado sobre los efectos de la vacunación incluía la menstruación y sus alteraciones como uno de los síntomas a tener en cuenta. Durante la pandemia se han puesto de manifiesto las necesidades actuales de mejorar la investigación sobre el ciclo menstrual y su relación con la salud de las mujeres. Hay que señalar que no existen casi estudios sobre la menstruación y sus alteraciones durante la pandemia en los países que denominamos desarrollados. Las alteraciones de la menstruación permanecen invisibles menos para las mujeres que las padecen.

El seguimiento de las y los pacientes afectados por el síndrome post-COVID-19, que se supone afectará a un 10% de las personas que lo han padecido, va a suponer un reto para la asistencia sanitaria, y exigirá la creación de equipos multidisciplinares desde una perspectiva clínica y de género.



IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones.

Los problemas de salud mental y de conducta están presentes en todas las edades, en diferentes culturas y grupos poblacionales. Una de cada cuatro personas en Europa sufrirá algún trastorno mental al menos en una ocasión a lo largo de su vida y el coste de los problemas de salud mental se ha estimado entre el 3 al 4% del producto nacional bruto.

En las mujeres, comparadas con los hombres, se observa una mayor frecuencia de trastornos mentales y una mayor demanda de atención sanitaria para los mismos.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), en lo relativo a salud mental, en Andalucía el 21,9% de los hombres y el 35,3% de las mujeres presentaban algún problema de salud mental.

Si bien es cierto que biológicamente las mujeres y los hombres tienen características distintas (diferencias ligadas al sexo) también es cierto que las condiciones sociales y la forma en la que vivimos mujeres y hombres (diferencias ligadas al género) son distintas.

Tradicionalmente estas diferencias han sido explicadas a partir de los roles y estereotipos de género, según los cuales la mayor vulnerabilidad de las mujeres está relacionada con su diversidad de roles en el contexto comunitario, familiar y laboral.



¿Cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 a la salud mental de las mujeres?

La pandemia por COVID-19 ha creado un entorno en el que se exacerbaban muchos factores determinantes de la mala salud mental entre los que ha destacado el confinamiento y, por tanto, el aislamiento físico y social. El confinamiento domiciliario y el distanciamiento físico y social interrumpieron los procesos relacionales, fundamento de la salud mental: disponibilidad de apoyo social, interacción cotidiana y habilidades de afrontamiento.

Además, durante las diferentes olas epidémicas de la pandemia el uso de los servicios de salud se ha visto restringido, lo que podría haber afectado a pacientes ya en tratamiento y con necesidades asistenciales específicas.

Una revisión realizada sobre COVID-19 y salud mental en 204 países estimó que en España se ha producido uno de los mayores incrementos en la frecuencia de trastornos de depresión mayor y trastornos de ansiedad a nivel global (entre el 29 y 35% en los trastornos de depresión mayor y entre el 29 y 32% en los trastornos de ansiedad). Ambos incrementos fueron más elevados en mujeres que en hombres.



Según datos del CIS, el 46% de la población española manifestó un aumento del malestar psicológico durante el confinamiento, y un 44% señala que ha disminuido su optimismo y confianza. En el primer año de pandemia un 6% de la población acudió a consulta de salud mental por algún tipo de síntoma y más del doble de las personas que acudieron fueron mujeres. El porcentaje de hombres que aumentó el consumo de psicofármacos durante el confinamiento fue de 8%, mientras que en el caso de las mujeres fue del 15%.

Por otra parte, la demora en la atención, tanto a nivel de consultas de Atención Primaria como de Atención Especializada, ha tenido un mayor impacto en poblaciones vulnerables como personas con algún problema de salud mental, mayores, adolescentes, personas con discapacidad, institucionalizadas o poblaciones rurales, siendo este impacto aún mayor en mujeres.

Resultados preliminares de algunos estudios parecen indicar que a más largo plazo las mujeres presentan una menor mejoría de su estado de salud mental que los hombres.


Factores explicativos de este mayor impacto de la pandemia en la salud mental de las mujeres

Como se recoge en otros apartados de este cuaderno, el impacto de la pandemia no ha sido igual en los hombres que en las mujeres, ni a nivel clínico, ni epidemiológico o socioeconómico.

Algunos de estos factores, que se abordan en mayor profundidad a lo largo de este cuaderno, son:

- ◉ Las mujeres siguen siendo las principales encargadas de las tareas domésticas y de cuidados y asumieron distintos roles con mayores costes físicos y emocionales, así como un mayor riesgo de infección.



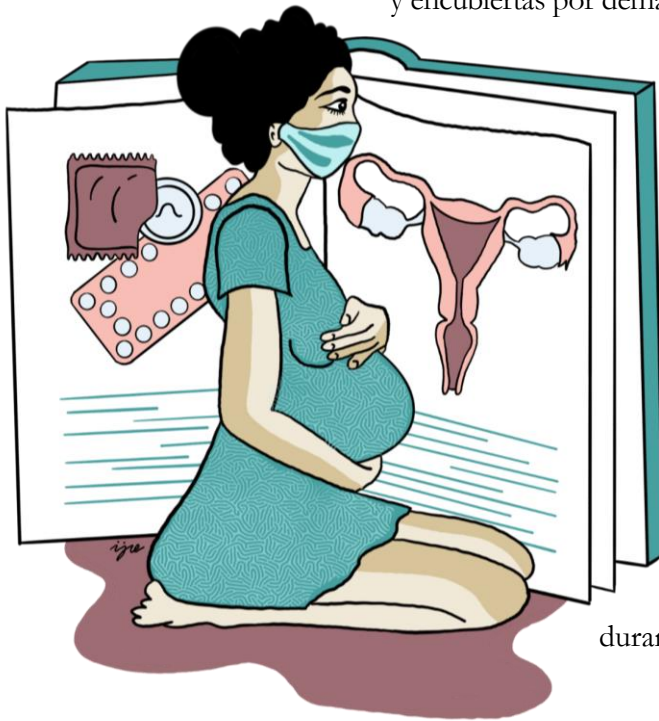
- 
- ◉ Las cuarentenas han reducido considerablemente la actividad productiva, lo cual ha tenido una mayor repercusión en la economía de las mujeres que tienen más frecuentemente empleos temporales, a tiempo parcial y precarios que los hombres.
 - ◉ Lo anterior se debe observar, a su vez, en un marco donde las medidas de distanciamiento físico limitaron las redes de apoyo, haciendo especialmente vulnerables a madres monomarentales y a sectores socioeconómicamente más precarizados de la población como son aquellos que se dedican a la limpieza, a actividades sociosanitarias, a trabajos de cuidado, temporeras agrícolas o al turismo, donde además hay una especial presencia de mujeres migradas.
 - ◉ En el caso de la violencia de género, el confinamiento ha implicado en algunos casos tener que convivir con el agresor las 24 horas del día, con las consecuencias que esto tiene para la salud mental de la mujer.
 - ◉ En mujeres gestantes se han detectado preocupaciones asociadas a la falta de información y a la limitación de recursos para el control del virus, así como dudas sobre las medidas restrictivas por la pandemia y el desarrollo de su proceso de embarazo y parto.
 - ◉ La conciliación laboral y familiar ha sido mucho más exigente para las mujeres durante la pandemia por COVID-19, que son las que se han responsabilizado, en mayor medida, de la atención a los niños y niñas en edad escolar durante el confinamiento domiciliario.
 - ◉ Las mujeres representan hasta el 75% de las trabajadoras del sector sanitario en España, lo que se ha traducido en un mayor número de mujeres al frente de la atención sanitaria de la pandemia. Pero la feminización del sector sanitario no implica igualdad, ya que las mujeres parten de una situación de desigualdad estructural, tanto en el mercado de trabajo como en otras áreas de la vida. Esto se ha traducido en una mayor frecuencia de depresión, estrés, ansiedad y burnout en mujeres sanitarias que en hombres sanitarios: trastorno

por estrés postraumático (30% en mujeres vs 16% en hombres), y ansiedad (26% vs 21%, respectivamente).

- ◉ En la Atención Primaria de salud se lleva a cabo buena parte de los procesos de atención a las personas con problemas de salud mental, especialmente trastornos depresivos y de ansiedad. Por lo que las limitaciones de acceso a las consultas presenciales han podido tener un mayor impacto en las mujeres que presentan una mayor prevalencia de estos cuadros.

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Salud sexual y salud reproductiva son dos conceptos interrelacionados pero deben comprenderse de forma independiente, evitando que, también durante la pandemia, las demandas de salud en el ámbito sexual queden desatendidas y encubiertas por demandas reproductivas.



Tener salud sexual y salud reproductiva significa algo más que ausencia de enfermedad. Significa poder experimentar un bienestar completo tanto a nivel físico como emocional y social. Las relaciones culturales de género y toda la carga social y roles asignados, determinan negativamente la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres y niñas, especialmente durante la pandemia.

Podemos disfrutar de salud sexual y salud reproductiva sólo si se respetan una serie de derechos humanos reconocidos internacionalmente: supervivencia, seguridad, libertad de elección, integridad física, psicológica y social, intimidad, igualdad de trato ante la diversidad, y acceso a servicios sanitarios integrales y de calidad. Tales derechos son frecuentemente vulnerados por razones sociales, sobre todo en mujeres y niñas, de forma desigual e injusta.

Los servicios públicos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva son especialmente vulnerables a la desatención o postergación, a pesar de la importante repercusión que tienen en la vida de las mujeres. El COVID-19, que ha incrementado en general las desigualdades ya existentes para mujeres y niñas y para otros grupos sociales ya castigados por la discriminación, también ha tenido un impacto perjudicial en el ámbito sexual y reproductivo. Las mujeres:

- ◉ Han visto alteradas las condiciones en las que habitualmente ejercían la crianza. La presencia de los hombres como padres en los hogares ha supuesto cambios ambivalentes en el bienestar de las familias. Muchas relaciones de pareja se han visto perjudicadas ante los desequilibrios vividos en la asunción de responsabilidades laborales y domésticas. Si bien los padres han pasado más tiempo con sus criaturas, no se ha incrementado su dedicación tanto como la de las madres, habiéndose volcado en tareas menos desagradables (como p. ej. cocinar, jugar...). Ellas han vivido como madres más malestar emocional y fatiga frente a los padres y a mujeres sin hijos.
- ◉ Han vivido una situación de mayor vulnerabilidad aquellas mujeres y niñas víctimas de violencia sexual y de género, especialmente presas en los hogares.
- ◉ Han visto limitado el acceso a recursos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva ante la situación de saturación sanitaria

que redirigió los esfuerzos de los sistemas de salud principalmente a la atención de las demandas por COVID-19:


- Menos recursos de educación sexual integral con consecuencias sobre el autocuidado y el acceso al cuidado sanitario y social.
- Menos acceso a servicios anticonceptivos; de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; de aborto seguro; de atención a la infertilidad; de atención al proceso de nacimiento en condiciones humanizadas y de integración de las necesidades psicológicas, sociales y de acompañamiento durante el nacimiento; así como a servicios de atención a víctimas de violencia sexual y de situaciones de sextorsion o chantaje sexual a través de nuevos recursos tecnológicos, entre otros.

Buenas prácticas profesionales en salud sexual y reproductiva durante la pandemia

Supone un reto proteger, especialmente en tiempos de pandemia, los derechos de salud sexual y salud reproductiva, así como los servicios de atención sanitaria en este ámbito, fomentando el acceso universal a recursos adecuados desde una mirada de igualdad y de visibilidad de las específicas necesidades de las mujeres. Este escenario inédito en la atención sanitaria a la salud sexual y reproductiva ha obligado a la elaboración de estrategias especialmente diseñadas para responder a las demandas de la población.

Varias Sociedades científicas, como la Sociedad Española de Contracepción (SEC), la Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva (SVCSR), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), y la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH), han trabajado de manera conjunta para dar respuesta en este escenario de crisis:



- 
- ◉ La SEC ha elaborado un documento de prestaciones sanitarias no demorables en el que se incluían: la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, solicitud de anticoncepción de urgencia, sospecha de infección de transmisión sexual, sospecha de complicaciones severas asociadas a métodos anticonceptivos y atención a las víctimas de violencia de género.
 - ◉ Se ha impulsado la telemedicina, implementando acciones como la valoración de pruebas, la renovación de recetas, el asesoramiento y la prescripción de métodos anticonceptivos vía telemática.
 - ◉ Se ha desarrollado un algoritmo para la continuación o cambio de método anticonceptivo en la mujer positiva de Covid-19 para reducir el riesgo tromboembólico asociado a la enfermedad que incrementan los estrógenos de los anticonceptivos.
 - ◉ Se han elaborado guías de recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por COVID-19 en las mujeres embarazadas, para la atención al embarazo, parto y puerperio en situación de pandemia, y para el manejo clínico pediátrico.

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

En general las crisis, las emergencias y las épocas de disturbios se relacionan con un aumento de la violencia interpersonal, incluida la violencia hacia las mujeres. Y la pandemia por COVID-19 no ha sido una excepción. En un contexto de restricción de movilidad, con un largo periodo de confinamiento obligatorio y con un cese importante de actividades, se produjo una situación de “estrés social”. La convivencia continuada con maltratadores y el limitado contacto con redes de apoyo (amistades, familiares), crearon las circunstancias idóneas para que el control y la violencia quedasen bajo la invisibilidad y el anonimato.



La respuesta de las administraciones públicas fue rápida, y la asistencia integral a las víctimas de violencia de género, que viene recogida en nuestra legislación, fue declarada como un servicio esencial (legalmente, son servicios sin los cuales la seguridad, la salud o el bienestar de toda o parte de la comunidad estaría en peligro o se vería seriamente perjudicada), garantizando el normal funcionamiento de los dispositivos de información 24 horas, la respuesta de emergencia y acogida a las mujeres en situación de riesgo, y la asistencia psicológica, jurídica y social de manera no presencial (telefónica o por otros canales).

Una de las iniciativas más extendidas fue la “Mascarilla-19”, iniciativa del Instituto de Igualdad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Canarias, desde donde se fue extendiendo a otras comunidades autónomas y a otros países. El objetivo de esta iniciativa era que las mujeres que se encontraban en una situación de peligro pudiesen solicitar una “Mascarilla-19” en la farmacia. Esa era la palabra que ponía en alerta al personal farmacéutico, que realizaba una llamada a los servicios de emergencia para poner en marcha el protocolo por violencia de género.

Los datos disponibles dos años después de la declaración de estado de alarma indican que en España:

- ◉ En el año 2020 hubo 47 feminicidios, cifra más baja que la media anual en toda la serie histórica 2003-2019 (60,8 homicidios/año). Pero eso no implica que se diera una disminución de la violencia.
- ◉ Las llamadas al 016 (atención telefónica a mujeres víctimas de violencia) se incrementaron desde el inicio del confinamiento, y alcanzaron su máximo histórico coincidiendo con los meses de restricción absoluta de la movilidad (abril a junio de 2020), con un total de 25.667 llamadas.
- ◉ Las denuncias por violencia de género disminuyeron entre el primer y el segundo trimestre de 2020, pero aumentaron después, tras la etapa de confinamiento domiciliario más severo.
- ◉ Los casos que sí fueron denunciados o fueron atendidos e identificados en los servicios sanitarios, sobre todo en urgencias, ponen de manifiesto una mayor gravedad de los casos ocurridos en este periodo.

Estos datos muestran que tanto las mujeres, como las personas o instituciones que pueden apoyarlas (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, profesionales de salud, familiares, amistades, etc.), han visto limitada su capacidad para salir de la situación de violencia.

Los servicios de atención primaria sufrieron, en la mayoría de los países, incluido España, una reorganización de su funcionamiento y una transición hacia una atención telefónica y *online* derivada de la demanda ocasionada por la COVID-19. Los cambios en las prioridades dejaron en un segundo plano otros problemas distintos a la COVID-19, como la violencia de género.

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN MUJERES CON DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad se encuentran entre las más afectadas en situaciones de crisis. Según el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) esta pandemia ha puesto de manifiesto carencias fundamentales a la hora de atender a las personas con discapacidad, mutilando derechos esenciales y dejando en precario su atención sanitaria.

En España se estima que viven 2,5 millones de mujeres con discapacidad que son invisibilizadas y a las que se impide el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales, y, en particular, del derecho a la salud. Las niñas y mujeres con discapacidad se enfrentan constantemente a múltiples formas de discriminación (principalmente, por ser mujeres y tener discapacidad) y están expuestas a mayores riesgos como la violencia, especialmente en situaciones de crisis como la originada por la pandemia COVID-19.

En marzo de 2020, la organización Women Enabled International (WEI) identificó que las respuestas globales a la COVID-19 no estaban considerando las experiencias únicas de las mujeres con discapacidad e identificó preocupaciones sobre estas mujeres, especialmente en torno a la violencia, al acceso a bienes y servicios de salud y a la satisfacción de sus necesidades básicas.



Según un informe mundial (Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA y WEI 2021), las mujeres y niñas con discapacidad sufren violencia por parte de sus parejas y familiares al menos dos o tres veces más que el resto de mujeres. El confinamiento domiciliario y otros momentos de obligatoriedad o aislamiento recomendado, hizo que las mujeres y niñas con discapacidad tuvieran mayor riesgo de sufrir violencia, menos posibilidades de escapar de ella y mayores obstáculos para acceder a los servicios de apoyo. En el caso de las mujeres con discapacidad institucionalizadas corrieron un mayor riesgo de sufrir violencia debido a su aislamiento.



Por su parte, las mujeres cuidadoras de personas con discapacidad, muchas de ellas también con discapacidad, ejercieron un importante papel en la pandemia. Pero no se contemplaron acciones que protegieran a las madres y cuidadoras, para que esta emergencia no impactara de forma desmedida en las mujeres, quienes mayoritariamente se responsabilizan de asumir los cuidados en España (CERMI, 2020).

Al respecto, ¿qué lecciones nos deja esta pandemia?

En este contexto, a nivel mundial se plantean importantes lecciones a tener en cuenta en futuras crisis (UNFPA y WEI 2021):

- ◉ En la preparación y respuesta a las crisis, los Estados deben recurrir a las orientaciones internacionales existentes sobre la inclusión de la discapacidad, la salud y los derechos de salud reproductiva, la ausencia de violencia y los derechos conexos.
- ◉ Las propias mujeres y niñas con discapacidad deben ser incluidas en la preparación, respuesta y recuperación de las crisis para que no se queden atrás.
- ◉ Es necesario realizar esfuerzos para aplicar las obligaciones en materia de derechos humanos en todos los contextos para garantizar el pleno respeto a los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en todo momento.



Preguntas para reflexionar:

¿Crees que la infección por COVID-19 ha afectado más a hombres o a mujeres? ¿Con la misma gravedad?

¿Cómo crees que ha influido la pandemia en la salud mental de las mujeres?

¿Has necesitado realizar alguna consulta sanitaria por algún tema de salud sexual o reproductiva durante la pandemia? ¿Cómo ha sido tu experiencia?

Mirando a tu entorno, ¿conoces a mujeres que hayan tenido un embarazo o parto durante la pandemia? ¿Cómo crees que han sido atendidas en sus procesos?

¿Crees que la pandemia y la situación de confinamiento han podido influir en la experiencia de las víctimas de violencia de género? ¿Crees que ha podido haber un incremento de los casos? ¿O un empeoramiento de su situación?

Reflexiona sobre las mujeres con discapacidad de tu entorno ¿han vivido una situación de especial vulnerabilidad durante la pandemia o el confinamiento?



ASPECTOS POSITIVOS DE LA PANDEMIA Y OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES

Aunque las crisis siempre han dejado efectos devastadores, también han constituido a lo largo de la historia uno de los más importantes motores de cambio, que en el caso de la pandemia por COVID-19 no debemos desaprovechar. Queremos finalizar este cuaderno reflexionando sobre algunas oportunidades que nos brinda para reducir desigualdades y mejorar la salud de las mujeres. Algunos de estos aspectos solo son aplicables a determinados perfiles de mujeres y en casos concretos, pero podrían inspirarnos para mejorar varios aspectos de nuestra salud.

- ◉ **Una oportunidad para bajar el ritmo.** En unos perfiles más que en otros, el confinamiento nos invitó a darnos un respiro y ralentizar el ritmo frenético de vida en el que nos situábamos. Especialmente para las mujeres, para quienes la multiplicidad de roles y la necesidad de “llegar a todo” son arraigados mandatos de género, la situación nos brindó una oportunidad para priorizar lo importante y pensar cómo podemos reducir ese nivel de estrés socialmente adquirido.
- ◉ **Dar visibilidad a los trabajos esenciales.** Cuando casi todo quedó paralizado, solo aquellas actividades y trabajos verdaderamente esenciales continuaron funcionando ante nuestra atenta mirada, dándole un impulso al reconocimiento y la visibilidad de la que habían adolecido.
- ◉ **Resituar los cuidados en el centro.** Hemos reconocido que son tan imprescindibles para la vida como invisibles e infravalorados. Vimos con rapidez cómo la vida no es una certeza, sino una posibilidad que hay que cuidar y sostener. Para que la economía y los mercados pudieran funcionar, primero la vida tenía que ser garantizada, una relación de dependencia inversa a la que nos había dictado el capitalismo patriarcal. Los cuidados, realizados mayoritariamente por mujeres y con un elevado impacto en su salud, se han erigido como un valor central para la vida, a los que debemos prestar más atención: Reconocer, Redistribuir más equitativamente y Reducir los trabajos más penosos (en lo que ONU Mujeres ha llamado la Estrategia de las Tres Erres). Estamos ante una gran oportunidad para erradicar los estereotipos y los roles de género tan arraigados en la mayoría de los hogares de prácticamente todo el mundo, y debemos aprovecharla.
- ◉ **Dar valor a lo colectivo y la solidaridad frente a lo individual.** Pronto nos enseñó la pandemia que, para vencerla y garantizar nuestra propia salud, necesitábamos acciones conjuntas. Puso en valor una solidaridad que abrió la puerta



a otros posibles modelos sociales y productivos, más colaborativos y menos individualistas, más centrados en las redes de interdependencia en las que nos situamos. Ahora vemos con más claridad que solo un nuevo equilibrio en los recursos y una mayor equidad en el mundo puede evitar que el barco entero se hunda. La necesidad de que la vacuna llegue a todo el mundo para poder superar la pandemia es un claro ejemplo de esto.

◉ **Un gran paso en la salud pública y en su**


visibilidad. La pandemia ha acercado a la ciudadanía un concepto bastante desconocido, que engloba todo aquello destinado a mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones, mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria y de esfuerzos organizados de la sociedad. Se han acelerado de manera excepcional la investigación clínica, desagregación de datos, desarrollo de vacunas y respuestas del sistema sanitario. La concienciación pública sobre la importancia de adoptar y mantener hábitos de higiene y estilos de vida más saludables y sostenibles, debería quedarse en nuestras rutinas para una mejor salud.

◉ **Necesidad de mejorar nuestra salud y la del planeta.**

El ecologismo y el feminismo se alzan como llaves maestras para aliviar las múltiples crisis que veníamos padeciendo y que se tensaron con la pandemia (climática, socioeconómica, de los cuidados...), para reducir las desigualdades de todo tipo que soportamos (de género, clase, edad, origen...) y ayudar a mejorar nuestra salud y la del planeta. La pandemia nos ha situado en la urgencia de corresponsabilizarnos de los cuidados, respetar y equilibrar equitativamente los recursos escasos de que disponemos. Nos ha obligado a hacernos preguntas como: qué bienes y servicios queremos consumir, qué modelo productivo queremos cultivar, qué vida pretendemos cuidar o qué mundo nos planteamos dejar a las generaciones futuras.

- ◉ **La importancia de la salud mental.** La pandemia nos ha señalado la importancia de cuidar nuestra salud mental. Aunque ha golpeado fuertemente esta esfera de la salud, también hemos avanzado en su desestigmatización. Hemos sentado las bases para exteriorizarla y reclamar más recursos para atenderla, para estar más alerta a los primeros signos de algunos problemas de salud mental, como la ansiedad o la depresión. Nos ha enseñado que podemos ser resilientes, levantarnos, cicatrizar las heridas y aprovecharlas para mejorar.
- ◉ **Oportunidades diversas para fortalecer las relaciones sociales.** El aislamiento evitó algunas relaciones, pero nos permitió potenciar otras. Con la excepción de situaciones estresantes, de violencia o de soledad no deseada, nos ofreció un paréntesis espacio-temporal para fortalecer nuestros lazos con las personas con las que convivimos. Además, rápidamente se dieron avances tecnológicos que nos permitieron conectarnos más y mejor con las personas lejanas que queríamos sentir cerca. Valoramos más los abrazos que no dimos, el contacto que no tuvimos, la calidez humana. Fue también una oportunidad para entablar vínculos comunitarios e intergeneracionales, conocer mejor al vecindario, a las personas mayores y con enfermedades crónicas que nos rodean, sus vulnerabilidades, necesidades no cubiertas y derecho a la salud.
- ◉ **El foco en el teletrabajo.** El distanciamiento social ha instaurado abruptamente el teletrabajo, una demanda antigua que, bien planificada, puede resultar muy ventajosa para la equidad de género y en distintos planos. Puede traducirse en un elemento de empuje para las corresponsabilidades en el hogar, para la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, para una mejor organización de los tiempos, acercar distancias entre personas, evitar la movilidad excesiva, promover asentamientos en zonas rurales que estaban despobladas y mejorar los niveles de contaminación ambiental.



- 
- ◉ **Un estímulo para la creatividad.** El confinamiento brindó, en casos concretos, la oportunidad para potenciar talentos escondidos. Muchas personas utilizaron este momento para dar rienda suelta a esa faceta algo olvidada de nuestro ser, fundamental para el bienestar y la salud: el ser creativo que llevamos dentro afloró en forma de música, pintura, escritura, cocina... y pudimos cultivar el arte que habíamos descuidado lentamente o que nunca supimos que teníamos.
 - ◉ **Lo subrayan organismos internacionales como ONU Mujeres y la OMS.** La pandemia es una oportunidad para reclamar y participar en más medidas transformadoras, para una educación en igualdad desde todos los niveles y a todas las edades y una investigación de calidad con enfoque de género. Toca reivindicar más implicación pública para alcanzar una organización social más justa de los cuidados, una mejor atención sociosanitaria y una mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones, especialmente en las políticas de salud que les afectan.

Es el momento de aprender de lo vivido, que los aspectos positivos derivados de la pandemia no queden solo en nuestra memoria, sino utilizarlos para construir con ellos una sociedad más fuerte, resiliente e igualitaria.

Preguntas para reflexionar:

¿Ha tenido la pandemia algún aspecto positivo en tu salud? ¿Y en la salud de las mujeres de tu entorno?



RESUMIENDO ALGUNAS IDEAS: 10 MENSAJES CLAVE



Las crisis entienden de género y aumentan las desigualdades. La pandemia ha ocasionado una *refamiliarización* de los cuidados, que ha recaído desproporcionadamente sobre las mujeres y que amenaza con profundizar el desigual reparto de los roles de género y potenciar las inequidades en salud que ya existían.



Mayor vulnerabilidad de las mujeres que cuidan durante la pandemia. Muchas mujeres tuvieron que aumentar su dedicación a los cuidados, con menos apoyo de sus redes familiares o informales y menor disponibilidad en el acceso a la atención sanitaria. Estos factores se han traducido en un aumento de la carga y el estrés y en un empeoramiento de la salud, especialmente de su salud mental.



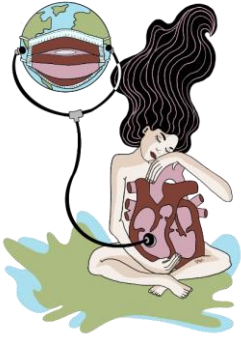
La pobreza ya era un hecho feminizado que la pandemia ha agudizado. La carga de responsabilidad de cuidado asumida por las mujeres ha sido mayor, haciendo más difícil y costosa la conciliación de la vida laboral y familiar e incluso forzando en algunos casos a la retirada del mundo laboral para asumir estos cuidados.



Los datos muestran una mayor incidencia de la enfermedad entre las mujeres. En cuanto a la mortalidad, la edad es una variable importante: en la edad pediátrica fallecieron por COVID-19 bastantes más niñas que niños, al igual que en las personas más de 90 años; mientras que en los estratos intermedios son los hombres quienes fallecen más que las mujeres.



Podría haber una infraestimación de casos y muertes por COVID-19 en mujeres. El exceso de mortalidad sin diagnóstico por COVID-19 fue superior en mujeres. Las mujeres fueron atendidas principalmente en los servicios de atención primaria, mientras que los hombres acudieron mayoritariamente a los hospitales.



El COVID-19 persistente o síndrome post-COVID-19 es mayoritario en las mujeres. Presentan mayores niveles de fatiga y debilidad muscular, mayor deterioro de la difusión pulmonar, de ansiedad y depresión, de pérdida de memoria, de capacidad de atención, de fluidez verbal, y de capacidad cognitiva.



Salud mental tras la COVID 19. En España se ha producido uno de los mayores incrementos en la frecuencia de trastornos de depresión mayor y trastornos de ansiedad a nivel global. Ambos incrementos fueron más elevados en mujeres que en hombres. El porcentaje de consumo de psicofármacos también fue mayor en mujeres que en hombres.



Más de la mitad de las mujeres que habían padecido COVID-19 han tenido alteraciones menstruales.



Las mujeres han visto limitado el acceso a recursos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva

ante la situación de saturación sanitaria ocasionada por la pandemia. Se han destinado menos recursos a la educación sexual integral, se ha hecho más difícil el acceso a servicios anticonceptivos, a la detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; de aborto seguro; de atención a la infertilidad; de atención al proceso de nacimiento en condiciones humanizadas y de integración de las necesidades psicológicas, sociales y de acompañamiento durante el nacimiento; así como a servicios de atención a víctimas de violencia sexual.



Violencia de género: Las llamadas al número de atención a mujeres víctimas de violencia se incrementaron desde el inicio del confinamiento, y alcanzaron su máximo histórico. Las denuncias por violencia de género disminuyeron, pero aumentaron tras la etapa de confinamiento domiciliario más severo. Los casos que sí fueron denunciados o fueron atendidos e identificados en los servicios sanitarios, ponen de manifiesto una mayor gravedad de los casos ocurridos en este periodo.

LECTURAS Y RECURSOS PARA SABER MÁS

ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS

Babbar Karan, Martin Jennifer, Ruiz Josephine, y cols. (2022). Menstrual health is a public health and human rights issue. *Lancet Public Health*, 7(1):e10-e11.

Bhatia Anita. ONU Mujeres (2020). Las mujeres y el COVID-19: cinco acciones que los gobiernos pueden adoptar sin demoras. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/news-women-and-covid-19-governments-actions-by-ded-bhatia>

Blanco Agustín, Chueca Antonio, López-Ruiz José Antonio, Mora Sebastián (Coord.) (2021). INFORME España 2021 / Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino. Disponible en: https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp_content/uploads/sites/93/2021/11/Informe_Espa%C3%B1a_2021_Completo.pdf

Camps Victoria (2021). Tiempo de cuidados: Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa editores.

Castellanos-Torres Esther, Caballero-Pérez Isabel (2020). La violencia contra las mujeres con discapacidad en tiempos de COVID-19 y experiencias grupales de sororidad online. *Revista Española de Discapacidad*, 8(2), 211-221.

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (2020). El impacto de la pandemia del coronavirus en los derechos humanos de las personas con discapacidad en España. Informe de urgencia del CERMI Estatal. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Disponible en: <https://bit.ly/3kuFi8J>.

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2020). Salud mental en la desescalada: Cómo afrontar el largo camino. Pautas a la población acerca de cómo afrontar la situación ocasionada por la crisis del covid-19, en el marco de la desescalada del confinamiento. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-Desescalada-guia.pdf>

Del Río-Lozano María, García-Calvente María del Mar, Grupo de alumnado del Diploma de Especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública-Universidad de Granada (2021). Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. Gaceta Sanitaria, 35, 594-597.

Del Río-Lozano María, García-Calvente María del Mar, Elizalde-Sagardia Belén, Maroto-Navarro Gracia (2022). Caregiving and caregiver health 1 year into the COVID-19 Pandemic (CUIDAR-SE Study): A gender analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(3):1653.

Durán María Ángeles (2021). El cuidado en tiempos de pandemia. En: ¿QUIEN CUIDA? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer.

European Commission (2021). Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU. VC/2019/0227. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2021). Gender equality and the socio-economic impact of the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fundación Foessa y Cáritas Diocesana (2022). Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Madrid. Disponible en: <https://www.caritas.es/producto/evolucion-de-la-cohesion-social-y-consecuencias-de-la-covid-19-en-espana/>

Jahan Nuzrath (2020). Bleeding during the pandemic: the politics of menstruation. *Sexual and reproductive health matters*, 28(1), 525-527.

Li Kezhen, Chen Ge, Hou Hongyan, y cols. (2021). Analysis of sex hormones and menstruation in Covid-19 women of child-bearing age. *Reprod Biomed Online*, 42(1), 260-267.

Lorenz-Dant Klara, Comas-Herrera Adelina (2021). The impacts of COVID-19 on unpaid carers of adults with long-term care needs and measures to address these impacts: A rapid review of evidence up to November 2020. *Journal of Long-Term Care*, 2021, 124-153.

López-Rodríguez Rosa Mª, Soriano Villarroel Isabel (Coord.) (2022). Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Martínez-Bravo Mónica, Sanz Carlos (2022). Inequality and psychological well-being in times of COVID 19: Evidence from Spain. Banco de España- Eurosistema. Documento de trabajo 2204. Disponible en: <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosTrabajo/22/Files/dt2204e.pdf>

OMS (2020). Gender and COVID-19. Policy Brief 14 mayo 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Advocacy-brief-Gender-2020.1>

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) (2021). Informe número 99. Situación de Covid-19 en España. 6 octubre de 2021.

Ruiz-Pérez Isabel, Pastor-Moreno Guadalupe (2021). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 389-394.

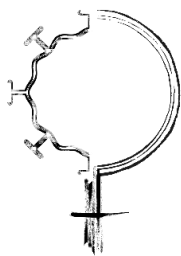
Takmaz Taha, Gundogmus Ibrahim, Okten Sabri Berkem, Gunduz Anil (2021). The impact of COVID-19-related mental health issues on menstrual cycle characteristics of female healthcare providers. *J Obstet Gynaecol Res*, 47(9), 3241-3249.

UNFPA y Women Enabled International (2021). El impacto de covid-19 en las mujeres y niñas con discapacidad. Disponible en:

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20Global%20Assessment%20Spanish.pdf>

Vallejo-Camazón Nuria, Teis Albert, Martínez-Membrive María José, y cols. (2021). COVID-19 persistente y angina microvascular. *Revista Española de Cardiología*, 75(5), 444-446.

Varga Zsuzsanna, Flammer Andreas J, Steiger Peter, y cols. (2020) Endothelial cell infection and endothelitis in COVID-19. *Lancet*, 395, 1417-1418.



Este cuaderno se terminó de imprimir el día 29 de septiembre de 2022,
Día Mundial del Corazón



