

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA

Impacto de la crisis COVID-19 en las desigualdades de género en España

Un estudio comparativo entre cinco
comunidades autónomas



Máster en Estudios de Género
Especialidad en Investigaciones Feministas

Ángela Ruiz-Larrea Lucía
Tutora: Elena Gallego Abaroa

Convocatoria: Julio 2021
Calificación: 9,5

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha afectado los hábitos de vida, trabajo y relaciones interpersonales de la población. Partiendo del análisis de desigualdades sociales en salud y de la salud como una reivindicación feminista, se ha realizado un análisis cuantitativo de la Encuesta de Salud Mental (CIS, 2021) y de la Encuesta de Población Activa (INE, 2021), para analizar cómo la gestión de la pandemia ha repercutido en la desigualdad de género en España en el ámbito laboral y de salud mental. Los resultados muestran que las desigualdades han aumentado en todas las comunidades analizadas (Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, Madrid), dado que la pandemia no se ha gestionado con perspectiva de género. Dentro de los principales factores que sostienen la desigualdad entre hombres y mujeres cabe destacar el reparto del trabajo reproductivo o de cuidados.

Palabras Clave: desigualdad, género, salud, COVID-19, mujeres.

Abstract

The COVID-19 pandemic has affected the living habits, work and interpersonal relationships of the population. Based on the analysis of social inequalities in health and health as a feminist demand, a quantitative analysis of the Mental Health Survey (CIS, 2021) and the Active Population Survey (INE, 2021) has been carried out to analyze how the management of the pandemic has affected gender inequality in Spain in the field of work and mental health. The results show that inequalities have increased in all the communities analyzed (Andalusia, Asturias, Canary Islands, Catalonia, Madrid), given that the pandemic has not been managed with a gender perspective. Among the main factors that sustain inequality between men and women, the distribution of reproductive or care work should be highlighted.

Key Words: inequalities, gender, health, COVID-19, women.

Índice

1. Introducción	3
2. Marco teórico	6
2.1. Desigualdades sociales en salud	6
2.2. El derecho a la salud como una reivindicación feminista.....	10
2.3. Breve apunte sobre el Sistema Nacional de Salud y la desigualdad territorial	14
2.4. Consecuencias de la crisis COVID para la situación de las mujeres	17
2.4.1. Ámbito laboral.....	17
2.4.2. Violencia machista	19
2.4.3. Salud mental	22
3. Objetivos e hipótesis	24
3.1. Objetivo principal	24
3.2. Objetivos específicos	25
4. Metodología	26
4.1. Revisión bibliográfica.....	26
4.2. Muestra	26
4.3. Bases de datos consultadas	27
4.4. Variables de análisis	28
4.5. Método de análisis de datos	30
5. Análisis de datos.....	30
5.1. Objetivos específicos I y III.....	30
5.2. Objetivos específicos II y III	41
6. Conclusiones	49
6.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación	53
7. Bibliografía.....	55
8. Anexos.....	61
8.1. Tablas.....	61
8.2. Gráficos.....	80

1. Introducción

La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), generada a la partir de la expansión por todo el planeta del coronavirus de tipo 2 (SARS-COV-2) en el año 2020, marcará un antes y un después en la historia contemporánea. Una pandemia que, pese a haberse previsto desde hace algunos años por distintos equipos científicos, ha pillado por sorpresa a la mayor parte de dirigentes mundiales, ocasionando consecuencias devastadoras en todo el planeta, no sólo a nivel sanitario, sino también en los ámbitos económico, político y social. Varios autores han señalado que la pandemia de la enfermedad COVID-19 aumentará las desigualdades sociales en salud, tanto dentro de un mismo país como entre distintos países (van Barneveld, Quinlan, Kriesler y Junor, 2020). Instituciones como la Organización Mundial de la Salud y organizaciones como Intermón Oxfam, ya han alertado de que la pandemia ha aumentado las desigualdades a nivel global, incluyendo también las desigualdades entre hombres y mujeres (Oxfam Intermon, 2021).

Desde el mes de marzo del año 2020, países de todo el mundo se vieron en la tesitura de tener que tomar medidas que restringieran seriamente la movilidad nacional e internacional, encaminadas a reducir el contacto social y lograr así contener la propagación del virus. Esto ha generado importantes cambios en los hábitos de vida de gran parte de la población (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2020). Según algunos autores, la manera de enfrentar esta crisis en las sociedades capitalistas europeas depende de cómo se entienda el conflicto entre capital y cuidados; por tanto, la crisis tendría un mayor impacto en las mujeres, en tanto que sus consecuencias afectarían drásticamente a la forma que tenemos de entender y materializar los cuidados (Espinel Vallejo, 2020). Así, algunas autoras han señalado que la crisis ocasionada por la enfermedad COVID-19 se traducirá en una pérdida relativa de recursos por parte de

las mujeres, que ya se encontraban en una situación de desventaja frente a los varones (Peck, 2020). Según un informe reciente, si hubiera un reparto más equilibrado entre hombres y mujeres en distintos sectores económicos, 112 millones de mujeres en el mundo dejarían de tener un riesgo elevado de perder sus empleos (Oxfam Intermon, 2021).

En la gestión de una crisis, como una pandemia, habitualmente las decisiones se toman pensando en lo inmediato y no en el largo plazo. Algunos autores han denominado a este fenómeno “*la tiranía de lo urgente*” (Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell, 2020, p. 419), señalando que en la gestión de las pandemias se prioriza la respuesta biomédica y se olvidan las desigualdades sociales estructurales. Esto trae como consecuencia, precisamente, la acentuación de las desigualdades ya existentes entre distintos grupos sociales y, especialmente, las desigualdades de género (Del Río-Lozano y García-Calvente, 2020), en tanto que la crisis pone en jaque el sistema sanitario, pero también otras estructuras sociales fundamentales. Para las mujeres, se prevé que las consecuencias de esta crisis serán complejas y que, por lo general, su situación en diversos ámbitos empeorará en el presente y futuro próximo; además, estas consecuencias serán difíciles de revertir en el corto plazo (Oxfam Intermon, 2021). En concreto, en la esfera pública podemos destacar el mayor riesgo de exposición al contagio en todas las olas de la pandemia, por la feminización de las profesiones relacionadas con el cuidado y la salud (Martín, Bacigalupe y Jiménez Carrillo, 2021) y el mayor riesgo de pérdida de empleo (ya que los sectores más afectados por el confinamiento y la crisis económica son sectores feminizados, como el turismo y la hostelería) (Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell, 2020; Alon, Doepke, Olmstead-Rumse y Tertilt, 2020). Del mismo modo, en el ámbito privado, otros autores han destacado el aumento de la violencia de género y de la violencia sexual (Sharma y

Bikash Borah, 2020; Hawie Lora, 2020), así como un mayor deterioro de la salud mental de las mujeres, en tanto que, sumado a la carga laboral y a la preocupación por la situación global (que también afecta a los varones), las mujeres han tenido que asumir mayores tareas de cuidados por el cierre de colegios y servicios públicos (Espinel Vallejo, 2020; Arpino, Pasqualini, Bordone y Solé-Auró, 2020). En definitiva, ello pone de relieve que, al ser las mujeres quienes cargan con un peso fundamental -la imposición de los cuidados en la esfera doméstica-, imprescindible para el sostenimiento del sistema económico capitalista, serán ellas también quienes más se vean afectadas por las consecuencias de la presente crisis. La pandemia ha hecho visible el trabajo invisible de las mujeres, uno de los principales factores que sostienen la desigualdad entre los sexos en las sociedades que han logrado la igualdad formal de derechos.

A partir de los antecedentes anteriores, resulta necesario conocer en qué medida las desigualdades de género se han incrementado en nuestro país como consecuencia del primer año de pandemia, y analizar los factores que pueden estar a la base de dicha desigualdad. Por ello, en el presente trabajo, se realizará un análisis cuantitativo orientado a evaluar el impacto de la crisis en las desigualdades de género en España. Así, se analizarán datos de la Encuesta de Salud Mental de los/as Españoles/as Durante la Pandemia de la COVID-19, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 2021, y de la Encuesta de Población Activa del Primer Trimestre de 2021, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística también en 2021. De este modo, se compararán indicadores de salud mental y de empleo en cinco comunidades autónomas: Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña y Madrid, con el objetivo de revisar en qué territorios se advierte un mayor aumento de la desigualdad entre hombres y mujeres como consecuencia de la gestión de la pandemia.

2. Marco teórico

2.1. Desigualdades sociales en salud

Desde hace décadas, el estudio de las inequidades sociales en salud constituye un importante campo de estudio en el ámbito de la salud pública. Multitud de estudios han ido mostrando la correlación existente entre la desigualdad social y el grado de bienestar, salud y seguridad de una determinada sociedad (Benach et al., 2015; Babones, 2009). Del mismo modo, diversos autores han señalado que los sistemas del bienestar y las políticas en materia social modifican el impacto de la situación socioeconómica en la salud, de modo que son importantes determinantes macro-sociales del grado de salud de una sociedad dada (Dreger, Gerlinger y Bolte, 2016; Benach et al., 2015). Se trata, por tanto, de una relación bidireccional: la reducción de las desigualdades sociales y materiales mejora el estado de salud de una sociedad y, al mismo tiempo, la inversión en salud pública y la garantía del acceso universal a los servicios de salud reducen las desigualdades sociales.

A la hora de examinar las desigualdades sociales en salud, es necesario realizar una aproximación interseccional, que considere las relaciones entre los determinantes sociales en salud en distintos niveles (Dreger, Gerlinger y Bolte, 2016). En este sentido, cuando se realiza una aproximación social a los problemas de salud, es necesario considerar variables como la clase social, el sexo, el riesgo de sufrir pobreza, el medio ambiente, la exposición a sustancias tóxicas y la distribución gubernamental de los servicios sociales (Valls-Llobet, 2000), todo ello desde una perspectiva integral, a partir de la cual se pueda analizar la discriminación múltiple y la especial vulnerabilidad de las mujeres que pertenecen a grupos de riesgo por su condición socioeconómica, nacionalidad, minoría étnica o patologías incapacitantes, entre otras causas.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (en adelante OCDE), en un estudio realizado en 2019 en el que compara 33 países, señala tres medidas principales para realizar el *análisis de componente* principal (PCA, por sus siglas en inglés), un indicador utilizado para analizar el grado de desigualdades sociales en salud en un país determinado. Estas tres medidas son: estado de salud auto-percibido, limitaciones en la actividad diaria y enfermedades crónicas (OCDE Health Policy Studies, 2019, p. 71). Según este análisis, España se sitúa en un nivel intermedio de desigualdades, lo que significa que hay una diferencia moderada en el estado de salud entre grupos sociales con distinto perfil socioeconómico y con distinto nivel de estudios. Sin embargo, el mismo informe señala que en España hay un alto grado de desigualdad en el uso de los servicios de salud (visitas con especialistas, hospitalizaciones, dentista, etc.) entre la población con mayor ingresos y la población con menores ingresos (OCDE Health Policy Studies, 2019, p. 111). De esta información podemos inferir que, si bien España cuenta con un estado del bienestar que reduce las desigualdades sociales y repercute positivamente en el estado de salud de la población, siguen existiendo desigualdades en el acceso y uso de los servicios sanitarios, de modo que la población con menos recursos queda en una situación más desfavorecida.

En línea con ello, según el Informe FOESSA del año 2019, las desigualdades sociales han aumentado en España en la última década y se ha advertido que son las personas más jóvenes quienes presentan tasas de exclusión más altas (tasa de 23,3 las personas menores de 18 años frente a la tasa de 11,4 de las mayores de 65) (Fundación FOESSA, 2019, p. 217). A su vez, en todos los grupos, son las mujeres quienes se encuentran en peor situación que los varones; a este respecto, se advierte que la desigualdad y el riesgo de exclusión aumentó como consecuencia de la crisis de 2008 y que, en el caso de los hombres, se habría reducido desde 2013, mientras que, en el caso

de las mujeres, habría seguido en aumento (Fundación FOESSA, 2019, p. 219). Según datos del Instituto de las Mujeres, elaborados a partir de estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, la tasa de pobreza de las mujeres es superior a la de los hombres en todos los tramos de edad, aunque la brecha es más alta en el tramo de menores de 16 años y de entre 16 y 29 (Instituto de las Mujeres, 2021).

Igualmente, según otro estudio realizado en el año 2016, en el que se compara el grado de bienestar subjetivo de hombres y mujeres en 26 países europeos, en España los hombres reportan un grado de bienestar subjetivo cuatro puntos por encima de las mujeres (Dreger, Gerlinger y Bolte, 2016). De todos los países analizados, solamente en seis la brecha de bienestar subjetivo entre hombres y mujeres es mayor a cuatro puntos: Bulgaria (9,6 puntos), Rumanía (8,5 puntos), Países Bajos, (7,1 puntos), Irlanda, (5,6 puntos), Reino Unido, (5,1 puntos), y Francia (4,7 puntos) (Dreger, Gerlinger, y Bolte, 2016). El mismo estudio muestra una brecha de 16 puntos en la tasa de empleo entre hombres y mujeres (Dreger, Gerlinger y Bolte, 2016). A este respecto, cabe señalar que la relación entre estas dos variables (tasa de empleo y grado de salud), ha sido bastante documentada en varias investigaciones (OECD Health Policy Studies, 2019; Benach et al., 2015) y los resultados muestran que, a mayor grado de precariedad laboral, peor estado de salud.

En conjunto, los estudios muestran que, cuando en una sociedad las desigualdades sociales en salud son altas, cabe presumir que las desigualdades entre hombres y mujeres en salud también serán altas, siendo las mujeres siempre las más perjudicadas (Fundación FOESSA, 2019). Por ello, como han venido señalando distintas autoras, es necesario contemplar las variables de sexo y género (en tanto que realidad biológica y realidad social que diferencian a hombres y mujeres) en los diseños de investigación (Valls-Llobet, 2000; Ruiz Cantero, 2021). De acuerdo con la doctora Carme Valls-

Llobet, en las investigaciones en salud, es fundamental tener en cuenta el sexo de las personas, en tanto que la biología presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres, tales como *“la fisiología de varones y hembras en el funcionamiento molecular y celular o en la respuesta a mecanismos epigenéticos”* (Valls-Llobet, 2020, p. 171). Del mismo modo, es fundamental tener en cuenta también lo que podemos entender como género y que ella define como *“las diferencias impuestas por los estereotipos de género, como las normas estereotipadas, impuestas o adoptadas, o las conductas, identidades y expectativas sesgadas”* (Valls-Llobet, 2020, p. 171). Ambas variables intervienen en distintos niveles, generando diferencias significativas en la salud de hombres y mujeres.

Dentro de las investigaciones en las desigualdades sociales y los determinantes sociales en salud, se utilizan distintos indicadores; según un estudio sistemático realizado recientemente (Albert-Ballestar y García-Altés, 2021), los indicadores más utilizados tienen que ver con la mortalidad, las condiciones de vida y trabajo (empleo y nivel socioeconómico), y con distintos hábitos de vida y consumo (consumo alcohol, tabaco, actividad física). En este sentido, además de la esperanza de vida, uno de los indicadores más utilizados habitualmente para evaluar el estado de salud es el estado de salud auto-percibido; algunos autores han mostrado la importancia de combinar este indicador con otras variables para obtener resultados más precisos y sensibles a las desigualdades entre hombres y mujeres (Gumà, Arpino, y Solé-Auró, 2019; Pinillos-Franco y Somarriba, 2018; Benach et al., 2015). Así, diversos estudios contemplan variables como el sexo o la clase social con especial relevancia (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). Instrumentos como Health Index 2020, además de variables referidas al ámbito de salud (consumo de tabaco, alcohol, sobrepeso), contemplan variables como el desempleo o la escolarización. Este tipo de indicadores

revelan que países donde se han aplicado duras políticas de austeridad, como España o Grecia, tienen más dificultades para lograr objetivos de salud en relación a la Agenda 2030 (Zuidberg, Shriwise, de Boer y Johansen, 2020). En la misma línea, otras autoras señalan que en los países del sur de Europa las mujeres tienden a reportar un peor estado de salud que los varones (Arpino, Pasqualini, Bordone y Solé-Auró, 2021; Pinillos-Franco y Somarriba, 2018). Otros autores están desarrollando actualmente instrumentos que permitan una aproximación más precisa a las consecuencias de la presente crisis en la salud mental de la población (Arpino, Pasqualini, Bordone y Solé-Auró, 2020).

2.2. El derecho a la salud como una reivindicación feminista

Son ya numerosas las autoras que han puesto de relieve el carácter político de la salud, en tanto que las condiciones de salud de las mujeres están determinadas por condiciones estructurales, materiales y simbólicas, delimitadas por el patriarcado. De este modo, la preocupación por la salud de las mujeres es una dimensión fundamental en el seno del feminismo y un punto muy relevante en la agenda feminista (Nogueiras García, 2018). En este sentido, uno de los focos fundamentales de esta demanda feminista es la crítica al sesgo androcéntrico que predomina en todo este ámbito: desde la formación de los profesionales, hasta la investigación o la práctica clínica. Pese a que ésta lleva siendo una demanda de hace tiempo en la agenda feminista, multitud de análisis clínicos no incluyen mujeres y, a menudo, los análisis en ciencias de la salud no se desagregan por sexo, lo que contribuye a seguir invisibilizando a las mujeres (Valls-Llobet, 2020). De hecho, con datos de la pandemia de COVID-19, la mayor parte de los análisis siguen sin desagregar la variable sexo, como han señalado ya algunos estudios (Martín, Bacigalupe y Jiménez Carrillo, 2021). Recientemente, una epidemióloga española, María Teresa Ruiz Cantero, que lleva años aplicando la perspectiva de género en la salud, ha puesto de relieve el sesgo de género en los diagnósticos de COVID-19,

ya que la enfermedad no afecta igual a hombres y a mujeres y, debido al androcentrismo de la ciencia, los síntomas en ellas suelen derivar en un diagnóstico equivocado. Esta doctora ha iniciado una campaña para que las instituciones sanitarias españolas desagreguen los datos por sexo, para poder investigar adecuadamente los síntomas diferenciales de la enfermedad, los tratamientos y las vacunas en hombres y en mujeres (Canela, 2021).

Resulta importante detallar los resultados de las investigaciones por sexo, entre otras cosas, porque muchas enfermedades tienen prevalencias diferentes en función del sexo, especialmente las enfermedades autoinmunes, endocrinas y los problemas relacionados con el dolor crónico (Valls-Llobet, 2000). Del mismo modo, la literatura científica ha mostrado reiteradamente que ser mujer es un factor de riesgo a la hora de sufrir problemas de salud mental (Bacigalupe, Cabezas, Baza Bueno y Martín, 2020; Cambois, Solé-Auró y Robine, 2019; Aránguez, 2018). Por ello, Carme Valls-Llobet, un claro referente en las demandas feministas dentro del ámbito de la salud en España, lleva décadas apostando por el desarrollo de una ciencia de la morbilidad femenina diferencial, con el fin de *“erradicar una cultura del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, condenando a las mujeres a la resignación y a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor”* (Valls-Llobet, 2020, p. 246). La escasa investigación sobre enfermedades como la endometriosis o el síndrome del ovario poliquístico -que afectan exclusivamente a las mujeres-, la sobre-medicación de las mujeres con problemas de salud mental en comparación con los hombres con las mismas dificultades, o el poco conocimiento de los síntomas diferenciales entre hombres y mujeres en diversas patologías, son ejemplos de que las ciencias de la salud construyen su conocimiento

tomando a los hombres -y su biología- como referencia, invisibilizando la diferencia sexual y, por tanto, las particularidades de las mujeres (Valls-Llobet, 2020).

Por otro lado, autoras como Tasia Aránguez (Aránguez, 2018) señalan que la súper-especialización de la medicina propia de los sistemas de salud modernos y occidentales, donde cada profesional atiende una parte del cuerpo desconociendo el tratamiento e implicación en otras áreas, repercute de manera negativa en la atención a las enfermedades con base endocrina, que afectan al conjunto del organismo, y que tienen mayor prevalencia en las mujeres por factores de sexo (biología y fisiología) y de género (roles sociales). Además, varias enfermedades cuyo síntoma fundamental es el dolor crónico y que afectan fundamentalmente a las mujeres (como la fibromialgia y la endometriosis) no están recogidas en el Real Decreto 1971/1999 y, por tanto, no suelen ser tenidas en cuenta como factores de incapacidad en los procesos judiciales. Esto se traduce, en la práctica, en una gran discriminación hacia las mujeres que padecen dichas enfermedades, que se ven desprotegidas por el Estado, obligadas a seguir trabajando o dependiendo económicamente de otras personas de su entorno y, además, invisibilizadas en una situación de fuerte padecimiento (Aránguez, 2018). Por ello, el factor sexo hay que analizarlo en relación a otras variables y factores de riesgo, como el nivel socioeconómico o la edad, dado que, todos ellos dan lugar a una mayor vulnerabilidad (Solé-Auró y Alcañiz, 2016).

Volviendo a la propuesta de la ciencia de la morbilidad diferencial de Carme Valls-Llobet, cabe señalar que esto implica un giro en la forma de concebir la salud por parte de la sociedad occidental. En oposición a la súper-especialización del sistema, la autora concibe la salud como una dimensión bio-psico-social y política y, desde un modelo de atributos ambientales, sitúa en el primer plano de su análisis las condiciones materiales de vida de las mujeres y cómo éstas influyen en sus problemas de salud. Así, refiere que

las mujeres se ven afectadas por una distribución desigual en los cuidados en la esfera doméstica, que repercute en sus posibilidades de emancipación económica, de modo que se ven diferencialmente más afectadas por la pobreza que los hombres (Valls-Llobet, 2020). Además, debido a la posición social de las mujeres y a la feminización de ciertos sectores laborales (ej. limpieza y cuidados), se ven más expuestas a distintas sustancias contaminantes del ambiente, que repercuten en su estado de salud y que no están lo suficientemente investigadas (Valls-Llobet, 2000). Igualmente, cargar con el peso de los cuidados tiene un impacto muy alto en la salud mental de las mujeres, y solo es posible que ellas asuman estas tareas gracias a un tipo de socialización que las lleva a construir su subjetividad en función de un otro, lo que da lugar a sentimientos de culpa frecuentes por no satisfacer el deseo de perfección impuesto (Valls-Llobet, 2020).

En el ámbito de la salud mental, según la última Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017), las mujeres presentan problemas de salud mental con el doble de frecuencia que los varones (siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos). Según datos de esta encuesta, el porcentaje de adultos con riesgo de mala salud mental es siempre mayor en las mujeres que en los hombres. En Andalucía, por ejemplo, en el año 2017 había un 33% de mujeres con riesgo de mala salud mental frente a un 19,7% de hombres; en Cataluña el porcentaje para ellas es de 20,8% y para ellos de 11,6% (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017, p. 17). No obstante, esto no se traduce en mayor y mejor acceso de las mujeres a los servicios de salud mental, sino en un mayor consumo de psicofármacos, en tanto que los problemas de salud mental tienden a gestionarse en los servicios de salud desde la medicalización (Valls-Llobet, 2020). De hecho, está documentado que las mujeres consumen psicofármacos en mayor medida que los hombres -tanto con receta médica como sin ella- (Valls-Llobet, 2020), algo que

también se ha constatado en recientes estudios con población joven (Megías, Rodríguez, Ballesteros, Sanmartín y Calderón, 2021).

2.3. Breve apunte sobre el Sistema Nacional de Salud y la desigualdad territorial

El derecho a la salud está recogido de manera general en España en el artículo 43 de la Constitución de 1978 y los principios sustantivos por los que se rige este derecho y que permiten el acceso a la salud en nuestro país están recogidos en la Ley 14/1986, General de Sanidad. De entre los principios rectores del Sistema Nacional de Salud, cabe señalar la cobertura (universal), la financiación (pública, de modo que el acceso es gratuito) y la descentralización (es decir, el traspaso de las competencias a las Comunidades Autónomas) (Capítulo I Ley 14/1986).

De esta forma, el Estado central conserva ciertas competencias en materia de sanidad, relacionadas con la coordinación general del sistema, la política de los medicamentos y la sanidad exterior: acuerdos sanitarios internacionales, investigación internacional, control epidemiológico, colaboración en normativas internacionales, etc. Por su parte, las autonomías se encargan de la planificación sanitaria, la gestión de los servicios de salud y las políticas de salud pública. Ambas estructuras conforman el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Finalmente, las administraciones locales tienen también algunas competencias, en cuanto a la colaboración en la gestión de los servicios públicos y en cuanto a las políticas de salubridad e higiene.

Si bien el traspaso de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas tiene el fin de aproximar la asistencia sanitaria a la ciudadanía, haciendo de éste un servicio más accesible y cercano y, pese a que existen unos principios rectores de la política sanitaria (acceso universal, calidad y participación ciudadana), este modelo tiene también varias contrapartidas. Por un lado, se traduce, en la práctica, en

grandes diferencias entre territorios gestionados, a su vez, por distintos gobiernos, lo que puede significar que una persona tenga acceso garantizado a un servicio en una Comunidad Autónoma, pero no en otra, como pasa con el acceso al aborto (Waisman, 2020). Por otro lado, la descentralización de la salud significa que prima la atención primaria sobre los servicios especializados, que habitualmente tienen una cobertura más restringida, precisamente por su especificidad.

Por otra parte, en España existen diversas normativas vigentes orientadas a erradicar las desigualdades entre hombres y mujeres en diversos ámbitos, entre ellos el ámbito de la salud, desde el concepto de transversalidad en las políticas públicas (*mainstreaming*). Entre estas normativas, cabe destacar la Ley Orgánica de Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres, que plantea, en el artículo 27, la integración del principio de igualdad en las políticas de salud, y la Plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (Beijing, 1995) que, en el artículo 4, hace referencia al concepto de *mainstreaming* o transversalidad y señala que una misma política puede afectar de forma diferente a hombres y mujeres, generando discriminación. Todas estas normas tienen el fin de reducir la desigualdad de género en el ámbito de la salud en nuestro país.

Finalmente, cabe señalar que la desigualdad territorial en materia de sanidad es un reflejo de la desigualdad a nivel generalizado en todo el país. En la gestión de la pandemia, el traspaso de competencias a las comunidades se ha traducido en estrategias muy distintas desde el otoño de 2020. La Comunidad de Madrid, por ejemplo, se ha caracterizado por su enfrentamiento al gobierno central y el rechazo a las restricciones de movilidad. Según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, esta es la comunidad con la tasa más alta de muertes por COVID-19 en relación al total de su población y también con la tasa de contagios más alta del país (Ministerio de Sanidad,

2021). Asturias, por su parte, ha seguido una política más estricta en cuanto a las restricciones, el rastreo de los contagios y la vacunación, lo que ha dado como resultado un número de contagios mucho más bajo. Del mismo modo, se pueden apreciar diferencias considerables en el gasto público en salud por habitante entre comunidades. Por ejemplo, según datos del 2018 (Ministerio de Sanidad, 2018), mientras que Asturias gastó 1.683 euros en salud por habitante y Canarias 1.530, Madrid gastó solamente 1.289. Lo anterior resulta aún más llamativo teniendo en cuenta que la Comunidad de Madrid es la que tiene el PIB *pér cápita* más alto de las autonomías, mientras que Asturias y Canarias se encuentran dentro de las 7 más pobres.

Del mismo modo, en cuanto a las desigualdades sociales, según el Informe FOESSA del año 2019, Canarias es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de población en riesgo de exclusión (15,7% en riesgo de exclusión severa y 13,3% en riesgo de exclusión moderada) (Fundación FOESSA, 2019, p. 214). Asturias, por su parte, aunque es una comunidad con un PIB bajo, es la tercera con menor porcentaje de su población en riesgo de exclusión social (6,2% en exclusión severa y 8,2% en exclusión moderada), solo por detrás de La Rioja y Cantabria, lo que significa que la desigualdad social es menor en este territorio. Cataluña y Andalucía presentan porcentajes bastante similares (ambas tienen aproximadamente un 19% de población en riesgo de exclusión, severa o moderada) y se sitúan ligeramente por encima de la media española (18,4%), mientras que Madrid se encuentra ligeramente por debajo de la media, con un 16,1% de personas en riesgo de exclusión (Fundación FOESSA, 2019, p. 214). Los resultados de este informe apuntan a que sigue existiendo una estrecha relación entre salud y exclusión social (Fundación FOESSA, 2019, p. 216).

2.4. Consecuencias de la crisis COVID para la situación de las mujeres

2.4.1. Ámbito laboral

Pasado ya más de un año desde el inicio de la pandemia, aunque no tengamos todavía la distancia suficiente para conocer y analizar las consecuencias a medio y largo plazo de la enfermedad y de las estrategias que se han tomado para afrontarla, sí conocemos algunos datos relativos a la realidad del presente. En este sentido, podemos mirar distintos indicadores para conocer la situación actual de las mujeres en materia económica, de empleo y protección social, con el fin de tener una primera aproximación a su situación.

Así, según la Encuesta de Población Activa correspondiente al último trimestre de 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2021), podemos observar que las consecuencias de la crisis en materia de empleo se concentran, fundamentalmente, en las mujeres y en la población joven, lo que refleja que los sectores más afectados por la crisis y las restricciones asociadas a la pandemia son sectores precarizados y feminizados: servicios, turismo, sanidad y dependencia. La tasa de empleo¹ ha descendido drásticamente desde el segundo trimestre de 2020, especialmente en el sector privado y, aunque en el último trimestre del año ha subido ligeramente, estamos actualmente lejos de recuperar los niveles de acceso al empleo y abandono de las tareas domésticas por parte de las mujeres del año 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2021). La misma encuesta también señala que han aumentado las horas extraordinarias sin remuneración un 6,3%, algo que no es de extrañar teniendo en cuenta que, en situaciones de crisis, las personas están más desesperadas y tienen menos herramientas para negociar mejores condiciones laborales.

¹ Según la definición del Instituto Nacional de Estadística, la tasa de empleo es el cociente entre el total de ocupados y la población de 16 y más años.

En la última versión de esta encuesta, correspondiente al primer trimestre de 2021 (Instituto Nacional de estadística, 2021), podemos apreciar que la tasa de paro² es notablemente mayor en las mujeres que en los hombres en todas las comunidades autónomas. A este respecto, encontramos diferencias significativas entre autonomías: mientras que en Madrid, Cataluña o Asturias hay menos de tres puntos de diferencia entre el paro masculino y el femenino (12,7 frente a 14,4 en Madrid, 12,8 frente a 15 en Cataluña y 12,8 frente a 12,2 en Asturias), en Andalucía encontramos una diferencia de siete puntos: 19 frente a 27,7. En Canarias, aunque la diferencia entre el paro femenino y el masculino es de unos 4 puntos (23,3 ellos y 27,7 ellas), se aprecia una tasa de paro significativamente más alta que en otras autonomías, lo que podría estar relacionado con la especial dependencia de este territorio del sector turístico.

Por otro lado, según datos entregados por el Ministro de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en diciembre de 2020 (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2020), unas 460.000 personas (160.000 hogares) habrían recibido el Ingreso Mínimo Vital hasta esa fecha. Según la misma fuente, se habrían recibido más de un millón de solicitudes, de las cuales habría sido tramitadas unas 800.000. Pese a que reiterados medios de comunicación se han hecho eco de las quejas ciudadanas en cuanto a la demora en la entrega de esta prestación, especialmente durante los primeros meses, cabe señalar, en el lado positivo, la revisión de los requisitos para la mejor inclusión de las familias monoparentales (compuestas fundamentalmente por madres solteras con un alto nivel de precariedad) y la inclusión de mujeres víctimas de violencia de género.

Finalmente, conviene señalar que, pese al gran impacto de la pandemia en el sector sanitario, y los efectos que ello conlleva en la salud de los y las trabajadoras -que son la

² Según la definición del Instituto Nacional de Estadística, la tasa de paro es cociente entre el número de parados y el de activos. Esta tasa siempre se calcula para ambos sexos y para cada uno de ellos por separado.

mayoría del sector- no se han puesto en marcha medidas para mejorar las condiciones laborales de estas profesionales. Por el contrario, en la Comunidad de Madrid, por ejemplo, hay actualmente en marcha un plan para cerrar más de 40 centros de salud, debido a la pandemia se suma a las dificultades previas ya estructurales de la sanidad pública madrileña (Valdés, 2021).

2.4.2. Violencia machista

Por otra parte, recientes estudios también apuntan a que la crisis generada por la pandemia en distintos países del mundo ha recrudecido la situación de las mujeres y que ha aumentado los factores de riesgo en relación a la violencia machista (Hawie Lora, 2020). De hecho, la ONU ha denominado a este fenómeno “*la pandemia en la sombra*” (Mateos Casado, 2021).

Según la misma ONU, algunos factores que han potenciado el aumento de la violencia desde el inicio de la pandemia son “*preocupaciones económicas, sanitarias y de seguridad, condiciones de vida limitadas, aislamiento con los maltratadores, restricciones de movimiento, o espacios públicos desocupados*” (en Mateos Casado, 2021, p. 108). En España, por ejemplo, las llamadas al 016 aumentaron durante el confinamiento de la primera ola en 2020 un 10,5% respecto al mes de marzo de 2019 (Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020). Sin embargo, esto no se ha traducido en un aumento de las denuncias; según datos del Ministerio del Interior, desde el inicio del confinamiento y hasta el mes de mayo de 2020, las denuncias se habrían reducido un 40% (Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020). Lo anterior puede significar que, aunque en la situación de confinamiento y aislamiento las mujeres se ven atrapadas y reclaman ayuda, no tienen después la certeza de tener independencia (material y emocional) respecto de sus maltratadores, por lo que no quieren dar el paso de denunciar y terminar dicha relación. De hecho, algunos autores han apuntado a un posible repunte de la

violencia de género a partir de 2021, debido a la percepción de pérdida de control del agresor (Lorente, 2020). Tristemente, con el tiempo se ha confirmado dicho pronóstico. Según las cifras del Ministerio de Igualdad, entre el 1 de enero y el 16 de junio de 2021 han sido asesinadas por sus parejas 40 mujeres en España; de éstas, el 45% han sido asesinadas desde que terminó el estado de alarma el 9 de mayo.

Durante la primera ola de la pandemia, ante la situación de confinamiento y el posible aumento de la violencia, el gobierno central en España puso en marcha el Plan de Contingencia contra la violencia de género ante la crisis del coronavirus y el Real Decreto-Ley 12/2020, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. El Plan de Contingencia incluye, para el caso de las mujeres víctimas de violencia machista, la declaración de los servicios de asistencia a las víctimas como esenciales, para que permaneciesen operativos durante el confinamiento estricto, y campañas de sensibilización y guías de atención a mujeres víctimas de violencia. El Real Decreto-Ley de medidas urgentes, por su parte, también contiene medidas relacionadas con el funcionamiento de los servicios de atención a las víctimas y las campañas de sensibilización, y también establece algunas medidas para facilitar la ejecución, por parte de las autonomías, de los fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Autoras que han examinado estas medidas señalan que son insuficientes dado que, sin atender a factores de desigualdad estructurales, como la sobrecarga de tareas reproductivas, el desempleo o la inestabilidad laboral, no se puede prevenir la violencia de género de manera integral (Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020). En definitiva, la conclusión principal que podríamos extraer de la información anterior es que, al aumentar la precariedad socioeconómica, aumenta también la dependencia de las mujeres hacia los hombres y, al intensificarse el aislamiento, se reducen las

posibilidades de salir de dicha relación. No sirven entonces medidas parciales y aisladas que no atiendan a situación de desigualdad estructural de las mujeres y que no pongan en el centro el desequilibrio entre sexos en cuanto al trabajo reproductivo y de cuidados, que es una variable que frecuentemente retiene a las mujeres junto a sus agresores.

Por otra parte, es muy preocupante la forma en que la pandemia ha afectado a la población joven; una investigación reciente sobre la vivencia de la pandemia por parte de la juventud en España, ha revelado que las experiencias de acoso y violencia dentro de la pareja se han agravado durante la pandemia, aumentándose las conductas de control de la actividad (25,7%), el control del móvil (24,2%) y control de las personas con las que se relaciona la pareja (16,1%) (Megías, Rodríguez, Ballesteros, Sanmartín y Calderón, 2021, p. 10). De hecho, el mismo estudio señala que un 15,6% de las mujeres encuestadas (de entre 15 y 29 años) han sentido miedo en sus relaciones de pareja y que el 14,4% ha sido obligada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento (Megías, Rodríguez, Ballesteros, Sanmartín y Calderón, 2021, p. 47). Un dato interesante de la mencionada investigación es que los hombres puntúan más alto en las preguntas relacionadas con sentimientos de soledad e insatisfacción, especialmente en sus relaciones interpersonales, mientras que las mujeres se muestran más satisfechas con sus vidas, aunque refieren sentirse más presionadas y menos libres, precisamente por ser mujeres (Megías, Rodríguez, Ballesteros, Sanmartín y Calderón, 2021). Dichas auto-percepciones pueden ser un factor relevante que esté a la base del incremento de situaciones de violencia entre la población joven: mientras que ellas son más conscientes de las dificultades que les esperan y han aprendido a poner límites, ellos no han aprendido a tolerar el rechazo y la frustración, y tampoco quieren ver mermados sus privilegios como varones, por lo que reaccionan con más violencia ante la sensación de impotencia y pérdida de control.

Todo ello nos indica que, si las mujeres ya estaban en una situación socioeconómica precaria y con altos índices de riesgo en cuanto a la violencia machista, la situación se ha empeorado en el último año, especialmente para las mujeres más jóvenes.

2.4.3. Salud mental

Todas las circunstancias anteriormente mencionadas (violencia de género, desigualdad en el ámbito laboral, desequilibrio en el reparto del trabajo reproductivo) tienen, inevitablemente, un impacto en la salud mental de las mujeres. De este modo, recientes estudios señalan que la crisis económica y social producida por la pandemia de COVID-19 también está teniendo una huella particular en la salud mental de la población, con especial impacto en las mujeres (Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell, 2020).

Así, un reciente estudio de la Universidad Complutense de Madrid ha encontrado que en la fase de confinamiento estricto uno de cada cinco españoles sufrió síntomas significativos de depresión, ansiedad y/o estrés postraumático, con mayor prevalencia en mujeres que en varones, así como en personas jóvenes (Valiente et al., 2020). También, una encuesta reciente del Centro de Investigaciones Sociológicas señala que un tercio de las personas encuestadas ha sufrido problemas emocionales asociados a la situación de confinamiento y restricciones de movilidad (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2020). Otra encuesta reciente, realizada también por el CIS, señala que un 16% de las personas encuestadas han sufrido al menos un ataque de ansiedad desde que comenzó la pandemia, mientras que aproximadamente un 20% refiere haberse sentido con frecuencia muy triste o deprimido/a (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2021). La literatura científica muestra de forma clara que la presente crisis tiene una evidente huella en la salud mental de la población, aunque las problemáticas tengan distinta

prevalencia en función de la edad, el sexo u otras variables (Liu et al., 2021; Arpino, Pasqualini, Bordone y Solé-Auró, 2021). Los resultados apuntan también a la comorbilidad entre distintas problemáticas de salud mental y a la mayor vulnerabilidad de las personas que ya contaban con un diagnóstico previo (Megalakaki et al., 2021; Ravaldi, Ricca, Wilson, Homer, & Vannacci, 2020). Los trastornos en los que se ha observado mayor aumento de la prevalencia en la población adulta son la depresión, ansiedad, el estrés postraumático y los problemas de adicción (Schmits y Glowacz, 2021; Arpino, Pasqualini, Bordone y Solé-Auró, 2020; Cherikh et al., 2020).

Igualmente, cabe hacer mención al teletrabajo como factor de riesgo en la salud mental. Aunque el teletrabajo es una buena alternativa al trabajo presencial en condiciones de confinamiento, tiene un efecto importante en la salud mental. Estudios previos muestran que este efecto negativo del teletrabajo se relaciona con el incremento de estrés y con emociones como la soledad, la culpa, la preocupación y la irritabilidad (Mann y Holdsworth, 2003). Otros estudios recientes han confirmado esta evidencia (Escudero-Castillo, Mato-Díaz, y Rodríguez-Álvarez, 2021).

Resulta también alarmante el especial impacto que tiene la pandemia en la infancia y la adolescencia. Según datos recientes de la Asociación Española de Pediatría, en el último año ha aumentado la prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, de riesgo de suicidio y de episodios ansiosos y depresivos en los menores, con un crecimiento especialmente alto en las niñas (Rubio, 2021). Como factores de riesgo, señalan el aislamiento respecto de sus pares, el contexto de alta presión e incertidumbre y, sobre todo, la sobre-exposición a redes sociales, lo que tiene una alta correlación con el desarrollo de problemas relativos a la imagen corporal (Rubio, 2021). Otros investigadores también apuntan a que la preocupación de los y las jóvenes por la imagen que proyectan a las demás personas se ha incrementado durante la pandemia, y que las

diferencias entre hombres y mujeres en esta preocupación son de hasta 20 puntos (Megías, Rodríguez, Ballesteros, Sanmartín y Calderón, 2021). Del mismo modo, desde la Asociación Española de Pediatría alertan de que, en los próximos años, este fenómeno se intensifique y se convierta en “la nueva pandemia”, si la sociedad no toma medidas y condena a toda una generación a problemas de salud mental por las condiciones de inestabilidad y precariedad vital (Rubio, 2021).

Estos datos ponen de relieve la difícil situación que atraviesa la juventud en nuestro país y son un indicador de la tendencia futura si no se ponen en marcha medidas estructurales: aumento de las desigualdades sociales y de género y aumento de los problemas de salud mental. Por todo ello, resulta necesario analizar el impacto en el ámbito de la salud pública que está teniendo la crisis generada por la pandemia de COVID-19, con especial atención a las consecuencias que tendrá esta crisis para las mujeres. Atendiendo al modelo de autonomías español, se ha realizado una comparación de indicadores de cinco autonomías de diferentes partes del país: Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña y Madrid.

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivo principal

Explorar cómo las desigualdades de género se han acentuado a partir de la gestión de la pandemia de COVID-19, atendiendo a indicadores de salud mental y de desempleo.

Hipótesis: las desigualdades de género, según indicadores de salud mental y de desempleo, se han incrementado en el último año como consecuencia de la gestión de la pandemia de COVID-19, especialmente en aquellas comunidades autónomas donde la desigualdad ya era alta antes de la pandemia.

3.2. Objetivos específicos

- I. Explorar el aumento de las desigualdades de género en la salud mental como consecuencia de la crisis del COVID-19 dentro de cada Comunidad Autónoma.
 - Pregunta de investigación: ¿la crisis del COVID-19 tiene consecuencias psicológicas diferentes para hombres y mujeres?
 - Hipótesis: los síntomas de ansiedad y depresión habrán aumentado como consecuencia de la pandemia de COVID-19, con mayor incidencia en mujeres que en hombres.
 - Datos: extraídos de la Encuesta de Salud Mental de los/as españoles/as durante la pandemia de COVID-19, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 2021.

- II. Explorar el aumento de las desigualdades de género en el ámbito laboral como consecuencia de la crisis del COVID-19 dentro de cada Comunidad Autónoma.
 - Pregunta de investigación: ¿hombres y mujeres se han visto igual de afectados por el desempleo a raíz de la crisis del COVID-19?
 - Hipótesis: el desempleo habrá aumentado como consecuencia de la crisis del COVID-19, con especial impacto en sectores feminizados (hostelería, turismo y servicios), por lo que el desempleo femenino será mayor que el masculino.
 - Datos: extraídos de la Encuesta de Población Activa del primer trimestre de 2021, realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

- III. Explorar diferencias en los indicadores entre distintas comunidades autónomas.
 - Pregunta de investigación: ¿han aumentado las desigualdades de manera diferente entre comunidades?

- Hipótesis: las desigualdades de género se habrán acentuado en las comunidades donde ya había mayor desigualdad.
- Datos: análisis por comunidades autónomas de los datos de la Encuesta de Salud Mental de los/as españoles/as durante la pandemia de COVID-19 (CIS, 2021) y la Encuesta de Población Activa del primer trimestre de 2021 (INE, 2021).

4. Metodología

4.1. Revisión bibliográfica

En primer lugar, para el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos de la Biblioteca de la Universidad Complutense (Catálogo CISNE) y en la base de datos de Google Scholar. Se utilizaron las siguientes palabras clave: *health inequalities, public health, gender inequalities, COVID-19, health inequalities indicators, Spain, mental health, teleworking, desigualdades, género y teletrabajo*. Se limitaron los resultados de la búsqueda a artículos revisados por especialistas de los últimos 5 años y con acceso abierto.

4.2. Muestra

Para el presente trabajo se van a examinar datos de cinco autonomías: Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña y Madrid. La elección de las autonomías a analizar se ha realizado mediante los siguientes criterios:

- Representatividad demográfica del país: se han escogido las dos autonomías con las ciudades más grandes y más pobladas (Madrid y Barcelona), una región insular (Canarias), una región rural con población más envejecida (Asturias) y una región más heterogénea y con una gran cantidad de población (Andalucía).

- Diferentes resultados en la gestión de la pandemia: se han escogido autonomías que han presentado tasas de mortalidad y contagio diferentes, con el objetivo de indagar la relación de diferentes variables con resultados distintos en los resultados de la gestión de la pandemia.
- Gobiernos de diferentes partidos políticos: las comunidades escogidas están gobernadas por distintos partidos políticos (Madrid y Andalucía por el PP en coalición con Ciudadanos y VOX; Asturias y Canarias por PSOE en coalición con UP; y Cataluña por JxCat y ERC). El objetivo ha sido reflexionar acerca de la influencia de la ideología política en la gestión de la salud pública.

4.3. Bases de datos consultadas

Para el análisis de los datos, se han revisado dos bases de datos, ambas de acceso público. Por un lado, se ha revisado la Encuesta de Salud Mental de los/as Españoles/as Durante la Pandemia de la COVID-19, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 2021. Para este estudio, se realizaron 3.083 entrevistas vía telefónica del 19 al 25 de febrero de 2021 a personas mayores de 18 años y residentes en todo el territorio español, de las cuales 1.566 fueron mujeres y 1.517 hombres. Por otro lado, se ha revisado y analizado la Encuesta de Población Activa del Primer Trimestre de 2021, realizada por el Instituto Nacional de Estadística. La muestra de esta encuesta está compuesta por 142.850 personas, de las cuales 68.838 son hombres y 74.012 son mujeres. Respecto a este instrumento, cabe señalar que hay un importante número de casos no válidos; en concreto 20.766, ya que se trata de personas a las que, por diversos motivos, no se les ha podido aplicar la encuesta completa. Finalmente, se han revisado los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, publicados por el Ministerio de Sanidad, para revisar indicadores relevantes de distintas comunidades autónomas y poder realizar una comparación entre territorios.

4.4. Variables de análisis

En todos los casos, las variables independientes del análisis han sido la variable “Sexo”, variable categórica dicotómica, con las categorías “hombre” o “varón” (según la base de datos) y “mujer”, y la variable “Comunidad Autónoma”, variable categórica, dentro de la cual, para el presente análisis, se han seleccionado solamente las categorías “Andalucía”, “Asturias”, “Canarias”, “Cataluña” y “Madrid”.

Las variables dependientes se han seleccionado en función del objetivo de investigación. Para trabajar sobre el primer objetivo y responder a la pregunta de si los síntomas de ansiedad y depresión han aumentado como consecuencia de la pandemia y si ese aumento presenta diferencias por sexo, se han operativizado cuatro variables, todas ellas extraídas de preguntas de la Encuesta de Salud Mental de los/as españoles/as durante la pandemia de COVID-19 (CIS, 2021). En primer lugar, se ha operativizado la variable “Ansiedad” a partir de la pregunta 10 de la encuesta (“Incidencia de ataques de ansiedad desde el inicio de la pandemia”). Seguidamente, se ha operativizado la variable “Síntomas depresivos” a partir de la pregunta 11.2 de la misma encuesta, que indaga cuántas veces la persona entrevistada se ha sentido “Muy triste o deprimida” desde el inicio de la pandemia. Bien es cierto que la depresión es un problema complejo y que va más allá de los sentimientos de tristeza; sin embargo, para el presente trabajo, y con el objetivo de simplificar el análisis, la variable se construirá a partir de esta pregunta. En tercer lugar, se ha operativizado la variable “Tratamiento”, a partir de las preguntas sobre si la persona entrevistada ha recibido “Tratamiento antes de la pandemia por un problema psicológico” y si ha recibido “Tratamiento desde el inicio de la pandemia por un problema psicológico” (preguntas 26 y 27 de la encuesta, respectivamente). Para finalizar con el primer objetivo, se ha operativizado la variable “Consumo” que, al igual que la anterior, se ha construido a partir de las preguntas 28 y 29 de la encuesta:

“Consumo de medicación para la salud mental antes de la pandemia” y “Consumo de psicofármacos desde el inicio de la pandemia”.

Por otra parte, para responder al segundo objetivo de investigación, relacionado con el impacto del desempleo de manera diferencial entre hombres y mujeres, se han operativizado tres variables, todas ellas extraídas de preguntas de la Encuesta de Población Activa del Primer Trimestre de 2021 (INE, 2021). Así, se ha operativizado la variable “Desempleo” a partir de la pregunta 57 de la encuesta, sobre si la persona ha realizado “Trabajo remunerado la semana de referencia”, es decir, la semana previa a la realización de la encuesta. Además, se ha seleccionado la variable “Búsqueda de empleo”, a partir de la pregunta 131 de la misma encuesta (“¿Ha buscado empleo en las últimas cuatro semanas?”). Finalmente, se ha trabajado sobre la variable “Razones de no búsqueda de empleo”, mediante la pregunta 134 de la misma encuesta (“Razones por las que no busca empleo”). Dentro de esta última variable, se han excluido las categorías “No sabe” y “No contesta”, dado que el número de casos era muy bajo, y se ha realizado el análisis únicamente con las categorías de respuesta: “No hay empleo adecuado disponible”, “Está afectado por una regulación de empleo”, “Por enfermedad o incapacidad propia”, “Responsabilidades de cuidado de hijos u otros familiares”, “Tiene otras responsabilidades familiares o personales”, “Está cursando estudios o recibiendo formación”, “Está jubilado” y “Otras razones”.

Por último, para trabajar sobre el último objetivo, se ha utilizado como variable independiente “Comunidad Autónoma”, aplicándola para segregar los resultados por grupos en todas las demás preguntas. En la discusión sobre el análisis de los datos, se relacionarán estos resultados con los indicadores “Tasa de pobreza” y “Porcentaje de adultos con riesgo de mala salud mental” correspondientes al año 2018 y extraídos de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.

4.5. Método de análisis de datos

Dado que todas las variables que se han analizado son variables categóricas, de tipo nominal, los análisis estadísticos que se han llevado a cabo han sido fundamentalmente tablas de contingencia entre distintas variables, para analizar la relación entre ellas. Para el análisis, se ha utilizado el programa SPSS IBM Statistics. Para realizar el contraste de hipótesis se han revisado los Índices de contingencia entre variables y se han aplicado los test de Chi cuadrado y McNemar (en aquellos casos en que los datos corresponden a dos momentos diferentes para una misma variable). El intervalo de confianza utilizado ha sido de 95% en todos los análisis. Para la toma de decisiones respecto a la hipótesis, se ha tomado como valor de referencia el nivel de significación asintótica, de modo que, en los casos en que este valor es menor a 0,05 (es decir, por debajo del intervalo de confianza) se acepta la hipótesis de investigación.

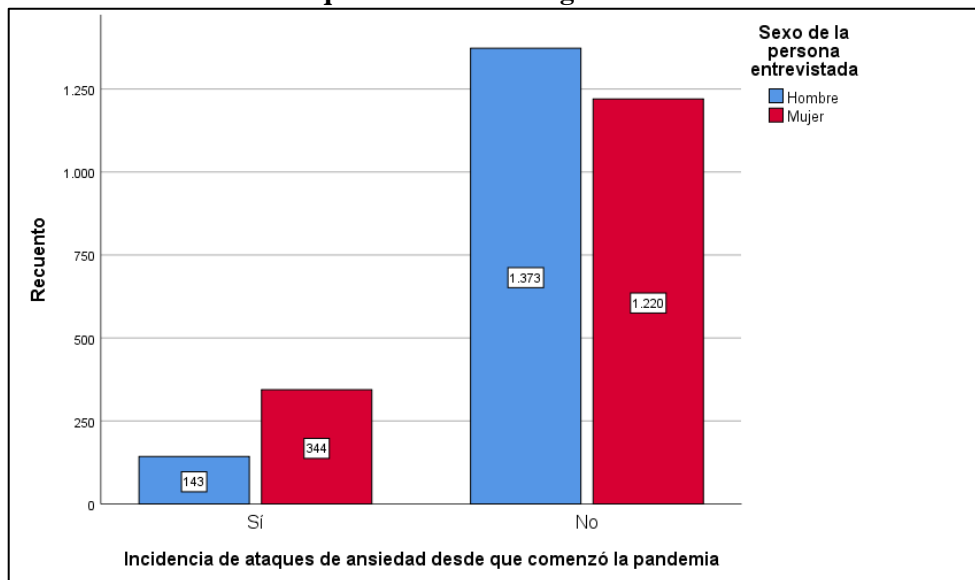
5. Análisis de datos

5.1. Objetivos específicos I y III

A continuación se detallará el análisis estadístico realizado y se ilustrará dicho apartado con algunos gráficos para facilitar la comprensión. Con el fin de facilitar la lectura, todas las tablas y otros gráficos secundarios se adjuntan en el apartado Anexos. Comenzaremos por el análisis de la variable “Ansiedad”, para responder a la primera pregunta de investigación. En este apartado, presentaremos los resultados agrupando los grupos tanto por sexo como por comunidad autónoma, con el fin de responder también a la tercera pregunta de investigación, esto es, si existen diferencias entre comunidades autónomas en las variables analizadas.

Tanto en la Tabla 1³ como en el Gráfico 1, podemos observar que, del total de personas que han tenido un ataque de ansiedad desde el inicio de la pandemia (487), el 70,6% son mujeres. No obstante, la mayor parte de la población consultada (84,1%) no ha sufrido ningún ataque de ansiedad en este período. Dentro de esta sub-muestra, que no ha sufrido problemas de ansiedad, encontramos un reparto más equilibrado entre sexos: los hombres constituyen el 53% y las mujeres el 47%. Si miramos la tabla en relación a la variable sexo, podemos señalar que, del total de 1.566 mujeres consultadas, 344 han sufrido ataques de ansiedad, lo que constituye un 21,9% de este grupo.

Gráfico 1. Incidencia ataques de ansiedad según sexo.



En la Tabla 2 encontramos el análisis con la prueba Chi cuadrado. A partir de esta prueba, podemos señalar que, con el nivel de significación asintótica menor a 0,05⁴ es posible rechazar la hipótesis nula y concluir que sí hay relación entre las variables sexo e incidencia de ataques de ansiedad desde el inicio de la pandemia. Esto significa que, dentro de las personas que han sufrido ataques de ansiedad desde el inicio de la

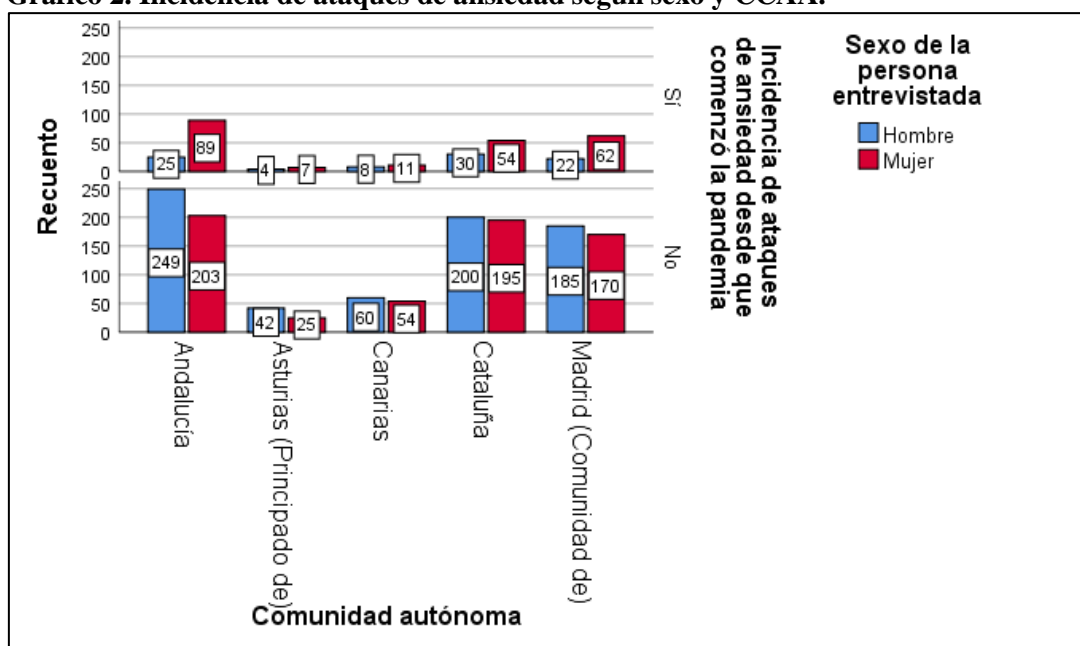
³ Para más información, se sugiere revisar el apartado Anexos (8.1. Tablas).

⁴ Para facilitar la lectura, se señala que el nivel de significación asintótica se encuentra en la última columna de la tabla. Cuando este valor es menor a 0,05, es posible inferir que hay una relación estadísticamente significativa entre las variables de análisis y, por tanto, es posible aceptar la hipótesis de investigación.

pandemia, hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo ellas las que han tenido una mayor incidencia.

Por otra parte, en la Tabla 3 tenemos la relación entre las variables “Ansiedad” y “Comunidad Autónoma”. Podemos apreciar aquí que, del total de personas que han sufrido un ataque de ansiedad desde el inicio de la pandemia (487), el 23,4% viven en Andalucía, mientras que el 34,4% vive entre las comunidades de Madrid y Cataluña (ambas comunidades presentan un 17,2% del total de personas que han sufrido ataques de ansiedad). El porcentaje de incidencia en las comunidades de Asturias y Canarias es mucho menor, lo que puede deberse a la menor cantidad de población encuestada -y residente- en estos territorios. Sin embargo, a partir de la prueba de hipótesis mediante el test de Chi cuadrado (Tabla 4), podemos concluir que sí existe una relación significativa entre ambas variables, es decir, que hay diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de ataques de ansiedad en distintas comunidades autónomas.

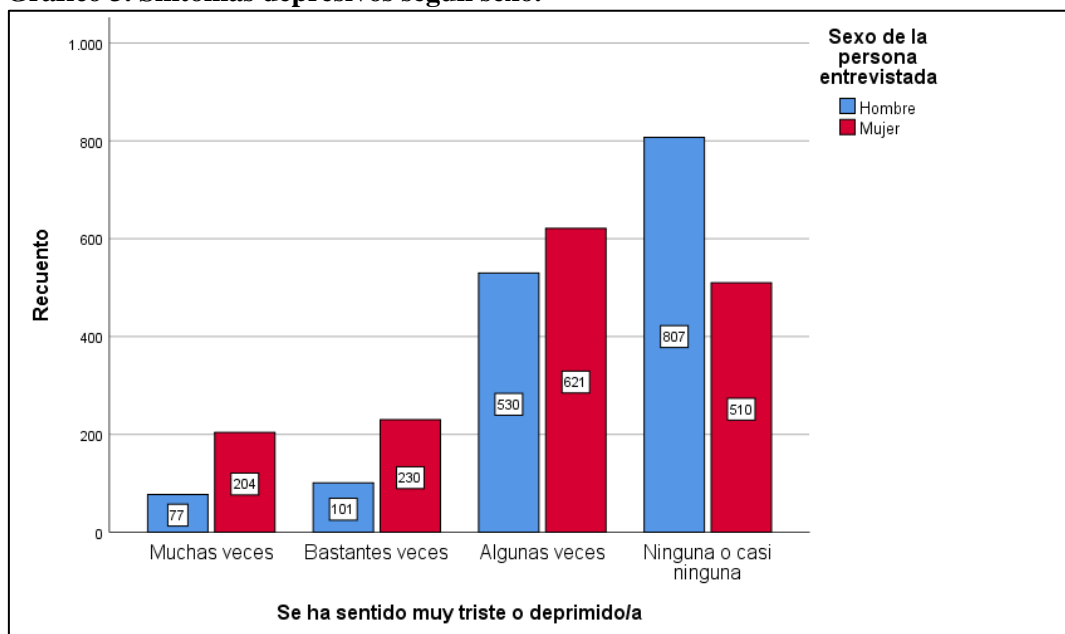
Gráfico 2. Incidencia de ataques de ansiedad según sexo y CCAA.



Finalmente, en el Gráfico 2 hemos añadido la variable sexo al análisis. Así, vemos que, en todas las comunidades, la incidencia de ataques de ansiedad es mayor en el grupo de mujeres que en el de hombres. En Andalucía, por ejemplo, ellas representan el 78% de las personas que han sufrido este problema. En Madrid suponen el 73,8%, en Asturias el 63,6%, en Cataluña el 62,3% y en Canarias el 57,9%.

Por otro lado, respecto a la variable “Depresión”, podemos apreciar en la Tabla 5 la relación entre la pregunta “Se ha sentido muy triste o deprimido/a” y la variable sexo. Así, observamos que, de las 281 personas que han señalado sentirse tristes y deprimidas muchas veces, el 72,6% son mujeres. De aquellas que han manifestado sentirse así bastantes veces el 69,5% son mujeres y de aquellas que han expresado sentirse así algunas veces el 54% son mujeres. En suma, esto significa que el 67,3% de las mujeres (un total de 1.055) han señalado sentirse tristes o deprimidas con una frecuencia relativamente habitual (entre “algunas veces” y “muchas veces”). En el grupo de los hombres, en cambio, encontramos que este porcentaje es menor: de 44,8%, es decir, un total de 681 hombres consultados han manifestado sentirse tristes o deprimidos con una frecuencia igual o mayor a “algunas veces”. El Gráfico 3, que se adjunta a continuación, permite apreciar también las diferencias por sexo en relación a la variable “Depresión”. Podemos apreciar así que, en todos los grupos que han expresado sentirse tristes o deprimidos, las mujeres constituyen el porcentaje mayoritario.

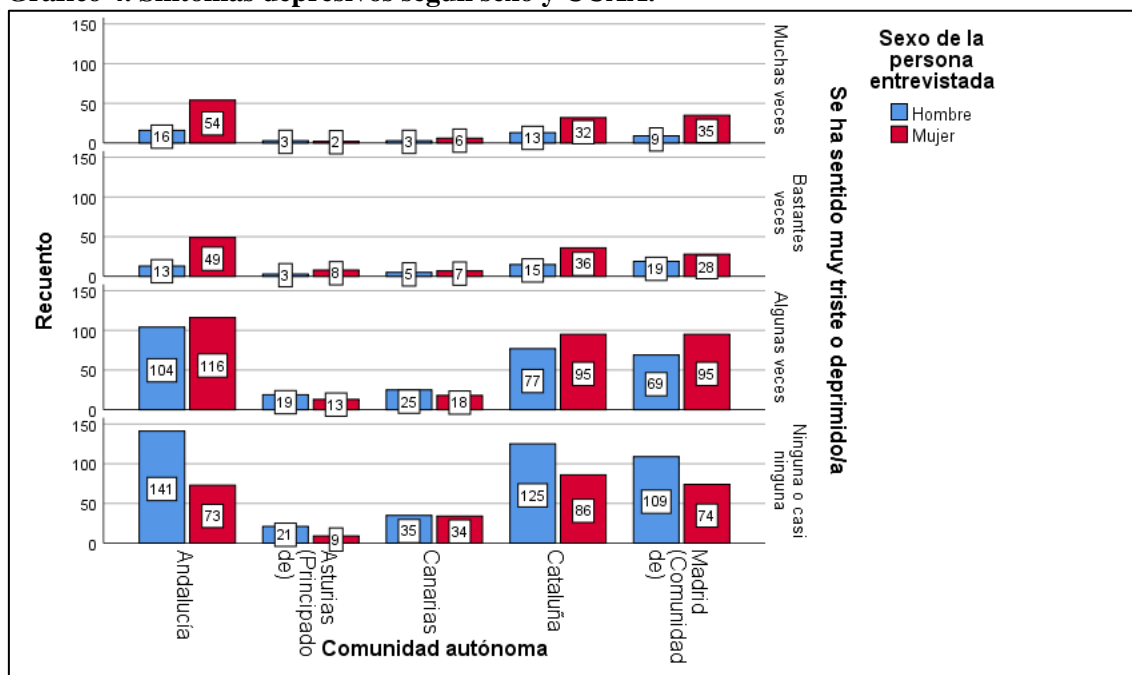
Gráfico 3. Síntomas depresivos según sexo.



Teniendo en cuenta la prueba de hipótesis realizada, que se muestra en la Tabla 6, es posible concluir que sí hay relación entre las variables sexo y sentimientos de tristeza o depresión desde el inicio de la pandemia; es decir, dentro de las personas que han sentimientos de tristeza o depresión desde el inicio de la pandemia, hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo ellas las que han tenido estas sensaciones en mayor medida.

En la Tabla 7 y en el Gráfico 4 podemos ver la cantidad de personas que han referidos sentirse “muy tristes o deprimidas” según el sexo y la comunidad autónoma de residencia. De este modo, podemos apreciar que es en las comunidades de Andalucía, Cataluña y Madrid donde hay un mayor porcentaje de personas que refieren haberse sentido de esta manera. En estas tres comunidades, el porcentaje de mujeres que manifiestan este malestar “muchas veces” es siempre superior al de hombres: en Madrid son el 79,5%, en Andalucía el 77,1% y en Cataluña un 71,1%.

Gráfico 4. Síntomas depresivos según sexo y CCAA.

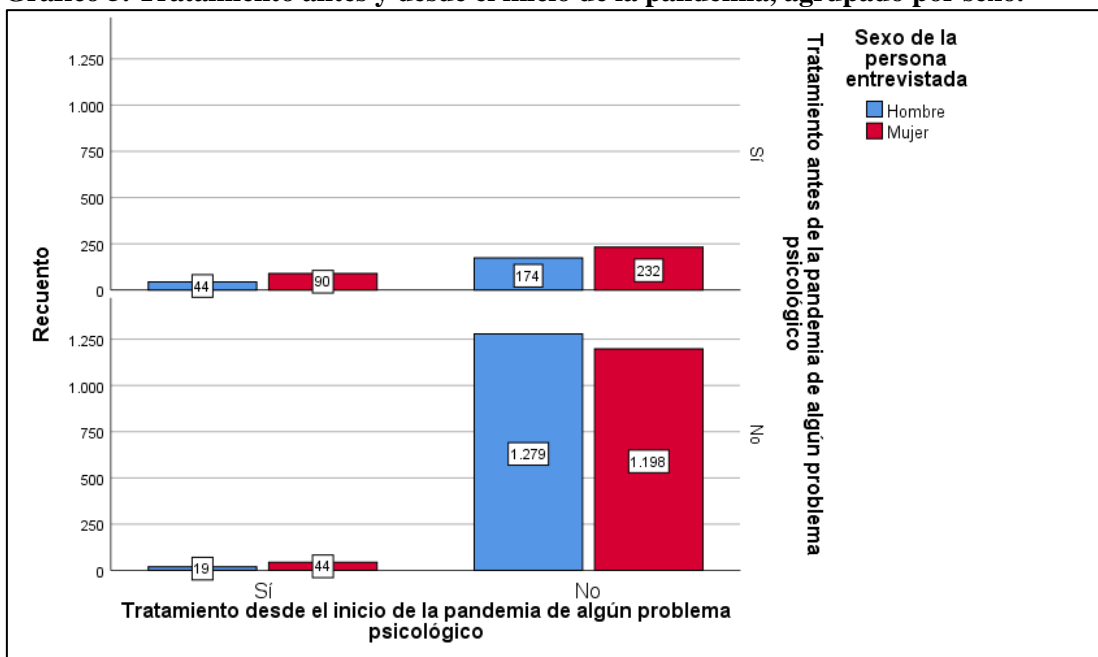


No obstante, en la Tabla 8, correspondiente a la prueba de hipótesis de la relación entre las variables “síntomas depresivos”, “sexo” y “Comunidad Autónoma”, podemos apreciar que, solamente en las comunidades de Andalucía, Cataluña y Madrid el nivel de significancia se encuentra por debajo de el nivel de confianza establecido para el análisis (0,05). Esto significa que solamente es en estas comunidades donde encontramos una relación estadísticamente significativa entre las tres variables. Dicho de otro modo: solamente en Andalucía, Cataluña y Madrid encontramos que hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los síntomas depresivos experimentados. Para las comunidades de Asturias y Canarias no podemos extraer la misma conclusión, lo que podría deberse, por ejemplo, a la baja muestra de estas comunidades, que dificulta realizar análisis estadísticos más precisos.

En tercer lugar, hemos analizado la variable “Tratamiento”; en este caso, el análisis ha consistido en realizar una tabla de contingencia (Tabla 9) en la que se muestran las personas que han recibido tratamiento antes y durante la pandemia y las que no lo han recibido; posteriormente, se han aplicado las pruebas estadísticas Chi cuadrado y el test

de McNemar. De este modo, tanto en el Gráfico 5 como en la Tabla 9 podemos observar que, del total de la muestra analizada (3.083 personas), el 80,3% (2.477 personas) no están ni han estado anteriormente en tratamiento por un problema psicológico. Sin embargo, el 6,4% del total de la muestra (197 personas) están al momento de realizar la encuesta en tratamiento por un problema psicológico. De éstas, el 68% (134 personas) ya estaban anteriormente en tratamiento, mientras que 63 (el 32%) no lo estaba.

Gráfico 5. Tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia, agrupado por sexo.



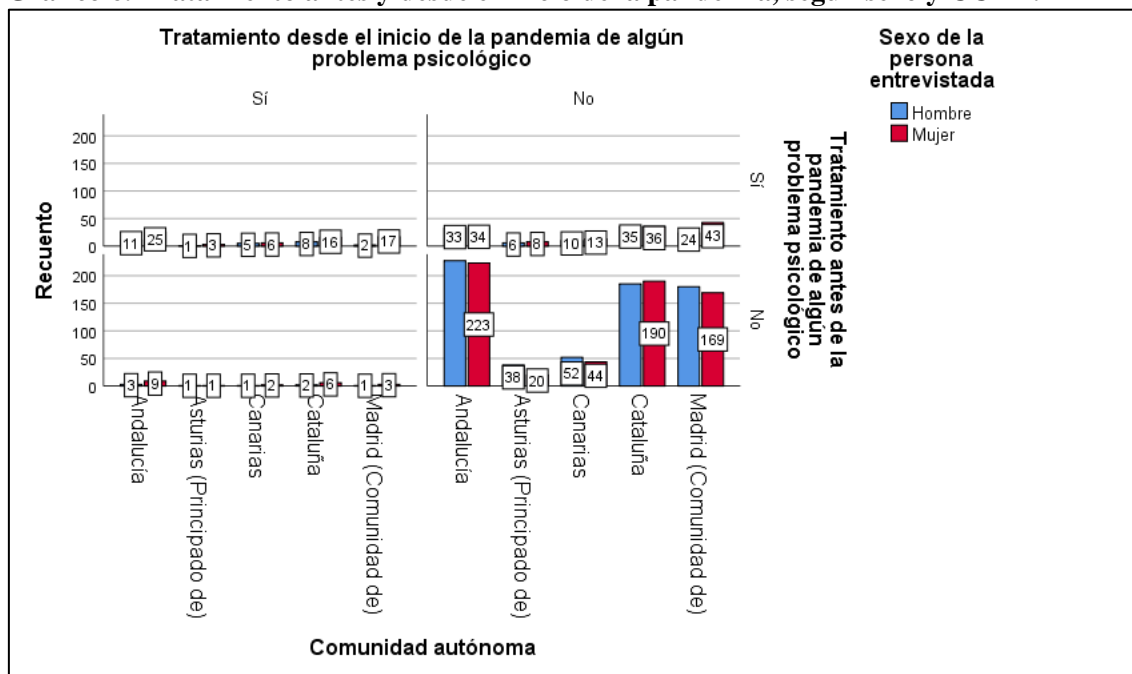
En cuanto a la variable sexo, como se muestra en el Gráfico 5, podemos señalar que, en todos los grupos de personas que han recibido tratamiento por un problema psicológico, ya sea antes de la pandemia o desde el inicio de ésta, la mayoría son mujeres. Así, de las 63 personas que han iniciado tratamiento desde el inicio de la pandemia, 44 son mujeres, lo que constituye el 69,8% de este grupo. Del mismo modo, del grupo que ha recibido tratamiento antes como durante la pandemia, el 67,1% son mujeres. Finalmente, del total de personas que habían estado en tratamiento anteriormente, pero que actualmente no lo está, apreciamos que el 57,1% son mujeres.

Por último, cabe señalar que, de las 541 personas que había estado alguna vez en tratamiento antes del inicio de la pandemia, el 75% (406 personas) ya no lo están, lo que supone un 13,2% del total de la muestra. Cabe preguntarse entonces porqué este descenso en las personas que están en tratamiento, especialmente si tenemos en cuenta que se observa, como ya se ha señalado, un aumento de malestar y de síntomas de ansiedad y depresión, especialmente en las mujeres. En cualquier caso, en la prueba de McNemar (Tabla 10), con el nivel de significación asintótica menor a 0,05 podemos rechazar la hipótesis nula y concluir que sí hay una variabilidad significativa en el acceso a tratamiento por un problema psicológico antes y durante la pandemia; es decir, no son variables independientes entre sí, sino que hay una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, esta variabilidad no significa que al momento de la encuesta haya más personas en tratamiento que antes, puede significar lo contrario, es decir, puede ser un reflejo de que hay un número importante de personas que antes estaban en tratamiento y actualmente no. Igualmente, a partir de la prueba de McNemar (Tabla 11), cuando los grupos se separan en función de la variable sexo, también podemos concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables. Ello significa que es significativa la diferencia entre hombres y mujeres en lo referido a recibir o no tratamiento por un problema psicológico, tanto antes como desde el inicio de la pandemia.

Agregando al análisis la variable “Comunidad Autónoma”, podemos apreciar en la Tabla 12 la relación entre las personas que han recibido tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia por cada comunidad autónoma. La Tabla 13, en la que se exponen los resultados de la prueba de hipótesis, nos indica que esta relación es significativa para todas las comunidades analizadas. Esto significa que, en las cinco comunidades de

análisis, hay una relación significativa entre las personas que han recibido tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia por un problema psicológico.

Gráfico 6. Tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia, según sexo y CCAA.



En el Gráfico 6, se han incluido las variables “sexo” y “comunidad autónoma” para agrupar los datos, en el análisis de las personas que han recibido tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia⁵. Como ya hemos señalado, se aprecian diferencias significativas tanto en función de la comunidad de residencia, como en función del sexo. Por ejemplo, en la comunidad de Madrid, las mujeres representan el 89,4% de las personas que habían asistido a tratamiento anteriormente y que han asistido desde el inicio de la pandemia. En Asturias este porcentaje es de 75%, y en el resto de comunidades la proporción se encuentra entre el 50 y el 69 por ciento.

Por último, refiriéndonos ahora a la variable “Consumo”, el procedimiento de análisis ha sido el mismo que en la variable anterior: se ha analizado la relación entre el consumo de psicofármacos antes de la pandemia y desde el inicio de la pandemia y, después, se ha realizado un análisis desagregando la variable sexo, para analizar las

⁵ Para más información, se sugiere revisar los Gráficos 15 y 16, en el segundo apartado de los Anexos.

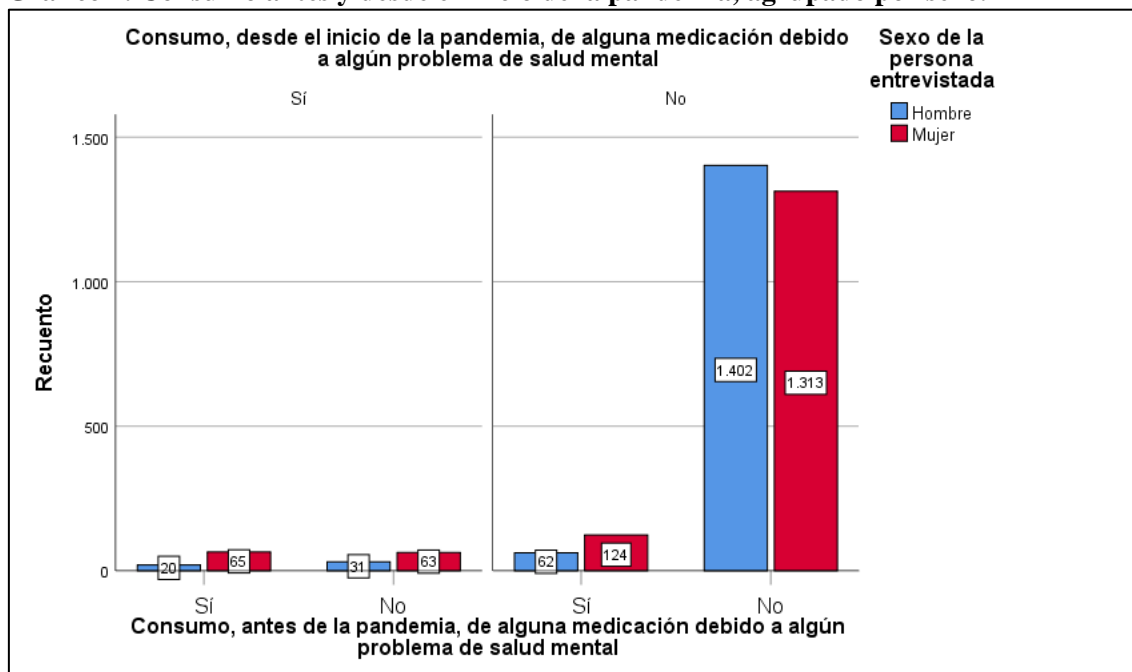
diferencias entre hombres y mujeres. Como se puede apreciar en la Tabla 14, de las 179 personas que consumen psicofármacos desde el inicio de la pandemia (esto es, un 5,8% del total de la muestra), 85 ya los consumían con anterioridad (lo que supone el 47,5% del grupo), mientras que 94 (el 52,5%) no los consumía anteriormente. En cambio, vemos que el 94,1% de las personas encuestadas (2.902 personas) no consumen psicofármacos al momento de la encuesta. De éstas, el 93,5% (esto es, 2.715 personas) no los consumía tampoco antes, mientras que aproximadamente el 7% sí consumía con anterioridad psicofármacos y ha dejado de consumirlos desde el inicio de la pandemia. Encontramos, finalmente, un total de 186 personas que consumían algún psicofármaco antes de la pandemia y que actualmente no lo consumen; este grupo constituye el 6% de la muestra total. Con estos datos, aplicando la prueba de McNemar (Tabla 15), con un nivel de significación asintótica menor a 0,05 podemos concluir que sí hay una relación significativa en el consumo de psicofármacos antes y durante la pandemia.

Cuando añadimos la variable sexo al análisis (Gráfico 7), podemos observar que las mujeres constituyen la mayoría en todos los grupos que han consumido psicofármacos, con independencia de si el consumo eran antes o durante la pandemia. Así, dentro del grupo que consumía tanto antes como ahora, encontramos un 76,5% de mujeres frente a un 23,5% de hombres. Igualmente, podemos observar que las mujeres constituyen el 66,7% del grupo de personas que consumían psicofármacos antes de la pandemia y que ya no los consumen. En el grupo de personas que no consumían antes de la pandemia y que han empezado a consumir desde el inicio de la misma, también encontramos un 67% de mujeres, frente a un 33% de hombres⁶. Como se puede consultar en la Tabla 16, en la prueba de hipótesis a partir de los estadísticos Chi cuadrado y prueba de McNemar, existen diferencias estadísticamente significativas entre los sexos a la hora

⁶ Para más información, se sugiere consultar los Gráficos 17 y 18, en el apartado Anexos.

de consumir psicofármacos, tanto antes de la pandemia como desde el inicio de la misma.

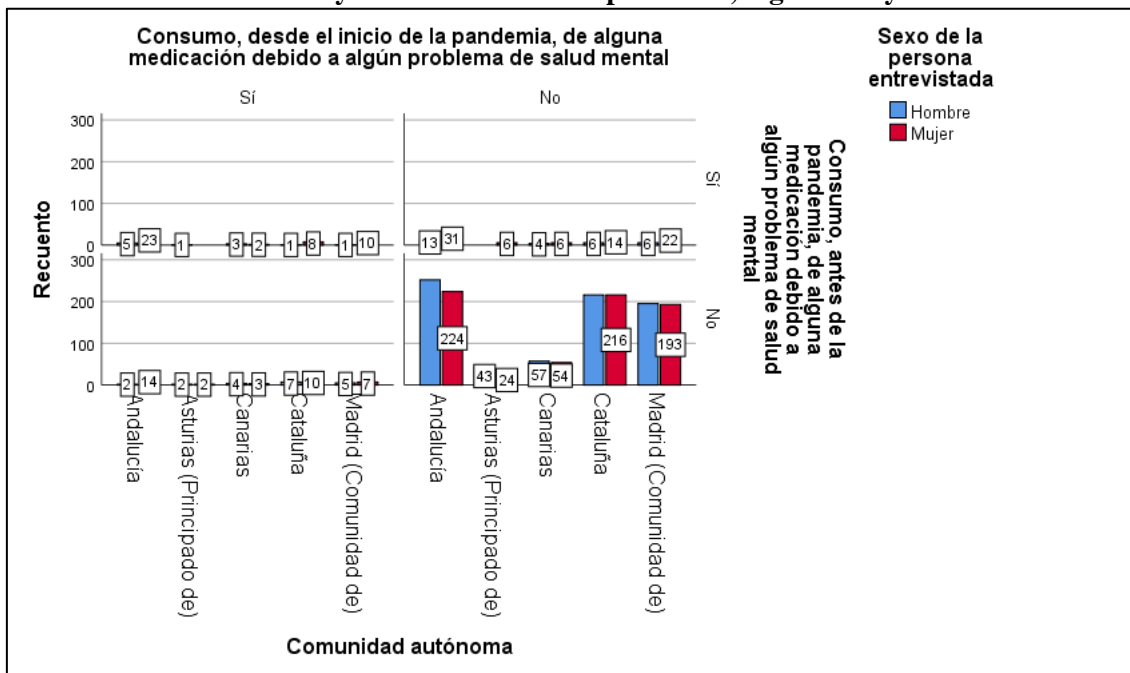
Gráfico 7. Consumo antes y desde el inicio de la pandemia, agrupado por sexo.



Por último, en la Tabla 17 se puede comprobar la relación de la variable “Consumo” (analizando el consumo antes y desde el inicio de la pandemia) con la variable “Comunidad Autónoma”. La Tabla 18 nos indica que esta relación es estadísticamente significativa en todas las comunidades analizadas, excepto en Asturias.

En el Gráfico 8, podemos ver la relación entre las cuatro variables: consumo antes y desde el inicio de la pandemia, con los resultados agrupados por sexo y por comunidad autónoma. Así, podemos apreciar que, del grupo que consumía psicofármacos antes de la pandemia y desde el inicio de la misma, en Madrid las mujeres constituyen el 90,9%, en Cataluña el 88,9% y Andalucía el 82,1%. Respecto del grupo que ha comenzado a consumir desde el inicio de la pandemia, pero que no consumía antes, en Andalucía las mujeres suponen el 87,5%, en Cataluña el 58,8% y en Madrid el 58,3%. En resumen, en todas las comunidades las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres, tanto antes como desde el inicio de la pandemia.

Gráfico 8. Consumo antes y desde el inicio de la pandemia, según sexo y CCAA.



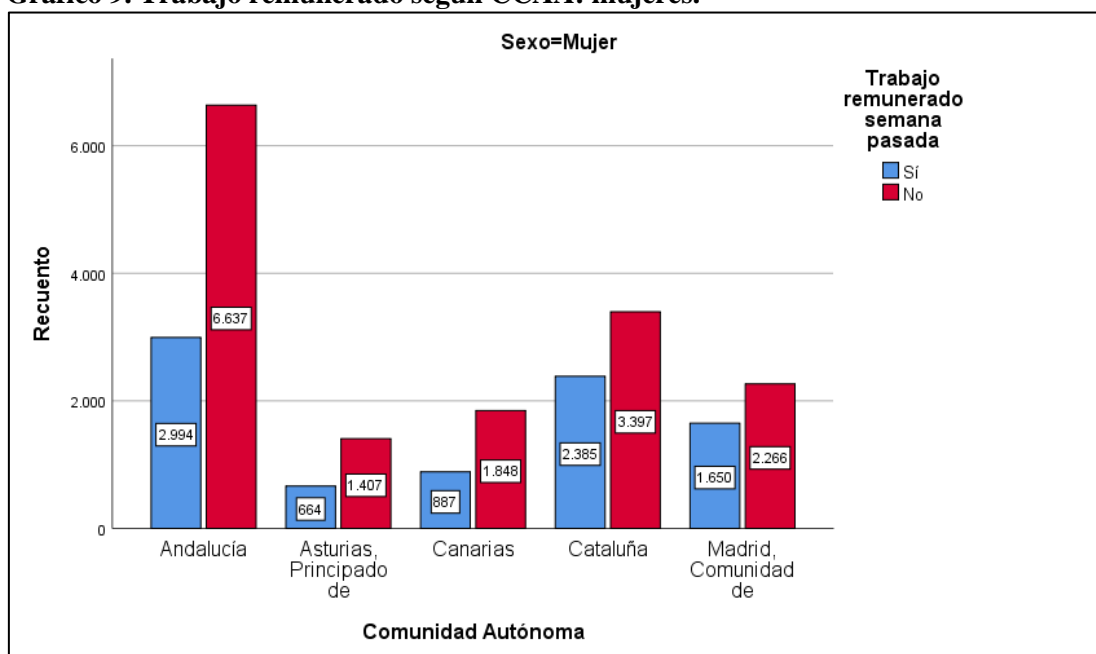
5.2. Objetivos específicos II y III

Para responder a la segunda pregunta de investigación, esto es, si el desempleo ha afectado de igual manera a hombres y a mujeres, comenzaremos analizando la variable “Desempleo”, extraída de la pregunta 57 de la Encuesta de Población Activa del Primer Trimestre de 2021 (INE, 2021). En este apartado, presentaremos los resultados agrupando los grupos tanto por sexo como por comunidad autónoma, con el fin de responder también a la tercera pregunta de investigación, esto es, si existen variables entre comunidades autónomas en las variables analizadas.

La Tabla 19 corresponde al análisis de contingencia entre las variables “Sexo” y “Desempleo”. Aquí podemos apreciar que el 51,2% de las personas encuestadas no trabajaron la semana de referencia. En el Gráfico 9 podemos apreciar que la mayoría de las mujeres no trabajaron de manera remunerada la semana de referencia en todas las autonomías analizadas. Analizando los datos por sexo y comunidad autónoma, vemos que, del grupo de personas que no trabajaron, las mujeres constituyen más de la mitad

en todas las comunidades: el 58,4% en Madrid, el 57,9% en Andalucía, el 57% en Asturias, el 55,2% en Canarias y el 54,9% en Cataluña. La Tabla 20 nos indica que esta relación es estadísticamente significativa en todas las comunidades; es decir, en todos los territorios analizados hay diferencias significativas en función del sexo en la variable “Desempleo”⁷.

Gráfico 9. Trabajo remunerado según CCAA: mujeres.



Por otra parte, se ha analizado la variable “Búsqueda de empleo”. En la Tabla 21 podemos observar que, de las personas encuestadas, 41.137 refirieron no haber buscado empleo durante el último mes, lo que supone un 28,8% del total de la muestra. Cabe señalar que esta pregunta se realizó únicamente a las personas que refirieron no haber trabajado durante la semana de referencia (un total de 73.179 personas).

Si analizamos por sexo y comunidad autónoma a todas las personas que refirieron no haber buscado empleo durante el último mes, encontramos que las mujeres son mayoría en todos los grupos, con proporciones que oscilan entre el 54 y el 59 por ciento. En concreto, constituyen el 58,8% de este grupo en Andalucía, el 56,8% en

⁷ Para más información, se sugiere consultar el Gráfico 19, en el apartado Anexos.

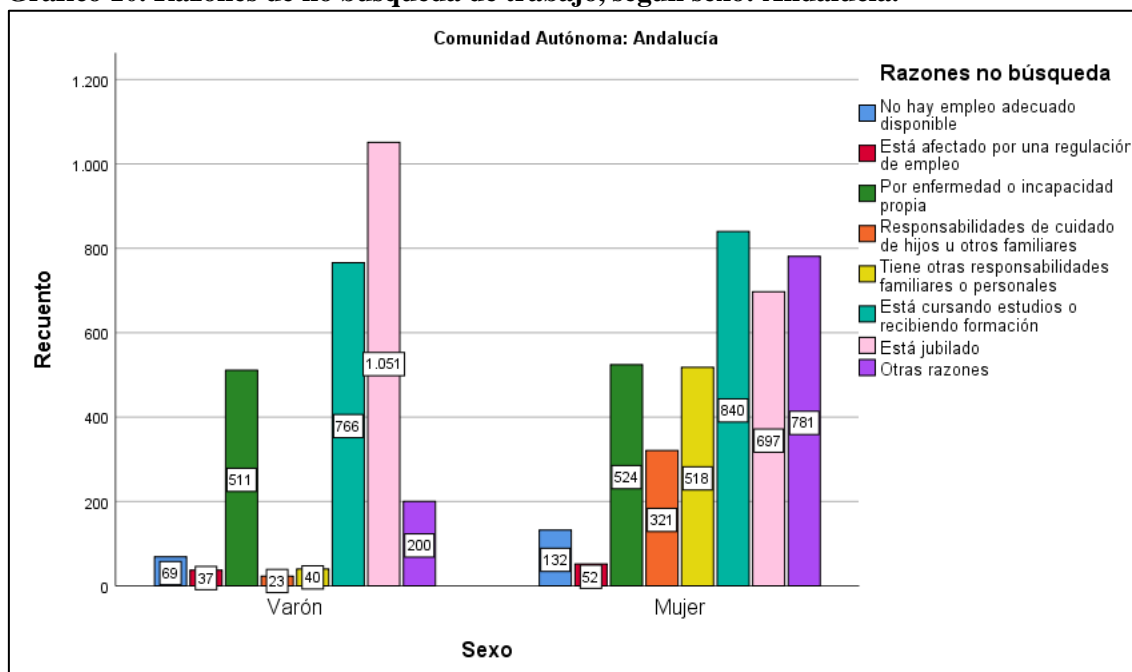
Madrid, el 55,4% en Asturias, el 54,7% en Cataluña y el 54,5% en Canarias⁸. La Tabla 22 nos indica que hay una relación estadísticamente significativa entre las variables únicamente en las comunidades de Andalucía, Madrid y Cataluña; al igual que en el caso mencionado en el apartado anterior, en las comunidades de Asturias y Canarias no podemos concluir que haya una relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que podría guardar relación con el tamaño de la muestra. Esto significa que las diferencias encontradas entre hombres y mujeres a la hora de buscar empleo son significativas únicamente en estas tres comunidades.

Finalmente, para profundizar en este aspecto, se ha examinado la variable “Razones de no búsqueda de empleo”. La Tabla 23 es una tabla de contingencia entre las variables “sexo” y “razones de no búsqueda de empleo”, con los resultados agrupados por comunidades autónomas. Dentro de esta variable, el foco se ha puesto en las categorías “Responsabilidades de cuidado de hijos u otros familiares”, “Tiene otras responsabilidades familiares o personales”, dado que se espera encontrar mayores diferencias entre hombres y mujeres en este apartado. El resultado encontrado ha sido que, efectivamente, en todas las comunidades hay una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres a la hora de no buscar trabajo por responsabilidades familiares y de cuidado, como muestra la Tabla 24.

Como se aprecia en el Gráfico 10, en Andalucía, por ejemplo, encontramos que la razón más habitual por la que las mujeres han referido no estar buscando trabajo es estar realizando estudios, aunque se aprecia relativa heterogeneidad en los motivos de no realizar dicha búsqueda. En el grupo de los hombres, en cambio, encontramos tres razones principales para no buscar trabajo: la jubilación, los estudios y la enfermedad o incapacidad.

⁸ Para más información, se sugiere consultar los Gráficos 20 y 21, en el apartado Anexos.

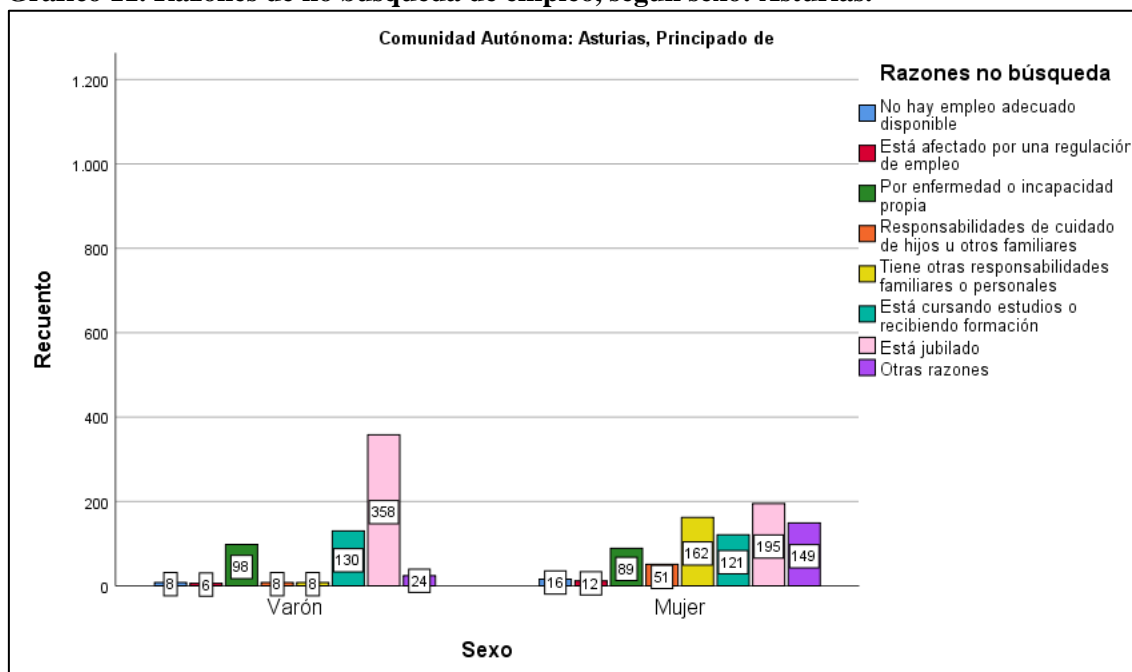
Gráfico 10. Razones de no búsqueda de trabajo, según sexo: Andalucía.



Sin embargo, donde se aprecia una diferencia mayor entre hombres y mujeres es en la categoría “Responsabilidades de hijos u otros familiares”; aquí, ellas constituyen un 93,3% de las personas que no buscan trabajo por esta razón. Si miramos las personas que no buscan trabajo por “otras responsabilidades familiares o personales”, apreciamos que ellas son un 92,8% del total. También en la categoría “Otras razones” hay una diferencia notable: en este grupo, las mujeres constituyen un 79,6% del total.

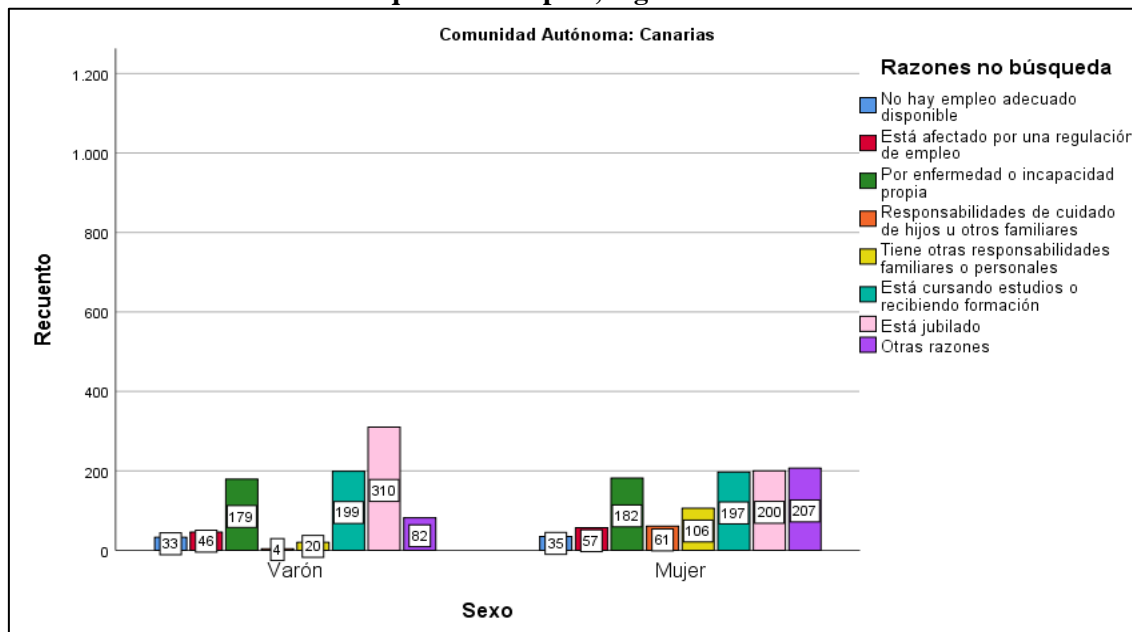
En Asturias, por otro lado, hay también más homogeneidad en las razones por las que las mujeres refieren no buscar trabajo, mientras que en el grupo de los varones destaca la jubilación, como se puede apreciar en el Gráfico 11. Aquí, las mujeres que refieren no buscar trabajo por responsabilidades de cuidado constituyen el 86,4% del grupo y las que señalan no hacerlo por otras responsabilidades familiares, el 95,3%. Al igual que en la comunidad anterior, llama la atención que, en la categoría “Otras razones” las mujeres suponen el 86,1% del grupo.

Gráfico 11. Razones de no búsqueda de empleo, según sexo: Asturias.



Siguiendo con la comunidad de Canarias, en el Gráfico 12 podemos ver la relación entre las razones para no buscar empleo y el sexo de las personas entrevistadas. Repitiendo el mismo patrón encontrado en otras comunidades, vemos que aquí las mujeres son el 93,8% de las personas que refieren no buscar trabajo por responsabilidades de cuidado (hijos y otros familiares) y el 84,1% de quienes refieren no hacerlo por otras responsabilidades familiares. En el grupo de “Otras razones” encontramos también una diferencia notable, dado que las mujeres constituyen el 71,6% del grupo. Además, vemos que se repiten también otras características observadas también en otras comunidades: mientras que en el grupo de los hombres la razón principal para no buscar trabajo es estar jubilado, seguida de estar estudiando o estar enfermo/incapacitado, en el grupo de las mujeres hay un reparto más equilibrado entre los motivos para no buscar trabajo, y cobran más relevancia las variables de cuidado y responsabilidades familiares, así como la categoría “otras razones”, que probablemente englobe particularidades de la situación concreta de las mujeres que no estamos apreciando con claridad.

Gráfico 12. Razones de no búsqueda de empleo, según sexo: Canarias.

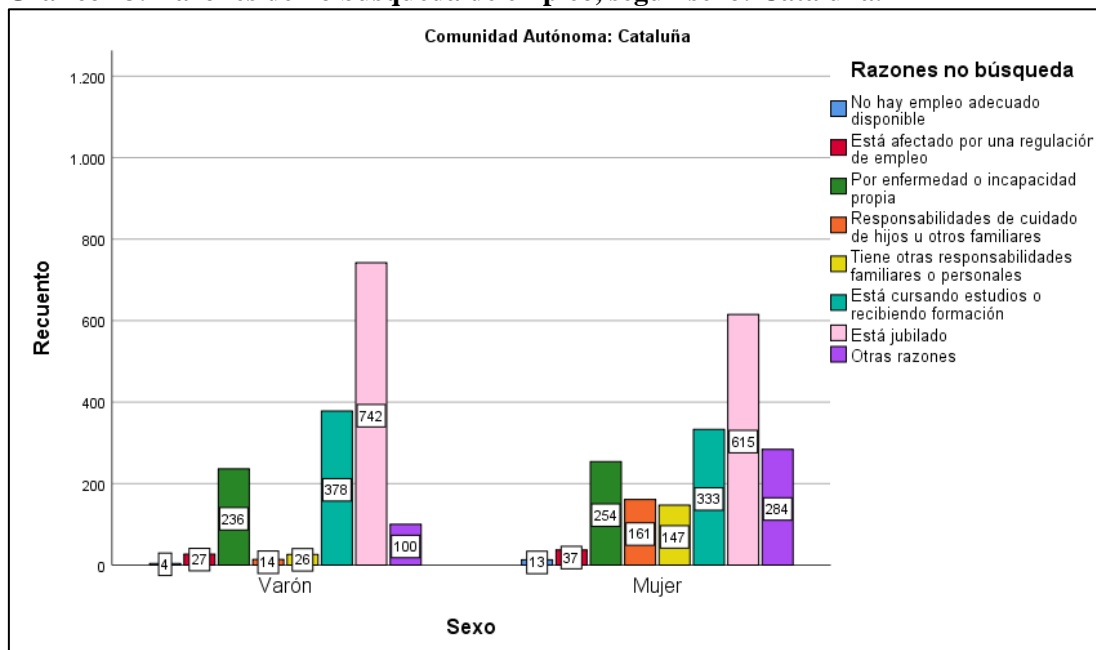


En la comunidad de Cataluña, se aprecia en el Gráfico 13 que la jubilación es la razón principal para no buscar trabajo, tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres. Esta diferencia respecto al resto de comunidades descritas hasta ahora podría deberse a las diferencias en las características de población de distintas comunidades autónomas. En este sentido, conviene tener en cuenta que Cataluña y Madrid son dos de las cinco comunidades con mayor PIB del país, lo que, previsiblemente, significará que habrá mayor riqueza y, posiblemente, menores dificultades para encontrar empleo. Dicho de otro modo: es posible que la población que está en búsqueda de trabajo resida en (o se traslade a) comunidades como Cataluña o Madrid, donde será más probable encontrarlo; por tanto, en estas comunidades, la población que no busca trabajo probablemente sea menor y probablemente no realice dicha búsqueda porque no lo necesite en este momento; por ello, será habitual que cuando se le pregunta a las personas por qué no buscan trabajo, un amplio porcentaje de ellas esté jubiladas.

En cualquier caso, en Cataluña también podemos apreciar diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al reparto de cuidados y su influencia en la búsqueda de trabajo: aquí, las mujeres constituyen el 92% de las personas que refieren no buscar

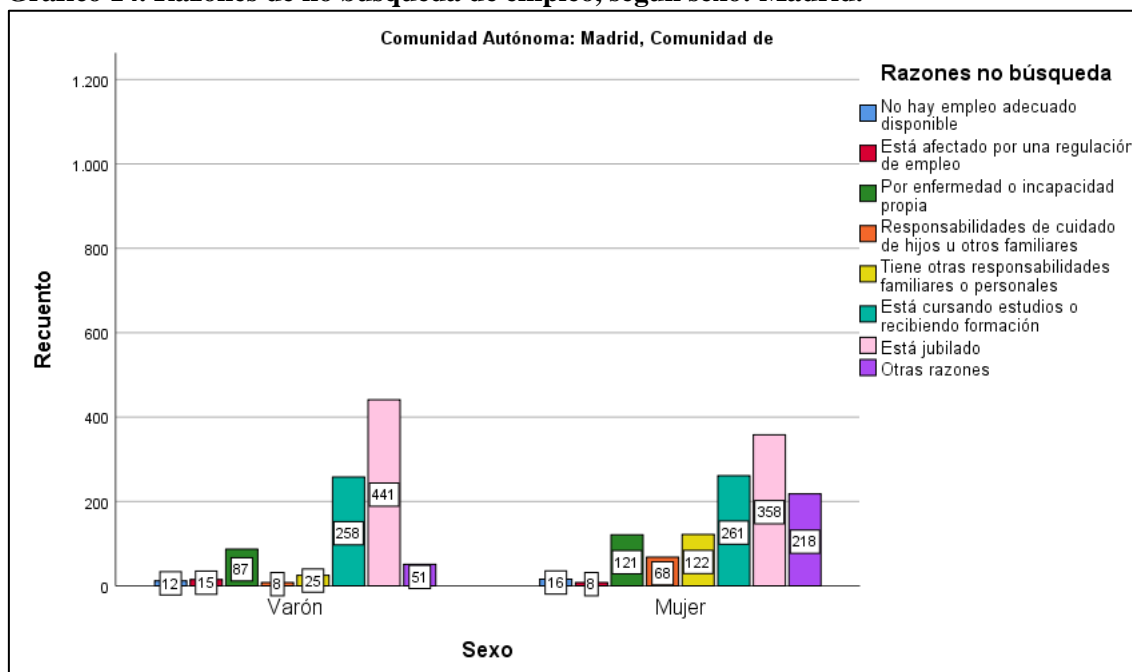
trabajo por responsabilidades de cuidado (hijos y otros familiares) y el 84,1% de quienes refieren no buscar por otras responsabilidades familiares. En el grupo de personas que no buscan trabajo por “otras razones”, las mujeres constituyen el 71,6%.

Gráfico 13. Razones de no búsqueda de empleo, según sexo: Cataluña.



Finalmente, en el Gráfico 14 podemos ver que, en la Comunidad de Madrid, al igual que en Cataluña, la jubilación es la razón principal para no buscar trabajo, tanto en hombres como en mujeres. Del mismo modo que en el resto de territorios, aquí las mujeres son la mayoría de los grupos que señalan no buscar trabajo por responsabilidades de cuidado de hijos y otros familiares (89,4%) o por otras responsabilidades familiares (82,9%), así como en el grupo que señala no buscar trabajo por “otras razones” (81%).

Gráfico 14. Razones de no búsqueda de empleo, según sexo: Madrid.



Por último, a modo de síntesis, cabe señalar que, en todas las comunidades, las mujeres constituyen la mayor parte de la población que no ha trabajado la semana anterior a la encuesta y que tampoco ha buscado trabajo. Mientras que, en todas las comunidades, la razón más frecuente del grupo de hombres para no buscar trabajo es la jubilación, seguida por los estudios y por incapacidad o enfermedad, en el grupo de las mujeres hay más heterogeneidad, lo que refleja que ambos sexos se encuentran en condiciones desiguales a la hora de introducirse en el mercado laboral. El porcentaje de población que señala no buscar trabajo por razones de responsabilidades familiares y de cuidados oscila entre el 10 y el 16% en todas las comunidades, y es aquí donde se encuentran resultados relevantes. Las diferencias más significativas entre sexos a la hora de no buscar trabajo se deben a factores relacionados con el cuidado y las responsabilidades familiares; en el resto de razones, se aprecia un reparto más equilibrado entre sexos. Cabe señalar también que hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres en el grupo de población que señala no buscar trabajo por “otras razones”, lo que puede indicar que hay factores relevantes que condicionan el acceso de

las mujeres al empleo que no son tenidos en cuenta a la hora de realizar las preguntas de la encuesta. Esto, posiblemente, será un reflejo de que ciertas condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres siguen siendo invisibles a los estudios sociológicos y que, por ende, no cuentan con medidas específicas.

6. Conclusiones

La principal conclusión que podemos extraer del presente trabajo es que, efectivamente, las desigualdades de género han aumentado en España como consecuencia de la crisis del COVID-19, al menos en el ámbito laboral y de salud mental. Esto significa que la situación de las mujeres es peor actualmente que antes de la pandemia y que, previsiblemente, si no se toman medidas, puede aumentar la brecha de género en los próximos años.

En el ámbito de la salud mental, los datos analizados muestran que las mujeres han recibido un mayor impacto negativo de la crisis, lo que se traduce en una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en todas las comunidades autónomas analizadas. Además, se siguen repitiendo patrones anteriores a la pandemia, tales como que las mujeres acuden en mayor medida a tratamiento por problemas psicológicos y que las mujeres consumen más medicación por problemas psicológicos. Ante la ausencia de medidas estructurales enfocadas en atajar este problema, previsiblemente se incrementará esta brecha en el futuro próximo.

En el ámbito laboral, las mujeres también están más perjudicadas. Datos recientes señalan que, según la última Encuesta de Población Activa (abril de 2021), ellas constituyen actualmente el 58% de la población en paro en España (Ortega Socorro, 2021). Así, vemos que, después de ampliarse el paro en todos los sectores y en todas las comunidades, tanto para hombres como para mujeres, actualmente se está reduciendo en

los sectores masculinizados (como la industria o la construcción) y se está enquistando la precariedad y el desempleo en sectores feminizados (como los servicios, la sanidad, la atención a la dependencia o la educación). Lo anterior tiene que ver, entre otras cosas, con que se está apostando por el sector privado (donde trabajan más ellos) y se está dejando de lado el sector público (educación, sanidad, servicios sociales), donde trabajan más ellas. La consecuencia no será solo una situación peor para las mujeres, sino una sociedad más neoliberal, al precarizarse aún más los servicios públicos. Es llamativo, en este punto, el hecho de que ni en plena pandemia se han mejorado significativamente las condiciones de trabajo de los empleados del sistema público de salud, quienes, a menudo, encadenan contratos temporales durante años, con un alto grado de precariedad.

En cuanto a la desigualdad territorial, podemos señalar que las comunidades donde se aprecian más diferencias entre hombres y mujeres son Andalucía, Madrid y Cataluña. Según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2019, de las comunidades analizadas, Andalucía es la que presenta una tasa de pobreza más alta (37,7), mientras que Madrid y Cataluña tienen una cifra similar (19 y 18,8, respectivamente). A partir del análisis estadístico realizado, Canarias es la comunidad en la que menos diferencias se aprecian en relación al sexo, seguida de Asturias. La tasa de pobreza de estas comunidades, según datos del INE de 2019, es de 35 y de 24,6, respectivamente. Lo anterior puede deberse a que la muestra de las comunidades de Asturias y Canarias es más pequeña y, por tanto, puede dar lugar a error con mayor frecuencia, de modo que en el presente análisis no se hayan podido detectar adecuadamente las desigualdades de género. Sin embargo, también puede deberse a las propias características de la población en estos territorios: mientras que los sectores urbanos presentan más heterogeneidad demográfica (en cuanto a edad, nacionalidad, clase social y otras

características), suele haber más homogeneidad en los sectores rurales y, sobre todo, mayor población envejecida. Cabe recordar aquí que la brecha de género en cuanto a la desigualdad y la exclusión social es más alta en la población más joven (Fundación FOESSA, 2019), por lo que es esperable que en regiones más rurales haya mayor equilibrio entre hombres y mujeres. Cabe señalar, por otra parte, que las dos comunidades con menor desigualdad observada (Asturias y Canarias) están gobernadas por coaliciones de partidos del espectro de la izquierda, mientras que Madrid y Andalucía, donde se han observado desigualdades más altas, están gobernadas por coaliciones de partidos de derechas.

Por otra parte, uno de los factores que se evalúa como más importante en la desigualdad de género, y que impacta tanto en el ámbito laboral como en el campo de la salud mental, es el trabajo reproductivo y de cuidados. A partir de los datos analizados, se aprecia que, mientras que la mayoría de los hombres que refieren no buscar trabajo lo hace porque no lo necesita (porque están jubilados o estudiando), las mujeres tienen que superar un obstáculo mayor para salir a trabajar fuera del hogar: las responsabilidades familiares. Además, este factor impacta también en la salud mental, en tanto que las responsabilidades de cuidado familiar se traducen en una sobrecarga mental y en sentimientos de culpa si no se cumple con las demandas (imposibles) exigidas a las mujeres, como ya vienen señalando otras autoras desde hace tiempo (Valls-Llobet, 2020).

A partir de distintos análisis, se advierte que las medidas puestas en marcha en España han demostrado ser insuficientes para paliar el efecto de la crisis en la desigualdad de género. Si las mujeres ya se encontraban en una situación peor que sus compañeros, es esperable que en los próximos años esta brecha aumente, dado que no se está atendiendo a sus necesidades y circunstancias específicas y no se está gestionando

la pandemia, en su conjunto, con perspectiva de género. En el caso de España, el traspaso de competencias del Estado central a las autonomías no favorece el abordaje integral de las desigualdades, sino que, por el contrario, se traduce en una mayor desigualdad, tanto entre hombres y mujeres, como entre territorios. Así, el análisis de datos realizado se enmarca en la misma línea que otros estudios previos, que apuntan al aumento de la desigualdad entre hombres y mujeres como consecuencia de la gestión de una crisis sanitaria, económica y social sin perspectiva de género. Lo anterior es preocupante porque varios estudios vienen alertando del aumento de la desigualdad entre la población más joven, de modo que, cuando más se tarde en intervenir para corregir esta tendencia, mayores dificultades habrá y peores serán las consecuencias para las mujeres.

A continuación se mencionan, de manera genérica, algunas medidas prioritarias que podrían tomarse para comenzar a corregir esta desigualdad. En primer lugar, es fundamental la desagregación de datos sanitarios por sexo y el análisis de la pandemia por sexo, con el fin de recoger de manera fidedigna el modo en que el virus afecta de manera diferente a hombres y a mujeres, tanto por cuestiones biológicas como sociales. Si no contamos con dicha información, si no sabemos con certeza la manera particular en la que el virus afecta a las mujeres, no podemos desarrollar medidas orientadas a solucionar dichos problemas.

En segundo lugar, es necesario el análisis exhaustivo, mediante encuestas y otros instrumentos sociológicos, de la situación particular de las mujeres en la presente crisis, con el fin de poder visualizar sus problemáticas y plantear soluciones adecuadas a éstas. En el análisis realizado, en todas las comunidades se ha observado una diferencia significativa en las razones por las que hombres y mujeres buscan trabajo, cobrando gran importancia las responsabilidades familiares y de cuidado. Sin embargo, también

en todas las comunidades hay diferencias significativas entre sexos en una categoría (“otras razones”) que, *a priori*, debería ser residual, lo que indica que se desconocen factores relevantes que dificultan la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.

Por otra parte, será necesario también desarrollar políticas públicas que permitan socializar el cuidado de personas dependientes (infancia, tercera edad, personas con enfermedades, etc.), dado que este es el principal factor que dificulta la independencia económica de las mujeres y que deteriora su salud mental. Como se ha argumentado a lo largo del presente trabajo, cuando las mujeres pierden autonomía, se incrementa el riesgo de que sufran violencia por parte de los varones, ya que se encuentran en una situación de mayor dependencia, lo que repercute significativamente en su salud mental. Desarrollar políticas públicas que permitan a las mujeres liberarse de la carga que les impide emanciparse es imprescindible para luchar contra la brecha de género. En el contexto actual español, medidas como el teletrabajo o la educación a distancia han dificultado la conciliación para muchas mujeres, especialmente en los hogares monoparentales, de los cuales las mujeres constituyen el 80% (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Por ello, es necesario desarrollar un plan integral de lucha contra la desigualdad de género, que conjugue la labor de varios ministerios e instituciones, con el fin de reducir un nivel de desigualdad entre hombres y mujeres que va en aumento.

6.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Para finalizar, es necesario mencionar algunas limitaciones de la presente investigación. La primera y más importante es que, debido, precisamente, a la novedad del tema, hay pocas investigaciones exhaustivas. Si bien hay multitud de investigaciones acerca de la pandemia y sus efectos, es un tema aún en desarrollo, por lo que los resultados están en constante revisión. Del mismo modo, existen, a la fecha,

pocas bases de datos que permitan entender de manera exhaustiva la situación de las mujeres como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

En línea con lo anterior, es posible plantear multitud de líneas de investigación en el tema. Una de ellas, podría ser el estudio del impacto de la pandemia en la salud mental de las mujeres, donde se podría analizar el impacto del teletrabajo y otros cambios en la situación laboral de las mujeres, así como las políticas públicas que permiten o dificultan la conciliación y la huella que todo ello tiene, de manera diferencial, en la salud mental de hombres y mujeres. Del mismo modo, se sugiere investigar la relación entre la crisis ocasionada por la pandemia y el aumento de los feminicidios desde el fin del estado de alarma en mayo de 2021, profundizando en los factores a la base de dicho fenómeno y las políticas públicas que se podrían poner en marcha para erradicar dicha violencia.

7. Bibliografía

- Albert-Ballestar, Sergi, & García-Altés, Anna. (2021). Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *International Journal for Equity in Health*, 20:73. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3>
- Alon, Titan, Doepke, Mathias, Olmstead-Rumse, Jane, & Tertilt, Michéle. (2020). The impact of COVID-19 on gender equality. *NBER Working Paper Series*, N° 26947. <https://www.nber.org/papers/w26947>
- Aránguez, Tasia. (2018). La reivindicación feminista del derecho a la salud. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*. Núm. 22, 239-251. <https://www.readcube.com/articles/10.1344%2FAstrolabio2018.22.20>
- Arpino, Bruno, Pasqualini, Marta, Bordone, Valeria, & Solé-Auró, Aïda. (2020). *Indirect consequences of COVID-19 on people's lives. Findings from an on-line survey in France, Italy and Spain*. <https://osf.io/preprints/socarxiv/4sfv9/>
- Arpino, Bruno, Pasqualini, Marta, Bordone, Valeria, & Solé-Auró, Aïda. (2021). Older People's Non-Physical Contacts and Depression During the COVID-19 Lockdown. *The Gerontologist*, Vol. 61 (2), 176-186. <https://10.1093/geront/gnaa144>
- Babones, Salvatore J. (2009). *Social inequality and public health*. United Kingdom: Universidad de Bristol.
- Bacigalupe, Amaia, Cabezas, Andrea, Baza Bueno, Mikel, & Martín, Unai. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Benach, Joan, Julià, Mireia, Tarafa, Gemma, Mir, Jordi, Molinero, Emilia, & Vives, Alejandra (2015). La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 375–378. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.002>
- Cambois, Emmanuelle, Solé-Auró, Aïda, & Robine, Jean-Marie. (2019). Gender Differences in Disability and Economic Hardship in Older Europeans. *European Journal of Population*, Vol. 35, 777-793. <https://doi.org/10.1007/s10680-018-9504-2>
- Canela, Joan. (5 de Junio de 2021). Una epidemióloga recoge firmas para que Sanidad le dé datos con los que estudiar si la COVID afecta más a las mujeres. *Público*. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/epidemiologa-recoge-firmas-sanidad-le.html>

- Castellanos-Torres, Esther, Mateos, José Tomás, & Chilet-Rosell, Elisa (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 419-421. <https://10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2020). *Efectos y consecuencias del coronavirus (III)*. Estudio nº3305. Madrid. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3305marMT_A.pdf
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19*. Madrid. Disponible en: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Encuesta-salud-mental-covid19-cis-avance-resultados.pdf>
- Cherikh, Faredj, Frey, Sébastien, Bel, Corali, Attanasi, Giuseppe, Alifano, Marco, & Iannelli, Antonio. (2020). Behavioral Food Addiction During Lockdown: Time for Awareness, Time to Prepare the Aftermath. *Obesity Surgery*, 30, 3585–3587. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1007/s11695-020-04649-3>
- Del Río Lozano, María, & García Calvente, María del Mar. (2020). Cuidados y abordaje de la pandemia COVID-19 con enfoque de género. *Gaceta Sanitaria*. <https://10.1016/j.gaceta.2020.05.006>
- Dreger, Stefanie, Gerlinger, Thomas, & Bolte, Gabriele. (2016). Gender inequalities in mental wellbeing in 26 European countries: do welfare regimes matter? *European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 5, 872–876. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw074>
- Escudero-Castillo, Israel, Mato-Díaz, Francisco Javier, & Rodríguez-Álvarez, Ana. (2021). Furloughs, Teleworking and Other Work Situations during the COVID-19 Lockdown: Impact on Mental Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2898. <https://10.3390/ijerph18062898>
- Espinel Vallejo, Manuel. (2020). Geografía política de los cuidados (o porqué la pandemia del coronavirus confinó a buena parte del Norte global). *Geopolítica(s), Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11, 127-140. <https://doi.org/10.5209/geop.69252>
- Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada). (2019). VII *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid. Disponible en: <https://www.foessa.es/viii-informe/>
- Gobierno de España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102. (Consultado el 5/04/2021). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

- Gobierno de España. Real Decreto-Ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 91. (Consultado el 17/06/2021.) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/04/01/pdfs/BOE-A-2020-4209.pdf>
- Gumà, Jordi, Arpino, Bruno, & Solé-Auró, Aïda. (2019). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 127–133. <https://10.1016/j.gaceta.2017.11.010>
- Hawie Lora, Illian. (2020). La doble pandemia: violencia de género y COVID-19. *Derecho en el siglo XXI*. <https://doi.org/10.26439/advocatus2021.n39.5120>
- Instituto de las Mujeres. Mujeres en cifras. (Consultado el 04/06/2021). Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Home.htm>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Continua de Hogares (ECH)*. Madrid. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Población Activa (EPA), Cuatro Trimestre de 2020*. Madrid. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0420.pdf>
- Instituto Nacional de estadística. (2021). *Encuesta de Población Activa (EPA), Primer Trimestre de 2021*. Madrid. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0121.pdf>
- Liu, Yan, Yue, Song, Hu, Xiaoran, Zhu, Jin, Wu, Zifan, Wang, JianLi, & Wu, Yili (2021). Associations between feelings/behaviors during COVID-19 pandemic lockdown and depression/anxiety after lockdown in a sample of Chinese children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 284, 98-103. <https://10.1016/j.jad.2021.02.001>
- Lorente Acosta, Miguel. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, Vol. 46(3), pp. 139-145. <https://10.1016/j.reml.2020.05.005>
- Mann, Sandi, & Holdsworth, Lynn. (2003). The psychological impact of teleworking: stress, emotions and health. *New Technology, Work and Employment*, 18:3. <https://doi.org/10.1111/1468-005X.00121>
- Martín, Unai, Bacigalupe, Amaia, & Jiménez Carrillo, Marta. (2021). COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 95. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202104066.pdf
- Mateos Casado, Cristina. (2021). La pandemia en la sombra. Mujeres víctimas de violencia de género confinadas frente a una doble amenaza en la Covid-19.

Historia y comunicación social. Ed. Complutense, 107-119.
<https://doi.org/10.5209/hics.74246>

Megalakaki, Olga, Kouku-Kpolou, Cyrille Kosigan, Vaudé, Justine, Park, Sunyoung, Kator Iorfa, Steven, Cénat, Jude Mary, & Derivois, Daniel. (2021). Does peritraumatic distress predict PTSD, depression and anxiety symptoms during and after COVID-19 lockdown in France? A prospective longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 137, pp. 81-88.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.035>

Megías, Eusebio, Rodríguez, Elena, Ballesteros, Juan Carlos, Sanmartín, Anna, y Calderón, Daniel. (2021). *Género, vivencias y percepciones sobre la salud: Informe de resultados*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. Disponible en:
<https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/genero-vivencias-y-percepciones-sobre-la-salud/>

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2020). El Ingreso Mínimo Vital llega en diciembre a 160.000 en los que viven más de 460.000 personas. *Publicación de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social*. Disponible en:
<https://revista.seg-social.es/2020/12/16/el-ingreso-minimo-vital-llega-en-diciembre-a-160-000-hogares-en-los-que-viven-mas-de-460-000-personas/>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL*. Madrid. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Crisis económica y salud en España*. Madrid. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). *Actualizaciones diarias de la situación de COVID-19 en España*. (Consultado el 17/06/2021.) Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/situacionActual.htm>

Nogueiras García, Belén. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España 1975-2013)*. Madrid: Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49892/>

- OECD Health Policy Studies. (2019). *Health for Everyone? Social Inequalities In Health And Health Systems*. París: OECD Publishing. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>
- Ortega Socorro, Eduardo. (3 de Junio de 2021). Las mujeres, las grandes olvidadas de una reducción histórica del paro: ya son el 58% de los desempleados. *El Español*. Disponible en: https://www.elespanol.com/invertia/economia/empleo/20210603/mujeres-grandes-olvidadas-reduccion-historica-paro-desempleados/585942887_0.html
- Oxfam Intermon. (2021). *El virus de la desigualdad. Cómo recomponer un mundo devastado por el coronavirus a través de una economía equitativa, justa y sostenible*. Disponible en: <https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/el-virus-desigualdad>
- Peck, Jessica A. (2020). The disproportionate impact of COVID-19 on women relative to men: A conservation of resources perspective. *Feminist Frontiers*, 1-14. <https://doi.org/10.1111/gwao.12597>
- Pinillos-Franco, Sara, & Somarriba, Noelia. (2018). Examining gender health inequalities in Europe using a Synthetic Health Indicator: the role of family policies. *The European Journal of Public Health*, Vol. 29, No. 2, 254–259. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky177>
- Ravaldi, Claudia, Ricca, Valdo, Wilson, Alyce, Homer, Caroline, & Vannacci, Alfredo (2020). Previous psychopathology predicted severe COVID-19 concern, anxiety, and PTSD symptoms in pregnant women during “lockdown” in Italy. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 23, pp. 783-786. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1007/s00737-020-01086-0>
- Rubio, Teresa. (2 de Junio de 2021). Las urgencias psiquiátricas suben un 50% desde otoño en niños y adolescentes. *Cadena Ser*. Disponible en: https://cadenaser.com/ser/2021/06/02/sociedad/1622626343_288556.html
- Ruiz Cantero, María Teresa. (2021). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 95-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008>
- Ruiz-Pérez, Isabel & Pastor-Moreno, Guadalupe. (2020). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, pp. 2-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
- Schmits, E., & Glowacz, F. (2021). Changes in Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic: Impact of the Lockdown Conditions and Mental Health Factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00432-8>

- Sharma, Amalesh, & Bikash Borah, Sourav. (2020). COVID-19 and domestic violence: and indirect path to social and economic crisis. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>
- Solé-Auró, Aida, & Alcañiz, Manuela. (2016). Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *International Journal for Equity in Health* 15, 162. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0414-9>
- Valdés, Isabel. (25 de Mayo de 2021). Un plan para Atención Primaria plantea cerrar decenas de centros de salud en Madrid. *El País*. Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-05-25/un-plan-para-atencion-primaria-plantea-cerrar-decenas-de-centros-de-salud-en-madrid.html>
- Valiente, Carmen, Vázquez, Carmelo, Peinado, Vanesa, Contreras, Alba, Trucharte, Almudena, Bentall, Richard, & Martínez, Antón (2020). *Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Valls-Llobet, Carme. (2000). Desigualdades de género en salud pública. *Revista del Centro de Análisis y Programas Sanitarios*. Disponible en: <https://www.caps.cat/images/stories/7valls.pdf>
- Valls-Llobet, Carme. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitan Swing.
- van Barneveld, Kristin, Quinlan, Michael, Kriesler, Peter, & Junor, Anne. (2020). The COVID pandemic: lessons on building more equal and sustainable societies. *The Economic and Labour Relations Review*. Vol. 31(2), 133-157. <https://doi.org/10.1177/1035304620927107>
- Waisman, Viviana. (21 de Octubre de 2020). Aborto: una deuda pendiente con las mujeres y las niñas en España. *El País*. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/10/14/mujeres/1602669442_999756.html
- Zuidberg, Mark RJ, Shriwise, Amanda, de Boer, Lisanne M., & Johansen, Anne S. (2020). Assessing progress under Health 2020 in the European Region of the World Health Organization. *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 6, 1072–1077. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa091>

8. Anexos

8.1. Tablas

Tabla 1. Tabla de contingencia: sexo y ansiedad.

		Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia			Total	
		Sí	No	N.C.		
Sexo de la persona entrevistada	Hombre	Recuento	143	1373	1	1517
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	29,4%	53,0%	33,3%	49,2%
	Mujer	Recuento	344	1220	2	1566
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	70,6%	47,0%	66,7%	50,8%
Total	Recuento	487	2593	3	3083	
	% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 2. Prueba de hipótesis: relación entre sexo y ansiedad.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,564 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	94,085	2	,000
Asociación lineal por lineal	61,776	1	,000
N de casos válidos	3083		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,48.

Tabla 3. Tabla de contingencia: ansiedad y CCAA.

		Tabla cruzada				
		Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia			Total	
		Sí	No	N.C.		
Comunidad Autónoma	Andalucía	Recuento	114	452	0	566
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	23,4%	17,4%	0,0%	18,4%
(Principado de)	Asturias	Recuento	11	67	0	78
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	2,3%	2,6%	0,0%	2,5%
Canarias		Recuento	19	114	0	133
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	3,9%	4,4%	0,0%	4,3%
Cataluña		Recuento	84	395	0	479
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	17,2%	15,2%	0,0%	15,5%
Madrid (Comunidad de)		Recuento	84	355	0	439
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	17,2%	13,7%	0,0%	14,2%
Total (todas las CCAA)		Recuento	487	2593	3	3083
		% dentro de Incidencia de ataques de ansiedad desde que comenzó la pandemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4. Prueba de hipótesis: relación entre ansiedad y CCAA.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	62,832 ^a	36	,004	.	.
Razón de verosimilitud	56,731	36	,015	.	.
Prueba exacta de Fisher	.			.	.
Asociación lineal por lineal	5,355	1	,021	.	.
N de casos válidos	3083				

a. 24 casillas (42,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

b. No se puede calcular porque no hay memoria suficiente.

Tabla 5. Tabla de contingencia: sexo y depresión.

		Tabla cruzada Sexo de la persona entrevistada*Se ha sentido muy triste o deprimido/a							
		Se ha sentido muy triste o deprimido/a				N.S.	N.C.	Total	
		Muchas veces	Bastantes veces	Algunas veces	Ninguna o casi ninguna				
Sexo de la persona entrevistada	Hombre	Recuento	77	101	530	807	1	1	1517
		% dentro de Se ha sentido muy triste o deprimido/a	27,4%	30,5%	46,0%	61,3%	50,0%	100,0%	49,2%
	Mujer	Recuento	204	230	621	510	1	0	1566
		% dentro de Se ha sentido muy triste o deprimido/a	72,6%	69,5%	54,0%	38,7%	50,0%	0,0%	50,8%
Total		Recuento	281	331	1151	1317	2	1	3083
		% dentro de Se ha sentido muy triste o deprimido/a	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6. Prueba de hipótesis: relación entre sexo y depresión.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	182,113 ^a	5	,000
Razón de verosimilitud	186,531	5	,000
Asociación lineal por lineal	171,796	1	,000
N de casos válidos	3083		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,49.

Tabla 7. Tabla de contingencia: depresión por sexo y CCAA.

Recuento			Se ha sentido muy triste o deprimido/a					N.S.	N.C.	Total
			Muchas veces	Bastantes veces	Algunas veces	Ninguna o casi ninguna				
Comunidad autónoma										
Andalucía	Sexo de la persona entrevistada	Hombre	16	13	104	141			274	
		Mujer	54	49	116	73			292	
	Total		70	62	220	214			566	
Asturias (Principado de)	Sexo de la persona entrevistada	Hombre	3	3	19	21			46	
		Mujer	2	8	13	9			32	
	Total		5	11	32	30			78	
Canarias	Sexo de la persona entrevistada	Hombre	3	5	25	35			68	
		Mujer	6	7	18	34			65	
	Total		9	12	43	69			133	
	Total		13	17	66	77	1		174	
Cataluña	Sexo de la persona entrevistada	Hombre	13	15	77	125			230	
		Mujer	32	36	95	86			249	
	Total		45	51	172	211			479	
Madrid (Comunidad de)	Sexo de la persona entrevistada	Hombre	9	19	69	109		1	207	
		Mujer	35	28	95	74		0	232	
	Total		44	47	164	183		1	439	
Total (todas las CCAA)	Sexo de la persona entrevistada	Hombre	77	101	530	807	1	1	1517	
		Mujer	204	230	621	510	1	0	1566	
	Total		281	331	1151	1317	2	1	3083	

Tabla 8. Prueba de hipótesis: relación entre depresión, sexo y CCAA.

Pruebas de chi-cuadrado				
Comunidad autónoma		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Andalucía	Chi-cuadrado de Pearson	63,285 ^c	3	,000
	Razón de verosimilitud	66,126	3	,000

	Asociación lineal por lineal	58,503	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
	N de casos válidos	566		
Asturias (Principado de)	Chi-cuadrado de Pearson	6,081 ^e	3	,108
	Razón de verosimilitud	6,102	3	,107
	Asociación lineal por lineal	3,048	1	,081
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
	N de casos válidos	78		
Canarias	Chi-cuadrado de Pearson	2,421 ^g	3	,490
	Razón de verosimilitud	2,446	3	,485
	Asociación lineal por lineal	,620	1	,431
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
	N de casos válidos	133		
Cataluña	Chi-cuadrado de Pearson	25,047 ^k	3	,000
	Razón de verosimilitud	25,573	3	,000
	Asociación lineal por lineal	23,509	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
	N de casos válidos	479		
Madrid (Comunidad de)	Chi-cuadrado de Pearson	27,569 ^o	4	,000
	Razón de verosimilitud	28,983	4	,000
	Asociación lineal por lineal	25,385	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
	N de casos válidos	439		
Total (todas las CCAA)	Chi-cuadrado de Pearson	182,113 ^a	5	,000
	Razón de verosimilitud	186,531	5	,000
	Asociación lineal por lineal	171,796	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
	N de casos válidos	3083		

Tabla 9. Tabla de contingencia: tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia.

		Tabla cruzada Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico* Tratamiento desde el inicio de la pandemia de algún problema psicológico				
		Tratamiento desde el inicio de la pandemia de algún problema psicológico			Total	
		Sí	No	N.C.		
Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	Recuento	134	406	1	541
		% del total	4,3%	13,2%	0,0%	17,5%
	No	Recuento	63	2477	1	2541
		% del total	2,0%	80,3%	0,0%	82,4%

	N.C.	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total		Recuento	197	2884	2	3083
		% del total	6,4%	93,5%	0,1%	100,0%

Tabla 10. Prueba de hipótesis: relación entre tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	372,326 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	270,311	4	,000
Asociación lineal por lineal	198,024	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	251,851	3	,000
N de casos válidos	3083		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Tabla 11. Prueba de hipótesis: relación entre tratamiento (antes y desde el inicio de la pandemia) y sexo.

Pruebas de chi-cuadrado				
Sexo de la persona entrevistada		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	164,476 ^b	2	,000
	Razón de verosimilitud	106,905	2	,000
	Asociación lineal por lineal	95,489	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^c
	N de casos válidos	1517		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	198,160 ^d	4	,000
	Razón de verosimilitud	156,108	4	,000
	Asociación lineal por lineal	96,773	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	130,058	3	,000
	N de casos válidos	1566		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	372,326 ^a	4	,000
	Razón de verosimilitud	270,311	4	,000
	Asociación lineal por lineal	198,024	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	251,851	3	,000
	N de casos válidos	3083		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.
b. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

c. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

d. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Tabla 12. Tabla de contingencia: tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia, por CCAA.

Recuento		Tabla cruzada				
		Tratamiento desde el inicio de la pandemia de algún problema psicológico			Total	
Comunidad autónoma		Sí	No	N.C.		
Andalucía	Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	36	67		103
		No	12	450		462
		N.C.	0	1		1
	Total		48	518		566
Asturias (Principado de)	Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	4	14		18
		No	2	58		60
		Total	6	72		78
	Total		7	64		71
Canarias	Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	11	23		34
		No	3	96		99
		Total	14	119		133
	Total		7	167		174
Cataluña	Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	24	71	1	96
		No	8	375	0	383
		Total	32	446	1	479
	Total		23	416		439
Madrid (Comunidad de)	Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	19	67		86
		No	4	349		353
		Total	23	416		439
	Total (todas las CCAA)	Tratamiento antes de la pandemia de algún problema psicológico	Sí	134	406	1	541
No	63		2477	1	2541	
N.C.	0		1	0	1	
Total		197	2884	2	3083	

Tabla 13. Prueba de hipótesis: relación entre tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia, y CCAA.

		Pruebas de chi-cuadrado				
Comunidad autónoma		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Andalucía	Chi-cuadrado de Pearson	113,685 ^b	2	,000		
	Razón de verosimilitud	84,065	2	,000		
	Asociación lineal por lineal	73,549	1	,000		
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	.	.	.
	N de casos válidos	566				
Asturias (Principado de)	Chi-cuadrado de Pearson	6,957 ^g	1	,008		
	Corrección de continuidad ^e	4,552	1	,033		
	Razón de verosimilitud	5,699	1	,017		
	Prueba exacta de Fisher				,023	,023
	Asociación lineal por lineal	6,868	1	,009		
	N de casos válidos	78				
	Prueba de McNemar				,004 ^f	
Canarias	Chi-cuadrado de Pearson	23,105 ⁱ	1	,000		
	Corrección de continuidad ^e	20,096	1	,000		
	Razón de verosimilitud	19,815	1	,000		
	Prueba exacta de Fisher				,000	,000
	Asociación lineal por lineal	22,931	1	,000		
	N de casos válidos	133				
	Prueba de McNemar				,000 ^f	
Cataluña	Chi-cuadrado de Pearson	69,033 ^m	2	,000		
	Razón de verosimilitud	52,961	2	,000		
	Asociación lineal por lineal	11,232	1	,001		
	Prueba de McNemar-Bowker	.	.	.	.	.
	N de casos válidos	479				
Madrid (Comunidad de)	Chi-cuadrado de Pearson	61,192 ^q	1	,000		
	Corrección de continuidad ^e	57,043	1	,000		
	Razón de verosimilitud	45,801	1	,000		
	Prueba exacta de Fisher				,000	,000
	Asociación lineal por lineal	61,053	1	,000		
	N de casos válidos	439				
Total (todas las CCAA)	Chi-cuadrado de Pearson	372,326 ^a	4	,000		
	Razón de verosimilitud	270,311	4	,000		

Asociación lineal por lineal	198,024	1	,000		
Prueba de McNemar-Bowker	251,851	3	,000		
N de casos válidos	3083				

Tabla 14. Tabla de contingencia: consumo de psicofármacos antes y desde el inicio de la pandemia.

		Consumo, desde el inicio de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental				
		Sí	No	N.C.	Total	
Consumo, antes de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental	Sí	Recuento	85	186	1	272
		% del total	2,8%	6,0%	0,0%	8,8%
	No	Recuento	94	2715	0	2809
		% del total	3,0%	88,1%	0,0%	91,1%
	N.C.	Recuento	0	1	1	2
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	Recuento	179	2902	2	3083	
	% del total	5,8%	94,1%	0,1%	100,0%	

Tabla 15. Prueba de hipótesis: relación entre consumo de psicofármacos antes y desde el inicio de la pandemia.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1128,565 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	222,878	4	,000
Asociación lineal por lineal	422,635	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	32,229	3	,000
N de casos válidos	3083		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Tabla 16. Prueba de hipótesis: relación entre la variable “consumo” y sexo.

Pruebas de chi-cuadrado				
Sexo de la persona entrevistada		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	133,925 ^b	4	,000
	Razón de verosimilitud	61,960	4	,000
	Asociación lineal por lineal	13,961	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	12,333	3	,006
	N de casos válidos	1517		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	1762,797 ^c	4	,000
	Razón de verosimilitud	147,960	4	,000
	Asociación lineal por lineal	429,942	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	19,898	1	,000
	N de casos válidos	1566		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	1128,565 ^a	4	,000
	Razón de verosimilitud	222,878	4	,000
	Asociación lineal por lineal	422,635	1	,000
	Prueba de McNemar-Bowker	32,229	3	,000
	N de casos válidos	3083		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.
 b. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.
 c. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Tabla 17. Tabla de contingencia: consumo antes y desde el inicio de la pandemia, por CCAA.

		Tabla cruzada					
		Consumo, desde el inicio de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental			Total		
Comunidad autónoma		Sí	No	N.C.			
Andalucía	Consumo, antes de la	Sí	Recuento	28	44	1	73
	pandemia, de alguna	No	Recuento	16	476	0	492
	medicación debido a	N.C.	Recuento	0	1	0	1
	algún problema de salud mental						
	Total		Recuento	44	521	1	566
Asturias	Consumo, antes de la	Sí	Recuento	1	6		7

(Principado de)	pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental	No	Recuento	4	67		71
	Total		Recuento	5	73		78
Canarias	Consumo, antes de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental	Sí	Recuento	5	10		15
		No	Recuento	7	111		118
	Total		Recuento	12	121		133
Cataluña	Consumo, antes de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental	Sí	Recuento	9	20	0	29
		No	Recuento	17	432	0	449
		N.C.	Recuento	0	0	1	1
	Total		Recuento	26	452	1	479
Madrid (Comunidad de)	Consumo, antes de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental	Sí	Recuento	11	28		39
		No	Recuento	12	388		400
	Total		Recuento	23	416		439
Total	Consumo, antes de la pandemia, de alguna medicación debido a algún problema de salud mental	Sí	Recuento	85	186	1	272
		No	Recuento	94	2715	0	2809
		N.C.	Recuento	0	1	1	2
	Total		Recuento	179	2902	2	3083

Tabla 18. Prueba de hipótesis: relación entre consumo antes y desde el inicio de la pandemia, y CCAA.

Pruebas de chi-cuadrado							
			Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Comunidad autónoma	Andalucía	Chi-cuadrado de Pearson	116,793 ^b	4	,000		
		Razón de verosimilitud	75,891	4	,000		
		Asociación lineal por lineal	15,192	1	,000		
		Prueba de McNemar-Bowker	15,067	3	,002		
		N de casos válidos	566				

Asturias (Principado de)	Chi-cuadrado de Pearson	,795 ^f	1	,373		
	Corrección de continuidad ^d	,007	1	,934		
	Razón de verosimilitud	,622	1	,430		
	Prueba exacta de Fisher				,383	,383
	Asociación lineal por lineal	,785	1	,376		
	N de casos válidos	78				
	Prueba de McNemar				,754 ^e	
Canarias	Chi-cuadrado de Pearson	12,173 ^h	1	,000		
	Corrección de continuidad ^d	9,064	1	,003		
	Razón de verosimilitud	8,395	1	,004		
	Prueba exacta de Fisher				,005	,005
	Asociación lineal por lineal	12,081	1	,001		
	N de casos válidos	133				
	Prueba de McNemar				,629 ^e	
Cataluña	Chi-cuadrado de Pearson	518,405 ^l	4	,000		
	Razón de verosimilitud	35,718	4	,000		
	Asociación lineal por lineal	272,903	1	,000		
	Prueba de McNemar- Bowker	,243	1	,622		
	N de casos válidos	479				
Madrid (Comunidad de)	Chi-cuadrado de Pearson	45,472 ^p	1	,000		
	Corrección de continuidad ^d	40,537	1	,000		
	Razón de verosimilitud	26,233	1	,000		
	Prueba exacta de Fisher				,000	,000
	Asociación lineal por lineal	45,369	1	,000		
	N de casos válidos	439				
	Prueba de McNemar				,017 ^e	
Total (todas las CCAA)	Chi-cuadrado de Pearson	1128,565 ^a	4	,000		
	Razón de verosimilitud	222,878	4	,000		
	Asociación lineal por lineal	422,635	1	,000		
	Prueba de McNemar- Bowker	32,229	3	,000		
	N de casos válidos	3083				

Tabla 19. Tabla de contingencia: “trabajo remunerado” y sexo, por CCAA.

Tabla cruzada Sexo*Trabajo remunerado semana pasada*Comunidad Autónoma				Trabajo remunerado semana pasada			Total
				No válidos	Sí	No	
Comunidad Autónoma	Sexo	Varón	Recuento				
Andalucía	Sexo	Varón	Recuento	1829	4003	4832	10664
			% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	50,7%	57,2%	42,1%	48,3%
	Mujer	Recuento	1779	2994	6637	11410	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	49,3%	42,8%	57,9%	51,7%	
	Total	Recuento	3608	6997	11469	22074	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Asturias, Principado de	Sexo	Varón	Recuento	247	693	1063	2003
			% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	53,9%	51,1%	43,0%	46,7%
	Mujer	Recuento	211	664	1407	2282	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	46,1%	48,9%	57,0%	53,3%	
	Total	Recuento	458	1357	2470	4285	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Canarias	Sexo	Varón	Recuento	404	946	1500	2850
			% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	51,2%	51,6%	44,8%	47,7%
	Mujer	Recuento	385	887	1848	3120	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	48,8%	48,4%	55,2%	52,3%	
	Total	Recuento	789	1833	3348	5970	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Cataluña	Sexo	Varón	Recuento	1078	2600	2788	6466
			% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	50,8%	52,2%	45,1%	48,6%
	Mujer	Recuento	1046	2385	3397	6828	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	49,2%	47,8%	54,9%	51,4%	
	Total	Recuento	2124	4985	6185	13294	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Madrid, Comunidad de	Sexo	Varón	Recuento	700	1732	1614	4046
			% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	52,5%	51,2%	41,6%	47,1%
	Mujer	Recuento	634	1650	2266	4550	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	47,5%	48,8%	58,4%	52,9%	
	Total	Recuento	1334	3382	3880	8596	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	Sexo	Varón	Recuento	10698	26422	31718	68838
			% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	51,5%	54,0%	43,3%	48,2%
	Mujer	Recuento	10068	22483	41461	74012	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	48,5%	46,0%	56,7%	51,8%	
	Total	Recuento	20766	48905	73179	142850	
		% dentro de Trabajo remunerado semana pasada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 20. Prueba de hipótesis: relación entre sexo y trabajo remunerado, por CCAA.

Pruebas de chi-cuadrado				Significación asintótica (bilateral)
Comunidad Autónoma		Valor	df	
Andalucía	Chi-cuadrado de Pearson	405,519 ^b	2	,000
	Razón de verosimilitud	406,745	2	,000
	N de casos válidos	22074		
Asturias, Principado de	Chi-cuadrado de Pearson	33,334 ^d	2	,000
	Razón de verosimilitud	33,339	2	,000
	N de casos válidos	4285		
Canarias	Chi-cuadrado de Pearson	26,372 ^f	2	,000
	Razón de verosimilitud	26,379	2	,000
	N de casos válidos	5970		
Cataluña	Chi-cuadrado de Pearson	59,907 ^j	2	,000
	Razón de verosimilitud	59,961	2	,000
	N de casos válidos	13294		
Madrid, Comunidad de	Chi-cuadrado de Pearson	85,560 ⁿ	2	,000
	Razón de verosimilitud	85,772	2	,000
	N de casos válidos	8596		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	1448,050 ^a	2	,000
	Razón de verosimilitud	1450,316	2	,000
	N de casos válidos	142850		

Tabla 21. Tabla de contingencia: sexo y búsqueda de empleo, agrupado por CCAA.

Tabla cruzada Sexo*Búsqueda de empleo*Comunidad Autónoma				Búsqueda de empleo			Total
				No válidos	Sí	No	
Comunidad Autónoma		Sexo	Varón	Recuento			
Andalucía	Sexo	Varón	Recuento	7009	947	2708	10664
			% dentro de Búsqueda de empleo	52,4%	44,5%	41,2%	48,3%
	Mujer	Recuento	6357	1183	3870	11410	
		% dentro de Búsqueda de empleo	47,6%	55,5%	58,8%	51,7%	
	Total	Recuento	13366	2130	6578	22074	
		% dentro de Búsqueda de empleo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Asturias, Principado de	Sexo	Varón	Recuento	1245	116	642	2003
			% dentro de Búsqueda de empleo	48,0%	46,4%	44,6%	46,7%
	Mujer	Recuento	1351	134	797	2282	
		% dentro de Búsqueda de empleo	52,0%	53,6%	55,4%	53,3%	
	Total	Recuento	2596	250	1439	4285	
		% dentro de Búsqueda de empleo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Canarias	Sexo	Varón	Recuento	1667	306	877	2850
			% dentro de Búsqueda de empleo	48,8%	48,6%	45,5%	47,7%
	Mujer	Recuento	1746	324	1050	3120	
		% dentro de Búsqueda de empleo	51,2%	51,4%	54,5%	52,3%	
	Total	Recuento	3413	630	1927	5970	
		% dentro de Búsqueda de empleo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Cataluña	Sexo	Varón	Recuento	4551	384	1531	6466
			% dentro de Búsqueda de empleo	50,0%	46,8%	45,3%	48,6%

	Mujer	Recuento	4544	436	1848	6828
		% dentro de Búsqueda de empleo	50,0%	53,2%	54,7%	51,4%
	Total	Recuento	9095	820	3379	13294
		% dentro de Búsqueda de empleo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Madrid, Comunidad de	Sexo Varón	Recuento	2912	237	897	4046
		% dentro de Búsqueda de empleo	48,7%	43,4%	43,2%	47,1%
	Mujer	Recuento	3064	309	1177	4550
		% dentro de Búsqueda de empleo	51,3%	56,6%	56,8%	52,9%
	Total	Recuento	5976	546	2074	8596
		% dentro de Búsqueda de empleo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (todas las CCAA)	Sexo Varón	Recuento	46486	4471	17881	68838
		% dentro de Búsqueda de empleo	50,7%	44,9%	43,5%	48,2%
	Mujer	Recuento	45266	5490	23256	74012
		% dentro de Búsqueda de empleo	49,3%	55,1%	56,5%	51,8%
	Total	Recuento	91752	9961	41137	142850
		% dentro de Búsqueda de empleo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 22. Prueba de hipótesis: relación entre desempleo y CCAA.

Pruebas de chi-cuadrado				
Comunidad Autónoma		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Andalucía	Chi-cuadrado de Pearson	238,281 ^b	2	,000
	Razón de verosimilitud	239,151	2	,000
	N de casos válidos	22074		
Asturias, Principado de	Chi-cuadrado de Pearson	4,172 ^d	2	,124
	Razón de verosimilitud	4,176	2	,124
	N de casos válidos	4285		

Canarias	Chi-cuadrado de Pearson	5,675 ^f	2	,059
	Razón de verosimilitud	5,680	2	,058
	N de casos válidos	5970		
Cataluña	Chi-cuadrado de Pearson	23,202 ^l	2	,000
	Razón de verosimilitud	23,230	2	,000
	N de casos válidos	13294		
Madrid, Comunidad de	Chi-cuadrado de Pearson	21,686 ⁿ	2	,000
	Razón de verosimilitud	21,738	2	,000
	N de casos válidos	8596		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	636,201 ^a	2	,000
	Razón de verosimilitud	637,520	2	,000
	N de casos válidos	142850		

Tabla 23. Tabla de contingencia: relación entre sexo y razones de no búsqueda de trabajo, por CCAA.

Tabla cruzada Sexo*Razones no búsqueda empleo*Comunidad Autónoma										
Comunidad Autónoma		Razones no búsqueda de empleo								Total
		No hay empleo adecuado disponible	Está afectado por una regulación de empleo	Por enfermedad o incapacidad propia	Responsabilidades de cuidado de hijos u otros familiares	Tiene otras responsabilidades familiares o personales	Está cursando estudios o recibiendo formación	Está jubilado	Otras razones	
Andalucía	S Varón	69	37	511	23	40	766	1051	200	10664
	x Mujer	132	52	524	321	518	840	697	781	11410
	Total	201	89	1035	344	558	1606	1748	981	22074
Asturias, Principado de	S Varón	8	6	98	8	8	130	358	24	2003
	x Mujer	16	12	89	51	162	121	195	149	2282

Total		24	18	187	59	170	251	553	173	4285
Canarias	S Varón	33	46	179	4	20	199	310	82	2850
	x Mujer	35	57	182	61	106	197	200	207	3120
	Total	68	103	361	65	126	396	510	289	5970
Cataluña	S Varón	4	27	236	14	26	378	742	100	6466
	x Mujer	13	37	254	161	147	333	615	284	6828
	Total	17	64	490	175	173	711	1357	384	13294
Madrid, Comunidad de	S Varón	12	15	87	8	25	258	441	51	4046
	x Mujer	16	8	121	68	122	261	358	218	4550
	Total	28	23	208	76	147	519	799	269	8596
Total	S Varón	250	245	2849	152	311	4625	8213	1188	68838
	x Mujer	499	322	2866	1729	2720	4705	5691	4669	74012
	Total	749	567	5715	1881	3031	9330	13904	5857	142850

Tabla 24. Prueba de hipótesis: relación entre sexo y razones de no búsqueda de empleo, por CCAA.

Pruebas de chi-cuadrado				Significación asintótica (bilateral)
Comunidad Autónoma		Valor	df	
Andalucía	Chi-cuadrado de Pearson	1098,719 ^b	9	,000
	Razón de verosimilitud	1248,041	9	,000
	N de casos válidos	22074		
Asturias, Principado de	Chi-cuadrado de Pearson	303,152 ^d	9	,000
	Razón de verosimilitud	348,128	9	,000
	N de casos válidos	4285		
Canarias	Chi-cuadrado de Pearson	178,335 ^f	9	,000
	Razón de verosimilitud	195,764	9	,000
	N de casos válidos	5970		

Cataluña	Chi-cuadrado de Pearson	308,575 ^j	9	,000
	Razón de verosimilitud	342,671	9	,000
	N de casos válidos	13294		
Madrid, Comunidad de	Chi-cuadrado de Pearson	215,836 ⁿ	9	,000
	Razón de verosimilitud	237,613	9	,000
	N de casos válidos	8596		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	5677,991 ^a	9	,000
	Razón de verosimilitud	6329,308	9	,000
	N de casos válidos	142850		

8.2. Gráficos

Gráfico 15. Tratamiento antes de la pandemia, según sexo y CCAA.

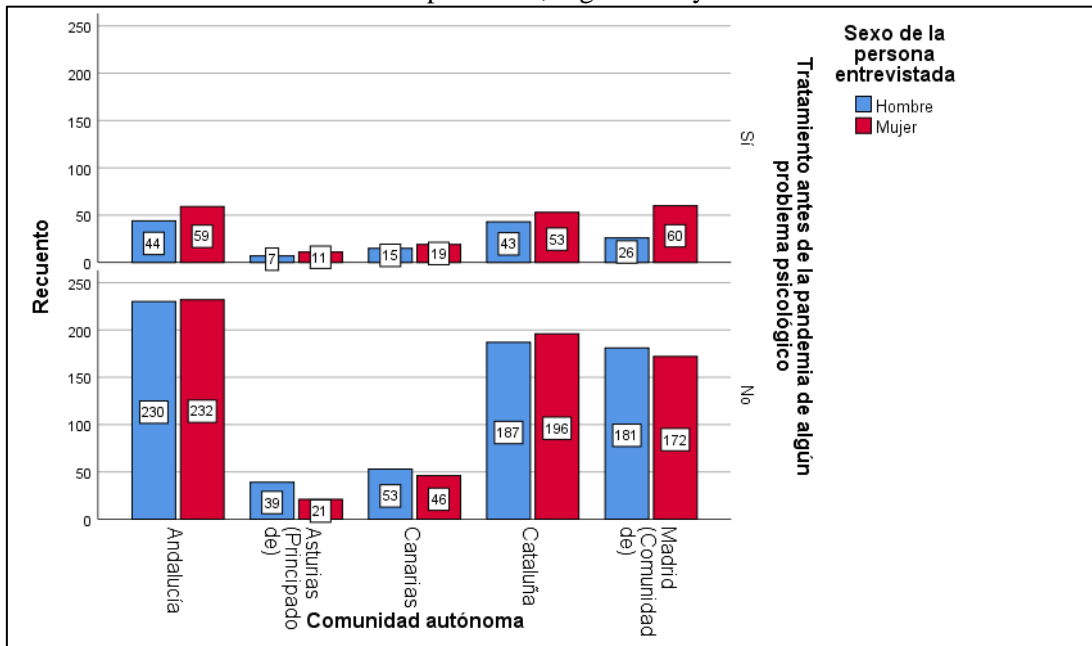


Gráfico 16. Tratamiento desde el inicio de la pandemia, según sexo y CCAA.

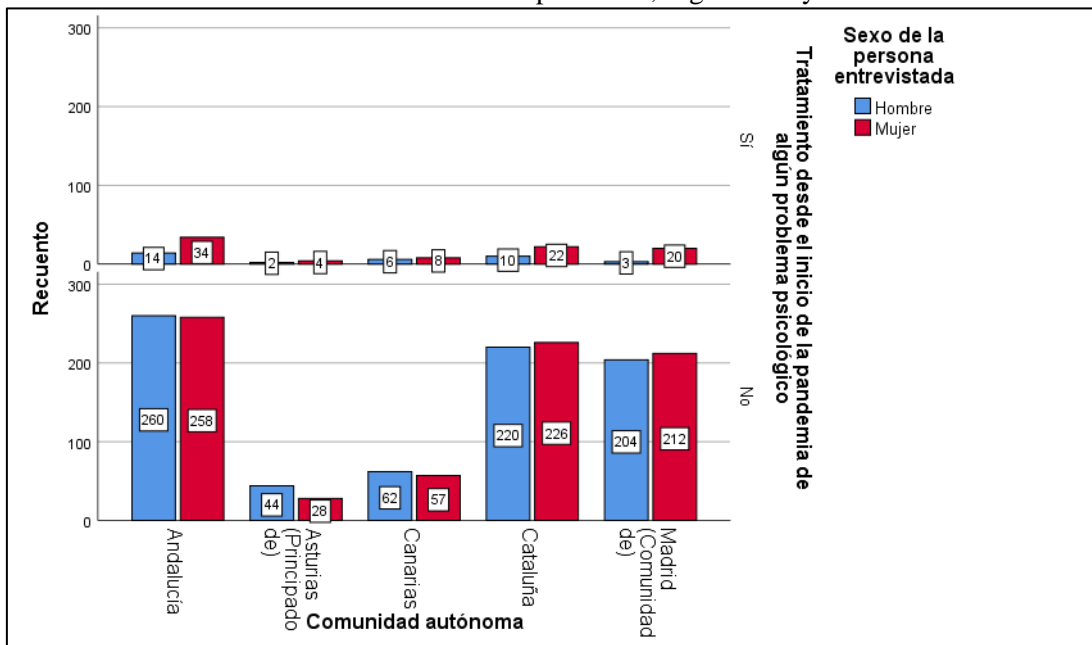


Gráfico 17. Consumo antes de la pandemia, según sexo y CCAA.

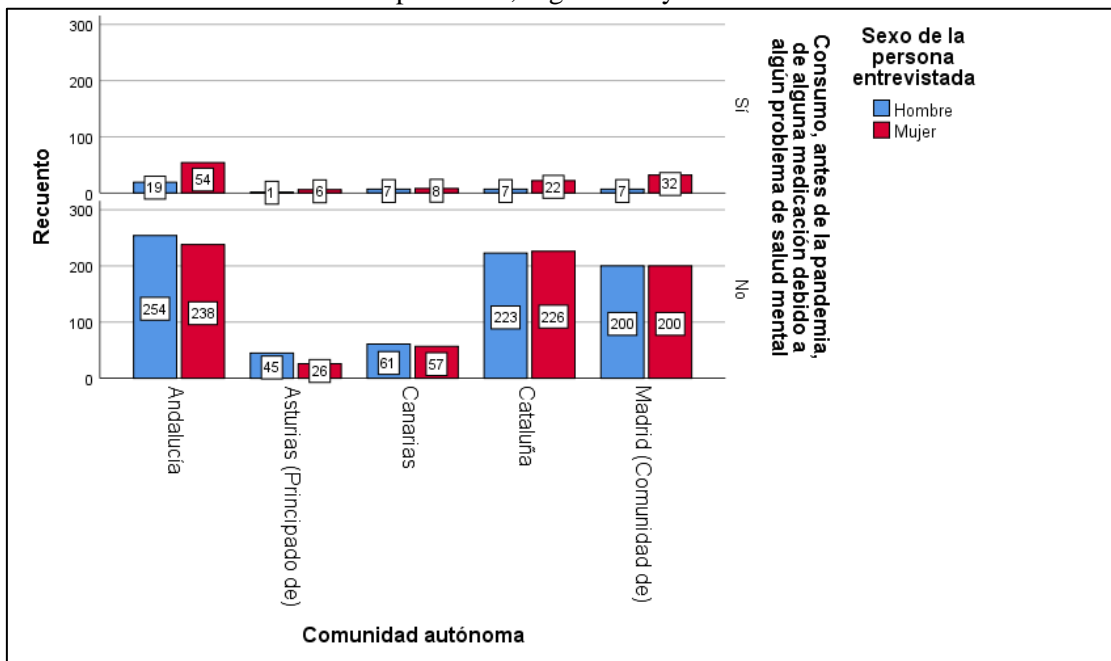


Gráfico 18. Consumo desde el inicio de la pandemia, según sexo y CCAA.

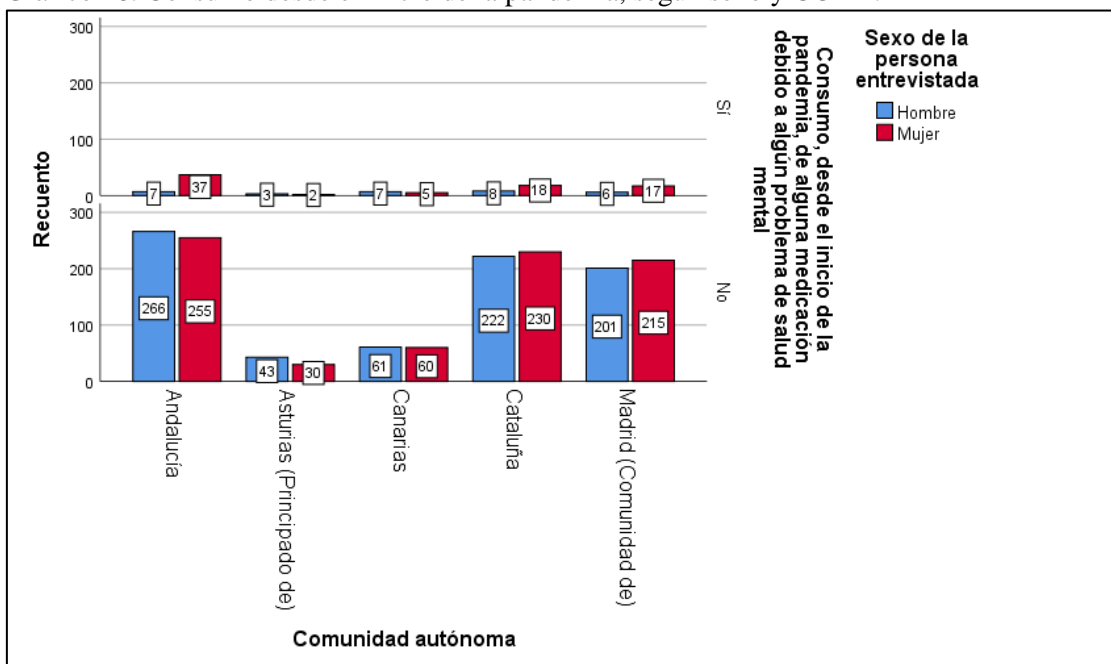


Gráfico 19. Trabajo remunerado según CCAA: varones.

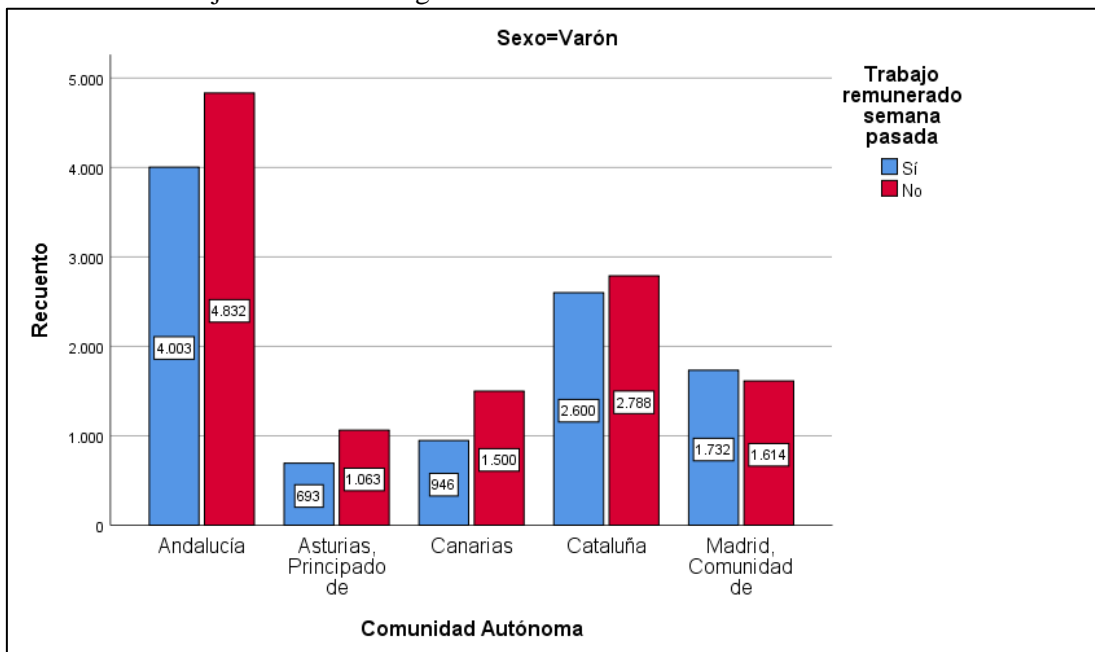


Gráfico 20. Búsqueda de empleo según CCAA: varones.

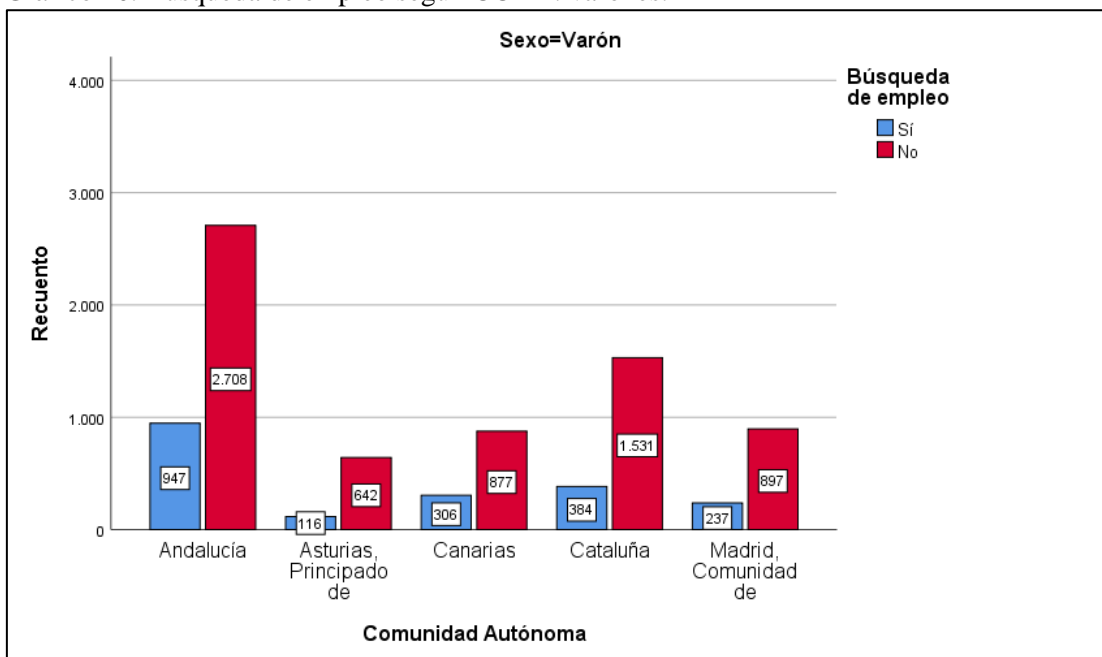


Gráfico 21. Búsqueda de empleo según CCAA: mujeres.

