

# Evaluación de impacto en salud de las medidas de gestión y control de la COVID-19 en Navarra

## Resumen ejecutivo



# ÍNDICE

---

INTRODUCCIÓN .....	3
RESULTADOS.....	6
RECOMENDACIONES .....	28
ANEXO METODOLÓGICO .....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34

## INTRODUCCIÓN

---

A principios de 2020, a partir del crecimiento de casos en China, se identificó un nuevo tipo de virus denominado SARS-CoV-2 y precursor de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). La expansión del virus a nivel mundial tuvo como consecuencia que el 11 de marzo de 2020, la OMS reconociera la situación como una pandemia global. El 14 de marzo, el Gobierno de España decretó el estado de alarma (1) y en sucesivos decretos posteriores se implantaron medidas con el fin de limitar la transmisión del virus en la población. Entre múltiples medidas, se decretó el confinamiento domiciliario, la restricción de la movilidad y de buena parte de las actividades económicas, exceptuándose los establecidos como servicios esenciales.

Siete semanas después, se inició el proceso de desescalada (2) por fases, con el levantamiento progresivo de las limitaciones establecidas. El fin de las fases supuso la entrada en la llamada “nueva normalidad”, momento en el que se estableció el fin de las restricciones sociales y económicas, dando continuidad al refuerzo de la vigilancia epidemiológica y de la capacidad del sistema sanitario. En junio, julio y agosto del mismo año, las comunidades autónomas han ido adoptando medidas de prevención y control para hacer frente a la crisis sanitaria en función de la situación epidemiológica del momento (3).

En este contexto, la pandemia de la COVID-19 y la respuesta desde el gobierno central y las administraciones autonómicas han impactado, por tanto, en un amplio rango de determinantes sociales de la salud que inciden de forma muy importante en la salud y, al distribirse de forma desigual en la población, contribuyen a generar desigualdades sociales en salud. Estos determinantes hacen referencia a aspectos estructurales o que inciden en nuestra organización social, así como a los ejes de desigualdad que atraviesan el espectro poblacional (como el género, el nivel socioeconómico, el lugar de origen o el territorio) y a nuestras condiciones de vida y trabajo, como la vivienda, el empleo, el trabajo de cuidados, el entorno residencial o las redes de apoyo. Todos estos factores determinan las oportunidades de llevar a cabo conductas saludables y el nivel de exposición y vulnerabilidad a diferentes riesgos para la salud presente y futura (10, 11). En consecuencia, las políticas adoptadas en sectores no directamente relacionados con la salud trascienden dichos ámbitos e inciden de forma clave en los niveles de bienestar y calidad de vida poblacionales (12).

Las medidas adoptadas para la gestión y control de la pandemia han abarcado prácticamente la totalidad de los determinantes sociales de la salud (DSS), ejerciendo un impacto ineludible en las condiciones de vida de las personas. Por un lado, en el ámbito sanitario las necesidades no estrictamente relacionadas con la COVID-19 se vieron desplazadas y, por otro, el confinamiento y las medidas de restricción de la movilidad expusieron a la población, con especial énfasis a los grupos vulnerables, a situaciones de riesgo para la salud física y mental (5,6,7). Además, el mantenimiento de los servicios esenciales se llevó a cabo, en buena parte y principalmente en las primeras semanas, con medidas insuficientes de protección frente al contagio y con una elevada presión que conllevó, a su vez, una exposición a riesgos para la salud incrementados en el personal sanitario y no sanitario (8). Finalmente, el cierre de los centros escolares, centros de día, centros ocupacionales y otros servicios públicos destinados a personas con necesidades especiales, trasladó las necesidades de cuidados al hogar siendo, mayoritariamente, las mujeres

las que han asumido dichas tareas, exacerbando las desigualdades de género (9). Por otra parte, la distribución de la COVID-19 concentra tasas más elevadas de casos y de complicaciones en aquellas personas de menor nivel socioeconómico. Por tanto, puede afirmarse que las medidas adoptadas para controlar la propagación del virus están impactando de forma desigual en función de diferentes ejes como el género o el nivel socioeconómico, pero también, en función de la discapacidad, la edad, el territorio o el estatus migratorio. Todo ello tiene que ver con el lugar que las personas ocupan en la jerarquía social, las condiciones en las que viven y trabajan y la capacidad de controlar sus vidas, lo cual expone a estas poblaciones a una mayor vulnerabilidad frente al contagio y la enfermedad, así como mayores dificultades para afrontar las medidas adoptadas preservando los niveles de salud (13-15).

La puesta en marcha de las medidas para frenar la expansión de la COVID-19 se ha realizado abruptamente en muchas ocasiones, en un contexto de urgencia e incertidumbre que ha dificultado el análisis de los potenciales impactos en la salud y la equidad en salud. Actualmente, existen publicaciones científicas sobre la efectividad de dichas medidas en diferentes países y regiones y sus impactos sobre la salud y las desigualdades en salud que pueden ser útiles para evaluar los resultados de la crisis (16,17).

Una de las herramientas de la estrategia de Salud en Todas las Políticas (18) es la Evaluación de Impacto en Salud (EIS). Su utilidad radica en servir de apoyo en la toma de decisiones, al permitir analizar los efectos de las decisiones políticas en la salud y sus determinantes sociales y su distribución entre los diferentes grupos de población, con el fin último de emitir recomendaciones que maximicen los impactos positivos y a minimicen los negativos (19). Si bien el escenario óptimo para la efectividad de la EIS es el momento previo a la toma de decisiones definitiva, ya que permite incorporar modificaciones orientadas a la mejora de la salud de forma prospectiva, la EIS también puede desarrollarse de forma concurrente e incluso retrospectiva a la puesta en marcha de la política a evaluar. La EIS se desarrolla a lo largo de un proceso de cinco fases -1) cribado, 2) diseño y planificación, 3) identificación de impactos en los DSS y la salud; 4) emisión de recomendaciones y 5) monitorización- que se caracteriza por ser iterativo y por su capacidad de adaptarse a la naturaleza cambiante del proceso de producción de las políticas. La EIS se alinea con los valores de buen gobierno por la salud promulgados por la OMS (20), como son la equidad, la participación, la transparencia y rendición de cuentas, la sostenibilidad y la base en el mejor conocimiento disponible.

En Nueva Gales del Sur (Australia) y Ontario (Canadá) se ha desarrollado de forma muy específica la EIS con enfoque de equidad, que incorpora dicha perspectiva de forma sistemática y transversal a lo largo de todas sus fases y en todos los métodos y procedimientos empleados (21,22). Esto se traduce en poner el énfasis e identificar de forma específica la distribución diferencial de impactos en los diferentes grupos sociales afectados y en particular, aquellos en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco existe experiencia en la aplicación de la EIS tanto a nivel local (23,24) como autonómico (25) y, además de estudiar su efectividad (26), se han desarrollado y validado instrumentos en base a los existentes en otros países (27). Sin embargo, a pesar de que a nivel internacional se han publicado numerosas EIS en intervenciones y políticas muy diversas, existe poca evidencia sobre EIS previas en situaciones de pandemia o desastres de gran magnitud e intensidad social y sanitaria enfocadas desde el modelo de los DSS (28).

Puesto que la pandemia y las medidas adoptadas para su gestión y control inciden en un amplio rango de determinantes y desigualdades sociales de la salud, la EIS ofrece un método riguroso y sistemático para la estimación de impactos que integra esta mirada amplia de los múltiples factores que afectan a la salud y el bienestar de las personas. Permite, por tanto, incorporar el enfoque de los DSS y la perspectiva de equidad en la toma de decisiones futuras en respuesta a la pandemia. Por otro lado, permite contextualizar la evidencia acumulada sobre posibles impactos en la salud de decisiones adoptadas en contextos epidémicos, al incorporar opiniones y voces procedentes de la ciudadanía, agentes sociales y personas expertas de diferentes ámbitos. Esto facilita la toma de decisiones informada en un contexto de conocimiento emergente como es el de la COVID-19.

El presente estudio está impulsado desde la Dirección General de Salud, con la motivación de realizar un análisis exploratorio entre los meses de mayo a julio de 2020 basado en una identificación preliminar de impactos en la salud y sus determinantes sociales de algunas de las medidas más relevantes llevadas a cabo para el control y gestión de la crisis de la COVID-19 en Navarra.

El objetivo general es realizar un análisis exploratorio de los impactos en la salud, las desigualdades en salud y sus determinantes sociales, de algunas de las principales medidas adoptadas para el control y gestión de la COVID-19 en Navarra.

Como objetivos específicos se plantean, en primer lugar, identificar los impactos positivos y negativos de dichas medidas en la población general y en los diferentes grupos de población y, en segundo lugar, emitir una serie de recomendaciones orientadas a minimizar los impactos negativos en salud y mejorar, por tanto, la salud poblacional.

A continuación, se presenta una síntesis de los principales resultados y las recomendaciones derivadas. En el posterior anexo metodológico disponible se explica con detalle la metodología utilizada.

## RESULTADOS

### CONFINAMIENTO DOMICILIARIO

MEDIDA	DETERMINANTES DE LA SALUD IMPACTADOS	RESULTADOS EN SALUD	GRUPOS MÁS AFECTADOS
Confinamiento domiciliario	Restricción de las salidas de la vivienda, de las actividades de la vida diaria y del contacto y relaciones sociales		
	<p>El confinamiento domiciliario conllevó múltiples impactos sobre el bienestar, tanto físico como mental, y sus determinantes, que, a su vez, se configuran dependiendo de diversos factores. Algunos de los principales que contribuyeron a producir o agravar estos impactos se corresponden con el estrés o la preocupación en torno al hecho de no poder salir de casa; la falta de actividad física; el aislamiento social; la falta de información de calidad y la exposición prolongada a noticias relacionadas con la pandemia, mensajes atemorizantes y simbologías autoritarias (<i>GF AAVV; GF mayores; Entrevista</i>); el conocer a personas infectadas con COVID-19 que fallecieron o se encontraron en situación de gravedad; o la mayor duración del confinamiento, la cual exacerba todos los impactos (28,32,34,36, 37).</p>	<p><b>En población general:</b>            ↑estrés, ansiedad y depresión, estrés postraumático, insomnio e irritabilidad (29-33).            ↑emociones negativas como miedo, tristeza, nerviosismo, preocupación, incertidumbre, sentimientos de culpabilidad en relación con el contagio y síntomas compatibles con la fobia social y agotamiento emocional (29).</p> <p><b>En mujeres:</b>            ↑prevalencia de malestar, síntomas depresivos, sentimiento de culpa y problemas de sueño con respecto a los hombres; mayor ingesta de psicofármacos (35,36)</p> <p><b>En niños/as:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personas que viven solas</li> <li>-Personas con problemas de salud mental</li> <li>-Personas con demencia u otros trastornos cognitivos</li> <li>-Mujeres</li> <li>-Personas mayores</li> <li>-Población infantil</li> <li>-Personas en procesos de duelo o que han perdido a un ser querido</li> </ul>

	<p>Por su parte, algunas personas reportaron efectos positivos del hecho de contar con más tiempo para sí mismas y el autocuidado (<i>GF mayores; Entrevista</i>)</p> <p>El confinamiento también supuso impactos en grupos de población específicos que vinieron configurados a través de los siguientes factores:</p> <p>Entre la población infantil, el confinamiento puede conllevar una ruptura importante de las rutinas y una exposición a niveles altos de incertidumbre, reducción del juego y las actividades al aire libre y la interacción social, que inciden en su salud mental (38,39). Agudización de crisis en niños/as con trastornos de comportamiento (<i>GF madres y padres</i>)</p> <p>Entre las personas mayores, personas con problemas cognitivos o personas en situación de vulnerabilidad social y de salud dependientes de atención y cuidados, el confinamiento ha conllevado la interrupción de paseos y otras actividades físicas y la pérdida de contacto familiar y social, que suponen estímulos cognitivos claves para las personas mayores (<i>Entrevista</i>).</p> <p>Asimismo, entre ciertos grupos de población, como personas mayores o personas con problemas de salud mental, el confinamiento desdibujó o privó de la estructura habitual de la actividad diaria, la</p>	<p>↑nerviosismo, irritabilidad y tristeza (40).  ↑dificultad para concentrarse, aburrimiento, soledad, sentimientos de rabia y frustración, de echar de menos a otras personas, de extrañeza, conductas de evitación, aprensión o temor, inquietud e ira (<i>GF madres y padres</i>)</p> <p><b>En personas mayores:</b>  ↓salud mental (<i>GF AAVV, Mayores</i>)</p> <p><b>En personas mayores o con trastornos cognitivos:</b>  ↑deterioro cognitivo o aceleración del mismo (<i>Entrevista</i>)</p> <p><b>En colectivos vulnerables:</b>  ↓salud mental (<i>Entrevista</i>)</p> <p><b>En personas con problemas de salud mental:</b>  Empeoramiento o agravamiento de los problemas de salud mental</p> <p><b>En personas que viven procesos de duelo o malestar psicológico:</b>  Riesgo aumentado de complicación de los procesos de duelo (<i>GF AAVV</i>)</p>	
--	---	---	--

	<p>cual puede ser especialmente importante para el mantenimiento de su bienestar (<i>Entrevista</i>).</p> <p>Por último, entre aquellas personas que transitan procesos de duelo o malestar psicológico, la imposibilidad de salir de la vivienda y la dificultad de encontrar intimidad en el hogar si se convive con otras personas, puede dificultar o agravar el desarrollo de dichos procesos (<i>GF AAVV</i>).</p>		
<b>Confinamiento domiciliario</b>	<b>Conductas relacionadas con la salud</b>		
	<p>El confinamiento afectó a las principales conductas relacionadas con la salud.</p> <p>En cuanto a la actividad física (AF), supuso una reducción abrupta de la misma, como caminar (90%) y tiempo de ejercicio (46%) (35), un aumento del tiempo de sedentarismo, así como de la proporción de personas que pasaban sentadas más de 8 horas diarias (de un 16% al 40%) (41). La reducción de AF empeora la calidad del sueño, aumenta el riesgo de padecer estrés y reduce el efecto positivo sobre las relaciones sociales y en la salud mental (28). La población infantil es un colectivo especialmente impactado por la importancia del movimiento en su desarrollo y su mayor necesidad de moverse (<i>GF madres y padres</i>)</p> <p>En relación con la alimentación, durante el confinamiento se incrementó el número de</p>	<p><b>-En población general:</b>          ↑riesgo cardio y cerebrovascular y riesgo metabólico (28)          ↓protección sobre la salud en general y frente a los signos respiratorios e inflamatorios de la infección por SARS-CoV2 (28)          ↑riesgo de enfermedades producidas por el consumo de tabaco y alcohol          ↑problemas de visión relacionados con la exposición a pantallas</p> <p><b>-En niños/as:</b>          ↑riesgo de obesidad infantil, pérdida de capacidad cardiorrespiratoria (45,46). Manifestaciones de nerviosismo y agobio, relacionados con las limitaciones de movimiento (<i>GF madres y padres</i>).</p>	<p>-Personas con patología cardiovascular, obesidad y otras enfermedades crónicas y degenerativas que se benefician o precisan de la movilidad y actividad física para su rehabilitación          -Población infantil          -Población joven</p>

	<p>comidas diarias (+8%) y de ingestas entre comidas principales (+10%) y la ingesta de alimentos no saludables (+10%) (35,42). El 60% de la población refirió manejar la ansiedad, el estrés, los sentimientos de vacío y el aburrimiento a través de la comida o como recompensa (31,35). Entre la población infantil, se incrementó la ingesta de comida rápida y chucherías (+68,1%) (40).</p> <p>En cuanto al consumo de sustancias, en torno al 20% de la población aumentó en algún grado su consumo de tabaco y alcohol. Los cambios en el consumo parecen haber sido más favorables para los hombres: entre estos, el descenso en el consumo de alcohol fue mayor que entre las mujeres (19,7% vs 16,7%) y, por su parte, las mujeres incrementaron en mayor medida que los hombres su consumo de tabaco (25% vs 16%) (35). La reducción de consumo de alcohol fue mayor entre los grupos de edades más jóvenes en comparación con otros grupos de población (42).</p> <p>En lo relativo a la exposición a pantallas e hiperconectividad, el uso de videojuegos, apuestas online y uso de redes sociales aumentó un 43%, 3% y 71%, respectivamente (35). Entre la población infantil, se registró un incremento de tiempo delante de las pantallas (90%) (30,40). Por su parte, entre los/as jóvenes se describió en mayor medida la hiperconectividad durante el confinamiento relacionada con los estudios online, redes sociales,</p>	<p><b>-En jóvenes:</b> Síntomas de fatiga mental y dificultad de conciliar el sueño (<i>GF jóvenes</i>).</p>	
--	---	--	--

	la interacción con amigos/as, etc. ( <i>GF jóvenes</i> ). También se reportaron casos de pérdida de visión relacionados con la exposición prolongada a las pantallas ( <i>GF mayores</i> )		
<b>Confinamiento domiciliario</b>	<b>Relaciones familiares y violencia de género</b>		
	<p>El confinamiento puede desencadenar situaciones de conflicto y violencia intrafamiliar, derivadas de factores como el estrés por el encierro o la pérdida de empleo y sumado al mayor consumo de alcohol en el hogar (47,48). Asimismo, convergen las condiciones propicias para la violencia de género: aislamiento, aumento del control y disminución de acceso a apoyo social y recursos sociales (49). Sin embargo, 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 (<i>Entrevista</i>).</p> <p>En cuanto a los efectos sobre la violencia ejercida sobre los/as menores, la situación de confinamiento unido a la necesidad de supervisar la educación de los/as niños/as en casa por el cierre de las escuelas, generó un aumento de estrés y riesgo de maltrato por parte de los/as cuidadores/as (50). Asimismo, las situaciones de violencia en el hogar, más propensas en épocas de estrés (47) y las situaciones</p>	<p><b>En mujeres víctimas de violencia de género:</b>  ↑problemas de salud derivados de la propia violencia y también del agravamiento de patologías previas como consecuencia de la misma (50).</p> <p><b>En menores expuestos/as a violencia intrafamiliar:</b>  ↑problemas de salud mental y física derivados de la exposición a violencia intrafamiliar, generando consecuencias físicas, mentales y sociales negativas a largo plazo (54).</p> <p><b>En población general:</b>  ↑bienestar en aquellos casos de mejora de la calidad de las relaciones de convivencia (<i>GF madres y padres</i>).</p>	<p>-Mujeres víctimas de violencia de género  -Población infantil</p>

	<p>de violencia de género repercuten directamente en los/as niños/as (51) y les expone a un mayor riesgo de abuso o negligencia de su cuidado (52). En el caso de las niñas, durante este periodo, se ven más expuestas a la violencia sexual (49). Además, la ausencia de contacto con otras personas ajenas al hogar dificulta la detección por parte de las mismas de situaciones de abuso y negligencia.</p> <p>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 (<i>GF madres y padres; GF jóvenes</i>).</p>		
<b>Confinamiento domiciliario</b>	<b>Condiciones de la vivienda</b>		
	<p>El confinamiento domiciliario incrementó el tiempo de permanencia y, por tanto, la exposición de las personas a las características de sus viviendas. Así, el encierro en el domicilio implica, para quienes viven en viviendas de mala calidad, una mayor exposición al frío, la humedad, la escasa luz, el ruido excesivo o el hacinamiento, entre otras condiciones desfavorables para la salud (55). Las viviendas de menor tamaño, por su parte, ofrecen menos espacio y oportunidades para la soledad y privacidad (55), trabajar, jugar o realizar actividad física, así como para cumplir con las normas de</p>	<p><b>En población general:</b>          ↑ riesgo de problemas respiratorios y de depresión, ansiedad y aislamiento derivados de las condiciones desfavorables de la vivienda (55)          ↑ riesgo de contagio por COVID-19 en aquellas viviendas que no permiten adoptar medidas de protección</p> <p><b>En menores:</b>          ↓ bienestar emocional y físico de los/as menores</p>	<p>-Personas expuestas a condiciones de vivienda deficientes (infravivienda, hacinamiento, pobreza energética)          -Personas de menor nivel socioeconómico          -Población infantil</p>

	<p>aislamiento en el caso de contagio por COVID-19. Esta exposición y efectos negativos fueron más evidentes entre las personas con menos recursos, pertenecientes a clases sociales más bajas (GF AAVV)</p> <p>Las condiciones desfavorables de la vivienda tienen efectos en el bienestar emocional y en el comportamiento de los/as menores, a la vez que se ve reducida su capacidad para estudiar y su rendimiento escolar (55). Los/as niños/as menores de 5 años, además, presentan una mayor vulnerabilidad frente a estos efectos, por situarse en una etapa de crecimiento y desarrollo con mayor susceptibilidad a los riesgos ambientales (56).</p>	<p>↓capacidad para estudiar y su rendimiento escolar (55).</p>	
--	---	--	--

## MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO FÍSICO

MEDIDA	DETERMINANTES DE LA SALUD IMPACTADOS	RESULTADOS EN SALUD	GRUPOS MÁS AFECTADOS
Prohibición de reuniones y encuentros sociales	Relaciones sociales		
	<p>Las medidas de distanciamiento físico tuvieron un impacto predominante sobre las relaciones sociales y afectivas, de forma especial sobre ciertos grupos de población.</p> <p>La imposibilidad de encontrarse con personas cercanas, compartir muestras físicas de afecto y socializar, en general, emergieron como factores que habían enfatizado los efectos de la soledad no deseada, especialmente entre las personas mayores y aquellas que viven solas (<i>GF AAVV; GF mujeres</i>). 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 (<i>GF jóvenes; Entrevista</i>). Igualmente, las personas mayores institucionalizadas o aquellas con enfermedades relacionadas con la demencia se identificaron como grupos especialmente vulnerables (<i>GF mayores; GF AAVV; Entrevista</i>).</p> <p>Asimismo, entre los/as niños/as, se destacaron la falta de muestras físicas de afecto con sus familiares, la mascarilla o el concepto de que el otro es peligroso, como potenciales aspectos que pueden impactar a medio y</p>	<p><b>En población general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-↑ riesgo de deterioro de la salud mental</li> <li>-↑ soledad no deseada</li> </ul> <p><b>En personas mayores, institucionalizadas y con enfermedades relacionadas con demencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-↑ deterioro cognitivo</li> <li>-↑ riesgo de deterioro de la salud mental</li> </ul> <p><b>En menores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-↑ riesgo de problemas relacionales y de aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personas mayores, especialmente, aquellas en situación de vulnerabilidad social</li> <li>-Personas que viven solas especialmente, aquellas en situación de vulnerabilidad social</li> <li>-Personas institucionalizadas</li> <li>-Personas con enfermedades relacionadas con la demencia</li> <li>-Población infantil y adolescente</li> </ul>

	<p>largo plazo en los aspectos relacionales y el aprendizaje (<i>GF madres y padres</i>).</p> <p>El colectivo de adolescentes, entre las/os que las relaciones con sus pares es clave en esta edad también se destacó como significativamente afectado (<i>Entrevista</i>).</p> <p>Estos impactos fueron modulados por ciertos factores. Por un lado, las redes familiares y vecinales se identificaron como factor amortiguador de los efectos negativos del aislamiento, 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 (<i>GF jóvenes</i>).</p> <p>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 (<i>GF AAVV</i>).</p> <p>La dificultad de las personas habitualmente activas en asociaciones o movimientos sociales, de articularse para ofrecer apoyo o respuesta comunitaria a las necesidades sociales durante el confinamiento estricto fue descrita, entre las personas mayores participantes en estos colectivos, como un factor limitante, privador de un sentido vital (<i>GF mayores</i>).</p> <p>Otro factor amortiguador del aislamiento social fue la tecnología, la cual supuso para muchas personas la</p>		
--	---	--	--

	<p>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 (<i>GF mayores</i>).</p> <p>Por otra parte, se puso de manifiesto la brecha digital existente, precisamente entre las personas mayores, que se pueden ver más beneficiadas por la tecnología (<i>GF mayores</i>)</p>		
<b>Restricción de acompañamiento en residencias</b>	<b>Aislamiento social y soledad</b>		
	<p>Las medidas adoptadas para contener la entrada y transmisión del virus en las residencias, como el cierre y la restricción de las visitas, han conllevado importantes efectos negativos en el bienestar de las personas residentes, como el aislamiento y la soledad. La falta de otras medidas paliativas, como el uso de medidas de contacto telemáticas se destacó como agravante de estos impactos. (<i>GF mayores; Entrevista</i>)</p>	<p>↑ problemas de salud mental, deterioro cognitivo y otros impactos en la salud mental y física derivados de la soledad y del aislamiento</p>	<p>Personas institucionalizadas en residencias de mayores</p>
<b>Restricción de acompañamiento en centros sanitarios y de aforos en velatorios</b>	<b>Vivencia y elaboración de la pérdida y duelo por un ser querido</b>		
	<p>Las restricciones de visitas y acompañamiento a personas hospitalizadas fue una medida que emergió en torno a las repercusiones en la salud de sus familiares y seres queridos. La imposibilidad de acompañar a la persona</p>	<b>En personas que perdieron un ser querido o allegado:</b>	<p>Personas que perdieron un ser querido o allegado</p>

	<p>allegada en su enfermedad y últimos momentos de vida se describió como un factor agravante de la pérdida (<i>GF AAVV</i>). La incertidumbre en torno a vivencias del ser querido, como el sufrimiento o la percepción de soledad en sus últimos momentos generaban un importante malestar.</p> <p>Otros elementos agravantes en la elaboración de la pérdida fueron las restricciones de aforos en velatorios, entierros y funerales, etc. y el aislamiento social durante el confinamiento de las personas que habían sufrido la pérdida, así como la falta de espacio personal en el domicilio que posibilite momentos de soledad y recogimiento (<i>GF AAVV</i>).</p>	<p>↑ sufrimiento psicológico y emocional y ↑ riesgo de complicación del proceso de duelo</p>	
--	---	--	--

## CIERRE DE CENTROS EDUCATIVOS, FORMACIÓN PROFESIONAL Y UNIVERSIDADES

MEDIDA	DETERMINANTES DE LA SALUD IMPACTADOS	RESULTADOS EN SALUD	GRUPOS MÁS AFECTADOS
Cierre de centros educativos	Conductas relacionadas con la salud y relaciones sociales y afectivas		
	<p>La escuela puede constituir un entorno promotor de la salud en cuanto facilita el desarrollo de conductas saludables (57). El hecho de acudir a la escuela contribuye a satisfacer las necesidades de movilidad de los/as niños/as. Así, en los periodos en que los/as niños/as no acuden a la escuela, éstos/as tienden a realizar menos actividad física, tener peores hábitos dietéticos, mayor exposición a pantallas y menor calidad de sueño (38). Asimismo, en la escuela se llevan a cabo programas de educación para la salud (38) con potencial para la mejora de conductas relacionadas con la salud en ellos/as y sus familias.</p> <p>Por otra parte, 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 (58).</p> <p>Estos impactos sobre el aislamiento y la reducción de las oportunidades de movilidad que proporciona la escuela, vienen potenciados por el confinamiento domiciliario, lo cual agrava los efectos negativos de los mismos (<i>GF madres y padres</i>).</p> <p>Estos impactos pueden ser mayores en aquellas familias con peores condiciones materiales y con mayores dificultades para llevar a cabo conductas saludables y relaciones sociales y afectivas promotoras de bienestar.</p>	<p><b>-En menores:</b></p> <p>↑depresión, irritabilidad y sentimientos de culpa, ↑riesgo de estrés postraumático, ansiedad y trastornos de adaptación (39, 58)</p> <p>↑ obesidad y ↓ salud cardiorrespiratoria (38).</p> <p>↑Nerviosismo, irritabilidad (<i>GF madres y padres</i>)</p>	<p>-Niños/as de familias de menor nivel socioeconómico y otras situaciones de vulnerabilidad social</p>

<b>Cierre de centros educativos</b>	<b>Acceso a la educación</b>		
	<p>La escuela 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 menores recursos. En este aspecto entran en juego el tiempo disponible y la capacidad de los/as progenitores para realizar el acompañamiento en las tareas escolares; contar con unas mínimas características de confort en la vivienda que faciliten el estudio; así como de recursos materiales necesarios, como dispositivos electrónicos, conexión adecuada a internet y los conocimientos y habilidades necesarias para utilizarlos (<i>Entrevista</i>).</p> <p>Por otra parte, las desigualdades educativas pueden acrecentarse 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.</p> <p>Adicionalmente, 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 (<i>Entrevista</i>).</p>	<p><b>En familias con menores a cuidado:</b></p> <p>-Empeoramiento de la salud mental (estrés, frustración, ansiedad, sentimiento de culpa) y malestar emocional</p>	<p>-Familias de menor nivel socioeconómico y otras situaciones de vulnerabilidad social -Familias que ejercen trabajos esenciales -Mujeres</p>
<b>Cierre de centros educativos</b>	<b>Provisión de cuidados</b>		
	<p>El componente crucial de cuidados que posee la escuela se ha visto privado, conllevando en las familias la dificultad de compaginar los cuidados y la atención con el trabajo productivo presencial o</p>	<p><b>-En familias con menores a cuidado:</b></p>	<p>-Personas o familias con menores a cargo de</p>

	<p>realizado a través del teletrabajo, sumada a la dificultad de encontrar apoyos familiares que permitan la distribución de los cuidados (<i>Entrevista</i>). 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 (<i>GF madres y padres</i>).</p> <p>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 (<i>Entrevista</i>). Así, 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 estos impactos en el bienestar, que fueron claramente mayores entre las mujeres trabajadoras en servicios esenciales (<i>GF Madres y padres; GF mujeres</i>). 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 (<i>GF mujeres</i>).</p> <p>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 (<i>Entrevista</i>).</p> <p>Por otra parte, 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</p>	<p>Ansiedad, estrés, dificultad de concentración, frustración  ↑riesgo de problemas de salud física por ausencia de autocuidado</p>	<p>menor nivel socioeconómico  -Mujeres  -Mujeres trabajadoras en servicios esenciales  -Personas a cuidado de menores que teletrabajan</p>
--	--	---	---

	<p>el acompañamiento emocional o el interés por estas cuestiones, más allá del rendimiento académico, los mejor valorados por parte de las familias (<i>GF madres y padres; GF mujeres</i>).</p> <p>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 (<i>GF madres y padres; GF mujeres</i>).</p>		
<b>Cierre de centros educativos</b>	<b>Provisión de servicios terapéuticos que se brindan en el ámbito escolar</b>		
	<p>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 (<i>Entrevista</i>)</p>	<p><b>-En niños/as beneficiarios de terapias en el ámbito escolar:</b></p> <p>Deterioro de las problemáticas de salud o retraso en la rehabilitación en torno a las mismas</p>	<p>-Niños/as de familias de menor nivel socioeconómico</p>
<b>Cierre de centros de formación profesional y universidades</b>	<b>Derecho a la educación, condiciones de estudio y formación</b>		
	<p>El cierre de centros de formación profesional y de las universidades impactó de diversas formas en el bienestar de las/os estudiantes. Por un lado, el seguimiento de las clases online supone un factor de mayor estrés para el alumnado con respecto a las clases presenciales, al que se suma 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</p>	<p><b>En población joven estudiante:</b></p> <p>-↑ansiedad, estrés, agobio, preocupación, sentimiento de culpabilidad</p>	<p>-Jóvenes en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica</p>

	<p>manifiesto también sentimientos de culpabilidad por no poder ayudar al sostén económico familiar <i>(GF jóvenes)</i>.</p> <p>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. <i>(GF jóvenes)</i>.</p> <p>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. <i>(GF jóvenes; GF madres y padres)</i>.</p>		
--	---	--	--

## RESTRICCIONES EN SERVICIOS DE CUIDADOS FORMALES

MEDIDA	DETERMINANTES DE LA SALUD IMPACTADOS	RESULTADOS EN SALUD	GRUPOS ESPECIALMENTE AFECTADOS
<b>Restricciones o cese de la provisión de servicios y cuidados a domicilio</b>	<b>Cobertura de las necesidades de acompañamiento y cuidados a domicilio</b>		
	Durante el confinamiento, la restricción 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 ( <i>Entrevista</i> ).	<b>En población que deja de recibir servicios de cuidados y atención a domicilio:</b> -↑riesgo de deterioro de la salud mental y física derivados de la soledad y del aislamiento	-Población en situación de vulnerabilidad de salud, social y económica -Personas que viven solas o en situación de soledad no deseada
<b>Cierre de centros de día y ocupacionales</b>	<b>Cobertura de las necesidades terapéuticas y de cuidados en centros de día y ocupacionales</b>		
	Otros centros residenciales y de día en torno a los cuales las restricciones impactaron de forma significativa fueron los de 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 ( <i>Entrevista</i> ). 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 ( <i>Entrevista</i> ).	<b>En población que deja de recibir servicios de centros de día y ocupacionales</b> -↑riesgo interrupción de los procesos terapéuticos y de rehabilitación física -↑riesgo de deterioro de la salud y bienestar emocional y mental de las personas beneficiarias	-Personas en tratamiento de enfermedades crónicas o degenerativas -Personas con discapacidad -Personas con problemas de salud mental -Personas con necesidades especiales beneficiarias de estos servicios restringidos durante la pandemia -Personas o familias de menor nivel socioeconómico

Restricciones en la provisión de servicios y cuidados formales	Trabajo de cuidados en la esfera familiar o doméstica		
	<p>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 estos 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 (<i>Entrevistas</i>).</p> <p>Estos cuidados han sido, de nuevo, asumidos primordialmente por las mujeres, sobre las que se acumula la sobrecarga de trabajos. 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.</p>	<p><b>Entre las personas que asumen los cuidados en el domicilio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-↑ riesgo de afectación de la salud física y mental por sobrecarga de trabajos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Familias o personas a cuidado de las/os beneficiarias/os de estos servicios</li> <li>-Mujeres</li> <li>-Familias o personas de menor nivel socioeconómico</li> </ul>

## MEDIDAS EN MATERIA DE EMPLEO

MEDIDA	DETERMINANTES DE LA SALUD IMPACTADOS	IMPACTOS EN SALUD	GRUPOS MÁS AFECTADOS
<b>Mantenimiento de los servicios esenciales</b>	<b>Condiciones de empleo y trabajo</b>		
	<p>Las personas trabajadoras en los servicios esenciales desarrollaron su trabajo desde el principio de forma presencial, con mayor exposición al contagio, por la falta de medidas de protección y en los traslados, y en condiciones de mayor presión laboral (59). Este incremento de presión vino explicado por los cambios en las condiciones de trabajo, el volumen y las características de la demanda variaron y muchas/os trabajadoras/es fueron trasladados a puestos distintos con tareas y requerimientos diferentes. A ello se añadió la presión derivada de la escasez de personal, la falta de cobertura de bajas ante el aumento de la carga de trabajo o la asunción de responsabilidad por parte de las/os trabajadoras/es a la hora de ejercer los cuidados en situaciones de desprotección. 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 (<i>GF mujeres</i>).</p> <p>Los empleos en los servicios esenciales se caracterizan por sus altos niveles de precariedad y por ser altamente feminizados. Además del género y el nivel socioeconómico, la intersección de otros ejes de desigualdad incrementa esta exposición en colectivos en situación de especial vulnerabilidad, destacando las personas inmigrantes en situación de irregularidad, expuestas a mayor desprotección laboral. Durante la</p>	<p><b>En personas trabajadoras en servicios esenciales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-↑ riesgo de contagio de COVID-19</li> <li>-↑ riesgo de deterioro de salud mental:</li> <li>-↑ ansiedad, estrés asociado a cambios laborales y al temor a infectarse y contagiar a familiares; hartazgo, desgaste emocional.</li> <li>-↑ tabaquismo</li> <li>-↑ consumo de psicofármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabajadoras/es esenciales (sectores más precarizados y no regularizados; trabajadoras/es en residencias, cuidadoras formales, personal sanitario)</li> <li>-Personas en situación de irregularidad trabajadoras en servicios esenciales</li> </ul>

	<p>pandemia, además, estas condiciones se han exacerbado, provocando, desde la pérdida de trabajo sin derecho a prestación económica alguna a la exposición a situaciones de elevada precariedad y riesgo para ellas y sus familias (<i>Entrevista</i>).</p>		
<b>Teletrabajo</b>	<b>Condiciones de trabajo productivo y reproductivo</b>		
	<p>Durante el confinamiento, el 30% de la población asalariada se acogió al teletrabajo desde sus domicilios, siendo la posibilidad de teletrabajar mucho mayor entre las ocupaciones no manuales (59).</p> <p>En el caso de 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 (<i>GF madres y padres</i>). 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 (<i>GF madres y padres</i>).</p> <p>Por otra parte, las personas participantes destacaron las dificultades que el teletrabajo o la opción telemática supone en ciertos trabajos, debido a la dimensión crítica que la</p>	<p><b>En personas que se adhieren al teletrabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-↓ riesgo de contagio frente a COVID-19</li> <li>-Ansiedad, estrés, dificultad de concentración, frustración entre personas o familias que teletrabajan y con menores a cuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personas o familias con menores a cuidado</li> <li>-Personas beneficiarias de servicios, atención o cuidados presenciales</li> </ul>

	<p>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 (<i>GF madres y padres; Entrevista</i>). Por otra parte, 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 (<i>Entrevista</i>).</p>		
<p><b>Suspensión temporal de empleo y reducción de jornada (ERTE)</b></p>	<p><b>Condiciones de empleo y de trabajo productivo y reproductivo y desempleo</b></p>		
	<p>En los meses de confinamiento, cerca de 4 millones de personas en el Estado español padecieron una reducción de su jornada o la suspensión temporal de su empleo y las pérdidas de empleo, por despido o no renovación del contrato temporal ascendieron a 300 mil personas de marzo a mayo de 2020 (59). La preocupación por la pérdida de empleo fue mayor entre aquellos grupos socioeconómicamente más desfavorecidos, personas que se encontraban en situación de desempleo y aquellas que perdieron su empleo durante la pandemia y entre el colectivo de jóvenes y adultos/as jóvenes, por encontrarse con mayor frecuencia en situaciones de mayor precariedad laboral y económica (60-62).</p> <p>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</p>	<p><b>-En población general:</b> Empeoramiento de la salud física y mental relacionada con la inseguridad laboral, la pérdida de empleo y estar en situación de desempleo</p> <p><b>-En las mujeres:</b> Empeoramiento de la salud física y mental relacionada con la sobrecarga de trabajos productivo y de cuidados</p>	<p>-Mujeres -Trabajadores/as autónomos/as -Jóvenes y adultos/as jóvenes -Personas en situación de mayor precariedad laboral</p>

	<p>ingresos y 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 (<i>Entrevista</i>).</p> <p>Otro colectivo profesional especialmente afectado fue el de trabajadores/as autónomos/as, ante la falta de protección económica en un contexto de inestabilidad e incertidumbre como el de la pandemia (<i>GF AAVV</i>).</p>		
--	--	--	--

## RECOMENDACIONES

---

A continuación, se describen las recomendaciones dadas en función de las medidas analizadas y los impactos identificados:

### ➤ **Confinamiento domiciliario**

-Considerar la medida como opción excepcional, ante una situación de descontrol pandémico que no sea posible revertir aplicando otras medidas.

-Minimizar al máximo el tiempo de duración del confinamiento.

-Permitir, al menos, una salida diaria al exterior para la práctica de actividad física al aire libre de duración mínima de media hora.

-Priorizar la salida al exterior de grupos específicos especialmente vulnerables o con necesidades especiales de movilidad y de otro tipo, como niños/as menores de 6 años, personas mayores, personas con problemas de movilidad, personas con enfermedades crónicas, personas con trastornos cognitivos o personas con problemas de salud mental.

-En el exterior, garantizar el acceso a equipamientos o espacios que fomenten la práctica de actividad física y el juego, como zonas verdes, parques infantiles, gimnasios urbanos o similares.

-Avanzar en la detección de familias monomarentales y monoparentales y aquellas familias o unidades convivenciales en situación de vulnerabilidad y articular apoyos y habilitar medidas y recursos para su protección y cobertura de necesidades básicas durante periodos de confinamiento o semiconfinamiento.

-Considerar a los colectivos en situación de vulnerabilidad, expuestos a peores condiciones de confinamiento domiciliario, como personas que habitan en condiciones de infravivienda y/o hacinamiento. Poner en marcha medidas adicionales para garantizar unas condiciones mínimas de confinamiento para estas personas.

-Considerar las situaciones de violencia de género y violencia familiar. Habilitar medidas seguras para las víctimas que faciliten el aviso o la solicitud de ayuda y la detección temprana de casos.

-Fuera de periodo de confinamiento, avanzar en la creación y articulación de respuestas nombradas anteriormente.

### ➤ **Medidas de distanciamiento físico**

-Avanzar 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.

-Promover y facilitar la articulación de redes de apoyo y cuidados comunitarias, con especial énfasis en aquellos barrios de menor nivel socioeconómico.

-En ámbitos residenciales, permitir un régimen de visitas presenciales controladas que garantice la seguridad de las personas residentes y trabajadoras. Habilitar y ofrecer recursos telemáticos y apoyo en su uso para que estas personas puedan contactar con sus redes sociales.

-En ámbitos sanitarios, permitir 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.

-Ofrecer recursos de apoyo psicológico a las personas que han perdido un ser querido durante o con motivo de la COVID-19 y no han podido acompañarle o despedirse con unas mínimas condiciones de tiempo, privacidad, cercanía, etc.

-Fuera de periodo de confinamiento, avanzar en la creación y articulación de respuestas nombradas anteriormente.

#### ➤ **Cierre de centros educativos, formación profesional y universidades**

-Considerar la medida de cierre de centros escolares como opción excepcional, ante una situación de descontrol pandémico que no sea posible revertir aplicando otras medidas.

-Priorizar el cierre de aquellos niveles de enseñanza más avanzados, como Bachillerato y ESO.

-Adaptar el cierre estricto de todos estos centros a medidas intermedias que permitan un cierto grado de presencialidad, priorizando la de los grupos con mayores necesidades socioeconómicas, educativas y de cuidados o con necesidades especiales.

-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 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.

-Garantizar la continuidad de las terapias que se ofrecen en el ámbito escolar, priorizando aquellos casos de mayor necesidad socioeconómica y de salud.

-Optimizar la atención dada a estudiantes de formación profesional y universitarios/as: incorporar el acompañamiento psicológico y emocional de calidad; adaptar la formación a la modalidad online, de manera que permita optimizar la organización y la conciliación con otras actividades por parte del alumnado; mejorar la información acerca de las soluciones a las restricciones de aspectos como las prácticas curriculares o como las matriculaciones.

#### ➤ **Medidas en materia de empleo**

-Regular las condiciones de empleo de los servicios esenciales, garantizando en todos los casos el cumplimiento de la legislación laboral vigente y los derechos laborales. Garantizar las condiciones de trabajo dignas donde se garantice la protección de las personas trabajadoras en servicios esenciales frente al contagio por COVID-19.

-Establecer la medida del teletrabajo obligatoria en aquellos casos en los que sea posible el desempeño del trabajo y no se vea mermada de forma significativa la calidad del trabajo (especialmente, en aquellas actividades terapéuticas).

-Blindar los salarios ante las reducciones de jornada o permisos laborales ante las necesidades de cuidados de hijos/as u otras personas que lo requieran en el hogar.

-Facilitar el permiso de baja laboral de los/as progenitores en caso de confinamiento escolar.

-Facilitar la flexibilidad laboral de las personas trabajadoras, que facilite la conciliación con el trabajo de cuidados en el hogar.

-Regular el teletrabajo en la administración pública, mejorando su gestión, reparto entre perfiles y sectores profesionales elaborando protocolos para la evaluación de su efectividad y calidad y optimizando la rendición de cuentas.

#### ➤ **Restricción de servicios formales de cuidados**

-Garantizar la cobertura de las necesidades de acompañamiento y cuidados a domicilio, priorizando la población que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad de salud, social y económica, así como las personas que viven solas o en situación de soledad no deseada.

-Garantizar la cobertura de las necesidades terapéuticas y de cuidados que se ofertan en centros de día y ocupacionales, priorizando aquellos grupos de población con mayores necesidades de salud y socioeconómicas, ante la mayor dificultad de asumir el coste económico de la provisión privada de estos servicios.

-Habilitar y ofrecer recursos de asesoramiento y apoyo psicológico para las/os familiares o personas cuidadoras que asumen estos cuidados en el hogar, con el fin de que puedan ejercerlos con la mayor calidad y la mayor seguridad para ellas/os.

Además de las medidas analizadas, de la EIS se desprendieron otros aspectos relacionados con el modelo de gobernanza de la gestión de la pandemia que también se vincularon con impactos en el bienestar de la población. Estos aspectos tienen que ver con la gestión de la información, la transparencia y la rendición de cuentas; la participación ciudadana; la co-gobernanza entre distintos niveles administrativos; y el modelo de control de cumplimiento de las medidas. Las recomendaciones al respecto son las siguientes:

#### ➤ **Gestión de la información, transparencia y rendición de cuentas**

-Evitar los mensajes que puedan generar sentimientos de pánico o miedo en la población, con especial énfasis entre las personas mayores o grupos más vulnerables ante la enfermedad de la COVID-19.

- Evitar los mensajes que puedan estigmatizar a grupos específicos de población.
- Evitar la generación y diseminación de información falsa y bulos. Incorporar medidas paliativas para minimizar su efecto.
- Evitar ofrecer mensajes sin fundamento científico y reconocer aquellos que no lo tienen. Informar de aquellos ámbitos donde todavía la información no existe, es parcial o está por confirmar.
- Diseñar y adaptar la información relativa a la pandemia y sus medidas de modo que llegue a todos los sectores de la población. Utilizar los recursos tecnológicos existentes. Contar con la población y sus grupos específicos para el diseño, la implantación y la evaluación de las estrategias informativas.

➤ **Co-gobernanza entre diferentes niveles administrativos**

- Diseñar, implementar y evaluar las medidas atendiendo a las distintas realidades territoriales, incorporando, de manera específica, la mirada de la realidad rural, atendiendo a minimizar los impactos de las medidas de gestión y control en la salud de su población.
- Involucrar en mayor grado al ámbito municipal en dicha gestión, otorgándole los recursos y medios necesarios para llevarla a cabo de una manera adecuada y efectiva.

➤ **Participación ciudadana**

- Avanzar en mecanismos de participación deliberativa en torno al diseño, implementación y evaluación de las medidas, así como a las estrategias de comunicación en torno a las mismas, incorporando la diversidad territorial, demográfica, cultural y socioeconómica.
- Avanzar en mecanismos de participación conjunta de los diferentes sectores gubernamentales en la gestión de la pandemia, que favorezcan una respuesta coherente y eficiente a la pandemia.
- Avanzar en la promoción de redes que incorporen el tejido social, institucional y económico, que fortalezcan la articulación de las mismas en situaciones como la actual o similares.

➤ **Modelo de seguimiento de cumplimiento de las medidas**

- Diseñar una estrategia de seguimiento de las medidas poniendo el énfasis en la información de calidad y sensibilización en torno a la pandemia y las medidas adoptadas.
- Restringir la presencia y actuación policial y de los cuerpos de seguridad a aquellas situaciones donde sea estrictamente necesario. Restringir al máximo el uso de procedimientos punitivos, violentos y/o autoritarios.

## ANEXO METODOLÓGICO

---

El estudio se realizó en base al desarrollo de las cinco etapas de la EIS, según la Guía Merseyside (cribado, diseño y planificación, evaluación, emisión de recomendaciones y monitorización de su implementación) e incorporando la perspectiva de equidad de forma sistemática. La recogida de información y de análisis (etapa de evaluación) se plantea siguiendo dos tipos de métodos:

- 1) Una revisión de la literatura científica, así como una revisión documental acerca de los impactos en la salud y sus determinantes de las medidas de confinamiento, restricción de la movilidad, cierre de las escuelas y las medidas en materia de empleo.
- 2) Un análisis de contenido temático de la nueva información recopilada a través de entrevistas en profundidad a personas expertas e informantes clave y grupos focales con diferentes perfiles de profesionales y grupos sociales afectados por las medidas, con el fin de complementar la evidencia procedente de la literatura (científica y gris) y profundizar en aquellos aspectos más relevantes, de mayor complejidad o sobre los que existía mayor incertidumbre. Concretamente, se incorporaron perfiles sociales y de personas expertas que añadieran información relativa a los impactos de las medidas adoptadas en los ámbitos de cuidados formales e informales, así como relativos a las desigualdades sociales en salud.

Las variables de estudio se establecieron en base al modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España<sup>1</sup>. Se caracterizaron los posibles impactos –positivos, negativos e inciertos– de las medidas adoptadas y se identificaron para cada determinante, los grupos sociales que se vieron especialmente afectados por las medidas.

En cuanto al primer método, la revisión de la literatura se basó en una búsqueda amplia de artículos científicos, identificando y analizando aquellos con mayor grado de evidencia disponible (revisiones sistemáticas) en torno a los impactos en salud y sus determinantes de la crisis de la COVID-19, así como de crisis epidémicas anteriores a nivel mundial. Las bases de datos utilizadas fueron Medline y Web of Knowledge, los idiomas de búsqueda fueron inglés y castellano y el límite temporal se estableció desde 2002 hasta julio de 2020. Por su parte, la revisión documental se centró en informes de carácter científico-técnico de entidades académicas, sociales o instituciones, informes de carácter divulgativo y piezas periodísticas de prensa online en inglés y castellano, publicados desde marzo hasta julio de 2020.

En relación al segundo método, por un lado, se realizaron 6 entrevistas a personas expertas e informantes clave de diferentes ámbitos de las medidas analizadas y, por otro, se llevaron a cabo cinco grupos focales, involucrando a 33 personas en diferentes ámbitos del territorio navarro con diferentes perfiles de ciudadanía asociada y no asociada (Tabla 1). 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

---

<sup>1</sup> 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): 182-189.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200017&lng=es).

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 variables de análisis y dimensiones de interés en función de los distintos perfiles participantes y los objetivos del estudio. Tanto las entrevistas como los grupos focales fueron grabados y transcritos y se analizaron siguiendo la metodología de análisis temático, contrastándose los temas abordados con el marco conceptual de referencia.

**Tabla 1.** Perfiles y ámbitos de las personas participantes en los grupos focales y las entrevistas

<b>Grupos focales y entrevistas</b>	<b>Número de participantes</b>
<b>Grupos focales</b>	<b>33</b>
Asociaciones Vecinales (Pamplona) (GF AAVV)	8
Personas mayores de 60 años (Pamplona) (GF Mayores)	6
Madres, padres o tutores con menores a cargo (Pamplona) (GF Madres y padres)	7
Jóvenes de 19 a 25 años (Zona Ribera) (GF Jóvenes)	6
Mujeres trabajadoras en servicios esenciales con carga de cuidados en el hogar (Pamplona) (GF Mujeres)	6
<b>Entrevistas</b>	<b>6</b>
Servicios sociales y política social	
Género	
Educación	
Economía Social y Solidaria	
Ámbito rural	
Asociación de pacientes	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. 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.
2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Madrid, 28 de abril de 2020
3. Gobierno de Navarra. Decreto-Ley Foral 7/2020, de 22 de julio, por el que se aprueban medidas preventivas extraordinarias para hacer frente a la crisis sanitaria del coronavirus (COVID-19), una vez superada la fase 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Boletín Oficial de Navarra de 23-07-2020
4. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund, 1993
5. 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): 182-189. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200017&lng=es).
6. Bucciardi R, Contoli B, De Castro P, Donfranceso C, Falzano L, Ferrelli R, Giammarioli AM, Mattioli B, Medda E, Minardi V, Minelli G, Palmieri L, Pasetto R, Pizzi E, Rossi S, Venerosi A. The health equity in all policies (HEiAP) approach before and beyond the Covid-19 pandemic in Italian context. Int J Equity Health 2020; 19:92 doi: 10.1186/s12939-020-01209-0
7. Dubost CL, Pollak C, Rey S (coord.). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives Dossiers de la DREES; n°62, juillet 2020.
8. Gandré C, Coldefy M, Rochereau T. Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. Questions d'économie de la santé, n° 249, juin 2020
9. Green L, Morgan L, Azam S, Evans L, Parry-Williams L, Petchey L, Bellis MA. A Health Impact Assessment of the 'Staying at Home and Social Distancing Policy' in Wales in response to the COVID-19 pandemic. Main Report. Cardiff, Public Health Wales NHS Trust. 2020.
10. Eyre DW et al. Differential occupational risks to healthcare workers from SARS-CoV-2: A prospective observational study. MedRxiv (preprint) doi:10.1101/2020.06.24.20135038
11. European Commission. Coronavirus pandemic: The impact on gender equality. European Union, 2020
12. Nussbaumer-Streit B. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev 2020; 4(4). doi:10.1002/14651858.CD013574.
13. Zhicheng W, Kun T. Combating COVID-19: health equity matters. Nature Medicine, 2020; 26: 458–464. doi: 10.1038/s41591-020-0823-6
14. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. Journal of Epidemiology and Community Health, 2020-214401. doi: [10.1136/jech-2020-214401](https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401)

15. Marshall L. Emerging evidence on health inequalities and COVID-19. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-health-inequalities-and-covid-19-may-2020>
16. UN Women. COVID-19: Emerging gender data and why it matters. United Nations. 2020. <https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>
17. Tapani M. Health in all policies as a priority in Finnish policy: a case study on national health policy development. *Scandinavian J Public Health*, 2013;41 (suppl 11):3-28
18. Scott-Samuel A, Birley M, Arden K. The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition, 2001
19. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2012
20. Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Williams SJ. Equity-focused Health Impact Assessment Framework. The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). 2004
21. Health Equity Impact Assessment (HEIA) Workbook. HEIA Version 2.0. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, OMHLC, 2012. <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf>
22. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderon C, Aldasoro E. Health Impact Assessment of an urban regeneration project: opportunities and challenges in the context of a southern European city. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:950-955. doi:10.1136/jech.2009.091256
23. Serrano E, Larrañaga I, Morteruel M, Baixas de Ros MD, Basterrechea M, Martinez D, Aldasoro E, Bacigalupe A. Urban regeneration as population health intervention: a health impact assessment in the bay of Pasaia (Spain). *International J Equity Health* 2016; 15(45). doi: 10.1186/s12939-016-0424-7
24. Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K, Zuazagoitia J. Avanzando en la Evaluación del Impacto en Salud. Análisis de las políticas públicas sectoriales como paso previo a la fase de cribado sistemático, *Gac Sanit* 2012;26 (1):83-90
25. Morteruel M, Bacigalupe, A, Aldasoro E, Larrañaga I, Serrano E. Health impact assessments in Spain: have they been effective?. *Int J Envir Res Public Health* 2020..
26. Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderón C, Esnaola S, Sanz E. Herramienta de cribado para la Evaluación del Impacto en Salud de las políticas públicas sectoriales. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014.
27. Bobdey S, Ray S. Going viral – Covid-19 impact assessment: A perspective beyond clinical practice. *Journal of Marine Medical Society* January-June 2020;22(1)
28. Koch S, Litt J, Daher C, Nieuwenhuijse M ¿Debería permitirse la actividad física durante la pandemia causada por el coronavirus? Serie COVID-19 y estrategia de respuesta. (2020). ISGlobal. Barcelona. [https://www.isglobal.org/documents/10179/7943094/4\\_ISGlobal+COVID-19+y+actividad+fisica+ES.pdf/1f4cc0a5-ba83-4464-9cc4-daffe4ae7202](https://www.isglobal.org/documents/10179/7943094/4_ISGlobal+COVID-19+y+actividad+fisica+ES.pdf/1f4cc0a5-ba83-4464-9cc4-daffe4ae7202)
29. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez A, Iruñia-Muñiz MJ, de Luis-García R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain. *PsyArXiv*. 2020 April 15. doi:10.31234/osf.io/mq4fg.
30. Orgilés M, Morales A, Delveccio E, Mazzeschi E, Espada JP. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *PsyArXiv*. 2020 April 21. doi: 10.31234/osf.io/5bpfz.

31. Cherikh F, Frey S, Bel C, Attanasi G, Aifano M, Lanelli A. Behavioral food addiction during lockdown: time for awareness, time to prepare the aftermath. *Obesity surgery*. 2020. doi: [10.1007/s11695-020-04649-3](https://doi.org/10.1007/s11695-020-04649-3)
32. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395(10227): 912–920. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
33. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez A, Irurtia-Muñiz MJ, de Luis-García R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain. *PsyArXiv*. 2020 April 15. doi:10.31234/osf.io/mq4fg.
34. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi-Paveh B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*. 2020; 16(1): 57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w
35. Balluerka N, Hidalgo MD, Gorostiaga A, Espada JP, Padilla JL, Santed MA. Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento. UPV/EHU. Bilbao. 2020. [https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias\\_psicologicasCOVID19.pdf](https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf)
36. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Madsen KR, Koushede V. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*. 2020; 5(1):62–70. doi: [10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
37. Planchuelo-Gómez A, Odriozola-González P, Irurtia-Muñiz MJ, de Luis-García R. Longitudinal Evaluation of the Psychological Impact of the COVID-19 Crisis in Spain. *PsyArXiv*. 2020. June 10. doi:10.31234/osf.io/hgqke
38. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020; 395(10228): 945–947. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
39. Why and how can confinement affect children? [Internet]. Hospital Sant Joan de Deu. Accedido 19/07/20. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/en/why-and-how-can-confinement-affect-children>
40. Berasategi Sancho N (coord.), Idoiaga Mondagrón N, Dosil Santamaría M, Eiguren Munitis A, Pikaza Gorrotxategi M, Ozamiz Etxebarria N. Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el Covid-19. 2020. Servicio Editorial de la UPV/EHU.
41. Marshall L. Emerging evidence on health inequalities and COVID-19. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-health-inequalities-and-covid-19-may-2020>
42. Ammar A. et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19. *Nutrients*. 2020; 12(6): 1583. doi: [10.3390/nu12061583](https://doi.org/10.3390/nu12061583)
43. [Mattioli AV](https://doi.org/10.2217/fca-2020-0055), [Nasi M](https://doi.org/10.2217/fca-2020-0055), [Cocchi C](https://doi.org/10.2217/fca-2020-0055), Farinetti A. COVID 19 outbreak: impact of the quarantine-induced stress on cardiovascular disease risk burden. *Future Cardiol*. Apr 2020. doi: [10.2217/fca-2020-0055](https://doi.org/10.2217/fca-2020-0055)
44. Martínez-Ferran M, De la Guía-Galipienso F, Sanchis-Gomar F, Pareja-Galeano H. Metabolic impacts of confinement during the COVID-19 pandemic due to modified diet and physical activity habits. *Nutrients*. 2020; 12(6). doi: [10.3390/nu12061549](https://doi.org/10.3390/nu12061549)

45. Rundle AG, Park Y, Herbstman JB, Kinsey EW, Wang YC. COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity (Silver Spring)*. 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/oby.22813>.
46. Grechyna D. Health threats associated with children lockdown in Spain during Covid-19. *SSNR*. 2020. <https://ssrn.com/abstract=3567670>.
47. Schneider D, Harknett K, McLanahan S. Intimate partner violence in the great recession. *Demography*. 2016;53(2):471–505. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0462-1>.
48. Catalá-Miñana A, Lila M, Oliver A, Vivo J, Galiana L, Gracia E. Contextual factors related to alcohol abuse among intimate partner violence offenders. *Subst. Use Misuse*. 2017;52(3):294–302. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1225097>.
49. Campbell A M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports*. 2020;2:100089. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>
50. Lorente M. Gender-based violence during the pandemic and lockdown. *Spanish Journal of Legal Medicine*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.remle.2020.05.005>
51. Agnew R, Rebellon CJ, Thaxton S. A general strain theory approach to families and delinquency. In: Fox GL, Benson ML, editors. *Families, crime, and criminal justice*. New York: JAI Press, Inc.; 2000. pp. 113–38.
52. Schneider W, Waldfogel J, Brooks-Gunn J The Great Recession and risk for child abuse and neglect. *Child Youth Serv Rev*. 2017;72 1-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.10.016>.
53. Thackeray J, Hibbard R, Dowd D. The committee on child abuse and neglect, & the committee on injury, violence, and poison prevention. *Intimate partner violence: the role of the pediatrician*. *Pediatrics*. 2010;125(5):1094–100. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0451>
54. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, 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;14:20. <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
55. Clair A. Housing: an Under-Explored Influence on Children’s Well-Being and Becoming. *Child Indicators Research*. 2019; 12(2): 609–626) [doi: 10.1007/s12187-018-9550-7](https://doi.org/10.1007/s12187-018-9550-7)
56. Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil. (2020). *El impacto de las condiciones de la vivienda de alquiler en la infancia vulnerable*. Gobierno de España. <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/POBREZA INFANTIL Y VIVIENDA.pdf>
57. Van Lancker, W., & Parolin, Z. (2020). COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. In *The Lancet Public Health* (Vol. 5, Issue 5, pp. e243–e244). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30084-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0)
58. Fantini MP, Reno C, Biserni GB, Savoia E, Lanari M. COVID-19 and the re-opening of schools: A policy maker’s dilemma. *Italian Journal of Pediatrics*. 2020; 46(1). BioMed Central Ltd. doi: 10.1186/s13052-020-00844-1
59. Salas-Nicás S, Llorens-Serrano C, Navarro A, Moncada S. Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: estudio de la población asalariada de la encuesta COTS. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO; 2020.

60. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102076.
61. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102092.
62. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020;288:112954