

COVID-19 y desigualdad de género en España: consecuencias de la pandemia para las mujeres en empleo y salud mental

Ángela Ruiz-Larrea Lucía¹

Recibido: Septiembre 2021 / Revisado: Marzo 2022 / Aceptado: Marzo 2022

Resumen: Objetivos. Se prevé que la pandemia de COVID-19 aumentará la desigualdad global y la desigualdad de género, deteriorando la salud y autonomía económica de las mujeres, haciéndolas más vulnerables a sufrir violencia machista. El propósito del trabajo es explorar cómo la desigualdad de género se ha acentuado en España en el ámbito laboral y de salud mental a raíz de la pandemia. **Metodología.** 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 las Encuestas de Población Activa del Primer y Segundo Trimestre de 2021 (INE, 2021), para analizar las consecuencias de la pandemia y su repercusión sobre la desigualdad de género en España. **Resultados.** Se aprecia una importante brecha de género en todas las comunidades analizadas (Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña y Madrid) tanto en el ámbito laboral como de salud mental, dado que las administraciones no han incorporado la perspectiva de género a la hora de gestionar la pandemia. **Discusión.** Dentro de los principales factores que sostienen la desigualdad entre hombres y mujeres cabe destacar el reparto del trabajo de cuidados, que obstaculiza el desarrollo de la autonomía económica y emocional de las mujeres, mermando su salud mental e incrementando el riesgo de sufrir violencia. Se proponen algunas medidas para corregir esta desigualdad. **Palabras Clave:** desigualdad, género, salud mental, empleo, COVID-19, mujeres, España.

[en] COVID-19 and gender inequality in Spain: pandemic consequences for women in work sphere and mental health

Abstract: Objectives. The COVID-19 pandemic is expected to increase global and gender inequality, deteriorating women's health and economic autonomy, making them more vulnerable to gender-based violence. The purpose of the paper is to explore how gender inequality has been accentuated in Spain in the field of employment and mental health due to the pandemic. **Methods.** 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 Labor Force Surveys of the First and Second Quarter of 2021 (INE, 2021) has been carried out to analyze the consequences of the pandemic and its impact on gender inequality in Spain. **Results.** The results show a significant gender gap in all the autonomous communities analyzed (Andalusia, Asturias, Canary Islands, Catalonia and Madrid) in both fields of labor and mental health, given that the pandemic has not been administered with a gender perspective. **Discussion.** Among the main factors that sustain inequality between men and women is the distribution of care work. These hinder the development of women's economic and emotional autonomy, undermining their mental health and increasing the risk of suffering gender-based violence. Some proposals are made to correct this inequality. **Keywords:** inequalities, gender, mental health, employment, COVID-19, women, Spain.

Sumario: 1. Introducción. 2. Objetivos, hipótesis y metodología. 2.1. Objetivos e hipótesis. 2.2. Metodología. 3. Marco teórico. 3.1. Desigualdades sociales en salud. 3.2. El derecho a la salud como una reivindicación feminista. 3.3. Desigualdad territorial. 4. Consecuencias de la crisis COVID-19 para la situación de las mujeres. 4.1. Evidencia empírica previa. 4.1.1. *Ámbito laboral*. 4.1.2. *Violencia machista*. 4.1.3. *Salud mental*. 4.2. Resultados del análisis de datos. 4.2.1. *Salud mental*. 4.2.2. *Ámbito laboral*. 5. Conclusiones. Referencias bibliográficas. 6. Anexos.

Cómo citar: Ruiz-Larrea Lucía, Á. (2022). COVID-19 y desigualdad de género en España: consecuencias de la pandemia para las mujeres en empleo y salud mental, en *Revista de Investigaciones Feministas*, 13(1), pp. 39-51.

1. Introducción

Según varios autores, la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 aumentará las desigualdades sociales, tanto dentro de un mismo país como entre distintos países (van Barneveld *et al.*, 2020) incluyendo también las desigualdades entre hombres y mujeres (Oxfam Intermón, 2021). Debido a los cambios en los

¹ Universidad Pompeu Fabra, España.
angela.ruizlarrea@upf.edu
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8501-1902>
Google Scholar: https://scholar.google.com/citations?user=gRN_9N8AAAAJ&hl=es&authuser=2

hábitos de vida (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2020) y el desequilibrio en el reparto de cuidados, la crisis tendrá un impacto mayor en las mujeres que en los hombres (Espinel Vallejo, 2020), traducándose en una pérdida relativa de recursos por parte de las mujeres, ya en previa desventaja frente a los varones (Peck, 2020).

De acuerdo al fenómeno denominado «la tiranía de lo urgente» (Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell, 2020, pág. 419), en la gestión de las pandemias tiende a priorizarse la respuesta biomédica, obviando las desigualdades sociales estructurales, lo que se traduce en un aumento de la desigualdad de género (Del Río-Lozano y García Calvente, 2020). Las consecuencias de esta crisis para las mujeres serán complejas y difíciles de revertir en el corto plazo (Oxfam Intermon, 2021) y van desde el mayor riesgo de contagio (Martín, Bacigalupe y Jiménez-Carrillo, 2021) y la pérdida de empleo (Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell, 2020; Alon *et al.*, 2020) hasta el incremento del riesgo de sufrir violencia machista (Sharma y Bikash Borah, 2020; Hawie Lora, 2020) o el mayor deterioro de la salud mental (Espinel Vallejo, 2020; Arpino *et al.*, 2020). Además, la pandemia ha visibilizado el trabajo de cuidados 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.

2. Objetivos, hipótesis y metodología

2.1. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal del trabajo es explorar cómo la desigualdad de género se ha acentuado en España desde el inicio de la pandemia de COVID-19. Como objetivos específicos, se explorará el aumento de la desigualdad en el ámbito de la salud mental, mediante la Encuesta de Salud Mental de los/as españoles/as durante la pandemia de COVID-19 (CIS), y en el ámbito laboral, mediante datos de las Encuestas de Población Activa del Primer y Segundo Trimestre de 2021 (INE).

Además, se analizarán las diferencias en cuanto a la desigualdad de género en varias Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña y Madrid), para reflejar la desigualdad territorial dentro del país. La hipótesis principal es que la desigualdad ha aumentado a raíz de la pandemia, de modo que las mujeres presentan peores indicadores que los varones en salud mental y en el ámbito laboral en la mayoría de las Comunidades Autónomas analizadas.

2.2. Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado en la base de datos de la Biblioteca de la Universidad Complutense y en Google Scholar, con las siguientes palabras clave: *health inequalities, public health, gender inequalities, COVID-19, health inequalities indicators, Spain, mental health, teleworking, desigualdades, género y teletrabajo*, limitando los resultados de la búsqueda a artículos revisados por especialistas de los últimos 5 años y con acceso abierto.

Para el análisis de los datos, se han utilizado tres fuentes: por un lado, la Encuesta de Salud Mental de los/as Españoles/as Durante la Pandemia de la COVID-19 (N=3.083) (CIS, 2021), y, por otro, las Encuestas de Población Activa del Primer Trimestre de 2021 (N=142.850) y del Segundo Trimestre de 2021 (N=137.626) (INE, 2021). En la primera encuesta, las variables de análisis han sido «ansiedad», «depresión», «tratamiento por un problema psicológico» y «consumo de psicofármacos»; mientras que, en las dos segundas, se han analizado las variables «desempleo», «búsqueda de empleo» y «razones para no buscar empleo». Todos los análisis se han realizado con las variables independientes «sexo» y «comunidad autónoma», con el objetivo de indagar diferencias entre grupos según dichas variables.

El análisis de los datos se ha realizado en cinco comunidades autónomas: Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña y Madrid, elegidas según los siguientes criterios: representatividad demográfica del país, diferentes resultados en la gestión de la pandemia y gobiernos de diferentes partidos políticos. Mediante el programa SPSS IBM Statistics, se han revisado los Índices de contingencia entre variables y se han aplicado los test de Chi cuadrado y McNemar, con un intervalo de confianza del 95%.

3. Marco teórico

3.1. Desigualdades sociales en salud

Varios estudios han mostrado la correlación existente entre la desigualdad social y el grado de bienestar, salud y seguridad de una determinada sociedad, de modo que 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 (Gili *et al.*, 2013; Benach *et al.*, 2015; Urbanos-Garrido y López Valcárcel, 2015).

Sería necesario realizar una aproximación multicausal e integral, que considere las relaciones entre los determinantes sociales en salud en distintos niveles (Dreger, Gerlinger y Bolte, 2016; Solé-Auró y Alcañiz, 2016), teniendo en cuenta 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). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos señala 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, que perjudican a la población con menos recursos (OECD Health Policy Studies, 2019).

En línea con ello, según el Informe FOESSA del año 2019, las desigualdades sociales han aumentado en España en la última década, especialmente entre la población joven (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, pág. 217). A su vez, en todos los grupos de edad, son las mujeres quienes se encuentran en peor situación que los varones; mientras que para ellos el riesgo de exclusión se ha reducido desde 2013, para las mujeres este indicador sigue en aumento desde 2008 (Fundación FOESSA, 2019, pág. 219). Según datos del Instituto de las Mujeres, 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 los tramos de menores de 29 años (Instituto de las Mujeres, 2021). Según algunos autores (Dreger, Gerlinger y Bolte, 2016), en 2016 había una brecha de 16 puntos en la tasa de empleo entre hombres y mujeres en España y los hombres reportaban un grado de bienestar subjetivo cuatro puntos por encima de las mujeres.

En conjunto, los estudios muestran que, cuando en una sociedad las desigualdades sociales 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). Instrumentos como Health Index 2020 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 *et al.*, 2020). Igualmente, 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 *et al.*, 2021; Pinillos-Franco y Somarriba, 2018).

3.2. El derecho a la salud como una reivindicación feminista

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). Un aspecto fundamental de esta demanda feminista es la crítica al sesgo androcéntrico que predomina en todo este ámbito cuando, por ejemplo, se invisibiliza a las mujeres al excluirlas de las investigaciones clínicas y al no analizar los resultados por sexo (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 algunas autoras (Martín, Bacigalupe y Jiménez Carrillo, 2021), a lo que cabe sumar la escasa investigación de los posibles efectos adversos de las vacunas en las mujeres.

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 *et al.*, 2020; Cambois, Solé-Auró y Robine, 2019; Aránguez, 2018). 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).

Otras autoras 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 (Aránguez, 2018). 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, lo que se traduce en una gran discriminación hacia las mujeres que las padecen (Aránguez, 2018).

Una autora de referencia en este campo es Carme Valls-Llobet (2020), que 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 del trabajo de cuidados en la esfera doméstica, que repercute en sus posibilidades de emancipación económica, de modo que se ven diferencialmen-

te 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 resumen, las condiciones de vida y trabajo de las mujeres son diferentes a las de los varones, lo que se verá reflejado en los estados de salud de uno y otro grupo.

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, pág. 17). De aquí se deriva un mayor consumo de psicofármacos por parte de las mujeres, en tanto que los problemas de salud mental tienden a gestionarse en los servicios sanitarios desde la medicalización (Valls-Llobet, 2020), algo que también se ha constatado en recientes estudios con población joven (Megías *et al.*, 2021).

3.3. Desigualdad territorial

En España, 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, caracterizada por su enfrentamiento al gobierno central y el rechazo a las restricciones de movilidad, 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). Sin embargo, Asturias, que ha seguido una política más estricta en cuanto a las restricciones, el rastreo de los contagios y la vacunación, presenta un número de contagios mucho más bajo. Las diferencias en el gasto público en salud por habitante también son considerables: según datos del 2018, mientras que Asturias gastó 1.683 euros en salud por habitante y Canarias 1.530, Madrid –la comunidad con el PIB *per cápita* más alto– gastó solamente 1.289 (Ministerio de Sanidad, 2018).

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, pág. 214), mientras que Asturias –pese a su bajo PIB– 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). Cataluña y Andalucía presentan porcentajes bastante similares (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, pág. 214). Los resultados de este informe apuntan a que sigue existiendo una estrecha relación entre salud y exclusión social (Fundación FOESSA, 2019, pág. 216).

4. Consecuencias de la crisis COVID-19 para la situación de las mujeres

4.1. Evidencia empírica previa

4.1.1. *Ámbito laboral*

En la Encuesta de Población Activa del Primer Trimestre de 2021 (Instituto Nacional de Estadística, 2021), es posible apreciar que la tasa de paro es notablemente mayor en las mujeres que en los hombres en todas las comunidades autónomas. A este respecto, se pueden encontrar 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 la diferencia es 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 (INE, 2021).

Ninguna política pública es neutra en términos de género; en el ámbito laboral, las medidas que no reducen la desigualdad entre hombres y mujeres tienden a aumentarla. Si bien durante el primer confinamiento la par-

participación de los hombres en las tareas del hogar aumentó, se reprodujo el esquema sexista en cuanto al reparto del trabajo de cuidados (Farré *et al.*, 2020). Por otro lado, las mujeres han sido las más afectadas por los ERTes y la reactivación del empleo femenino está siendo más lenta que la de los varones desde 2020, algo que podría cronificarse si no se toman medidas específicas (Alvargómezz, Pidkuyko y Villanueva, 2020).

4.1.2. *Violencia machista*

Recientes estudios también señalan que la crisis generada por la pandemia ha recrudecido la situación de las mujeres y que ha aumentado los factores de riesgo en relación a la violencia machista (Hawie Lora, 2020), fenómeno que ha sido denominado por la ONU «la pandemia en la sombra» (Mateos Casado, 2021). En España, por ejemplo, las llamadas al 016 aumentaron durante el primer confinamiento (marzo de 2020) un 10,5% respecto al mes de marzo de 2019; pese a ello, las denuncias se habrían reducido un 40% (Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020). Es decir, pese a que las mujeres necesitan y reclaman ayuda, no pueden salir de la relación de violencia si no tienen asegurada su independencia (material y emocional). De hecho, algunos autores habían 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), algo que, tristemente, se ha confirmado con el tiempo.

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. 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. Por tanto, no sirven 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, dado que ésta es una variable que frecuentemente retiene a las mujeres junto a sus agresores.

Es también 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, aumentando 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 *et al.*, 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 *et al.*, 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 *et al.*, 2021). Dichas autopercepciones 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.

4.1.3. *Salud mental*

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, especialmente en las mujeres (Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell, 2020). Según algunas autoras, en la fase de confinamiento estricto uno de cada cinco españoles sufrió síntomas significativos de depresión, ansiedad y/o estrés posttraumático, con mayor prevalencia en mujeres que en varones, así como en personas jóvenes (Valiente *et al.*, 2020). Otra encuesta oficial 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).

La misma institución, en otra encuesta posterior, 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 *et al.*, 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 *et al.*, 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 *et al.*, 2020; Cherikh *et al.*, 2020). En relación al teletrabajo, estudios previos muestran que los efectos negativos de esta modalidad laboral se relacionan con el incremento del estrés y con emociones como la soledad, la culpa, la preocupación y la irritabilidad (Mann y Holdsworth, 2003), algo que se ha confirmado en estudios recientes en el contexto de la pandemia (Escudero-Castillo, Mato-Díaz, y Rodríguez-Álvarez, 2021).

Algunos autores señalan que uno de los colectivos con mayor vulnerabilidad a la hora de desarrollar problemas de salud mental son los niños/as y adolescentes (Buitrago *et al.*, 2021), lo que pone de relieve la difícil situación que atraviesa la juventud en nuestro país y es 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.

4.2. Resultados del análisis de datos

4.2.1. Salud mental

A continuación se describirá con detalle el análisis cuantitativo de la Encuesta de Salud Mental de los/as Españoles/as Durante la Pandemia de la COVID-19 (N=3.083) (CIS, 2021). En primer lugar, se advierten diferencias significativas por sexo en todas las variables analizadas, de manera que los resultados indican que son las mujeres las que sufren en mayor proporción problemas de ansiedad y depresión, quienes más acuden a tratamiento por un problema psicológico y quienes más consumen psicofármacos. Las comunidades donde se aprecia una mayor incidencia de problemas de salud mental son Andalucía, Cataluña y Madrid.

En el Gráfico 1² 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. En todas las comunidades, la incidencia de ataques de ansiedad es mayor en el grupo de mujeres que en el de hombres (Gráfico 2). 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, el 67,3% de las mujeres (n=1.055) han señalado sentirse tristes o deprimidas con una frecuencia relativamente habitual (entre «algunas veces» y «muchas veces»), cifra que desciende hasta el 44,8% en el caso de los hombres (Gráfico 3). En Madrid, Cataluña y Andalucía se aprecia mayor incidencia de problemas depresivos y también mayores diferencias en función del sexo: el porcentaje de mujeres que manifiestan este malestar «muchas veces» es siempre superior al de hombres (Madrid 79,5%, Andalucía 77,1% y Cataluña 71,1%).

Las personas que refirieron estar en tratamiento por un problema psicológico (n=197) suponen un 6,4% de la muestra total; este grupo está compuesto en un 68% por mujeres. Ellas constituyen la mayoría de todos los grupos que han recibido tratamiento, ya sea antes de la pandemia (59,6%) o desde el inicio de la misma (68%) (Gráfico 4). Las diferencias por sexo difieren según la comunidad de residencia, siendo mayores en la Comunidad de Madrid (70%), aunque en todas las autonomías las mujeres suponen más de el 56% de las personas que han recibido tratamiento en algún momento de su vida.

También hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el consumo de psicofármacos en todas las autonomías. Así, las mujeres constituyen la mayoría en todos los grupos que han consumido psicofármacos, con independencia de si el consumo eran antes (69,7%) o desde el inicio de la pandemia (71,5%) (Gráfico 5).

4.2.2. Ámbito laboral

Asimismo, se han analizado las Encuestas de Población Activa (EPA) del Primer Trimestre de 2021 (N=142.850) y del Segundo Trimestre de 2021 (N=137.626) (INE, 2021). En el análisis de dichas encuestas, se advierte que las mujeres se han visto más afectadas por el desempleo que los varones y que tienen más dificultades para buscar empleo fuera del hogar, principalmente por motivos relacionados con responsabilidades familiares y de cuidados. Las diferencias por razón de sexo son significativas en todas las comunidades analizadas, aunque más acusadas en las comunidades de Andalucía, Madrid y Cataluña.

En la EPA publicada en abril de 2021, del grupo de personas que no trabajaron, las mujeres constituyen más de la mitad en todas las comunidades: 58,4% en Madrid, 57,9% en Andalucía, 57% en Asturias, 55,2% en Canarias y 54,9% en Cataluña (Gráfico 6). Este patrón se repite en la EPA publicada tres meses después (Gráfico 7).

² Revisar Anexo.

De las personas encuestadas en abril, 41.137 refirieron no haber buscado empleo durante el último mes, lo que supone un 28,8% del total de la muestra; mientras que en julio fueron 38.768, lo que significa un 28,2% de la muestra. Los datos del mes de julio muestran que, continuando con la tendencia anterior, en todas las comunidades, son más las mujeres que manifiestan no buscar empleo que las que sí lo hacen (Gráfico 8).

Al analizar los motivos de las que no buscan trabajo, encontramos diferencias significativas por sexo, especialmente en lo referido a los motivos relacionados con el cuidado de familiares. En el análisis de la EPA del Primer Trimestre, se encontró que, de las personas que refieren no buscar trabajo por este motivo, las mujeres suponen más del 80% en todas las autonomías. Los datos de julio confirman esta tendencia, como se puede ver en el Gráfico 9. Del mismo modo, hay un porcentaje importante de personas que refieren no buscar trabajo por «otras razones», donde una abrumadora mayoría -más del 85%- son mujeres.

5. Conclusiones

A modo de conclusión, a partir del análisis realizado se advierte que existe en España una importante brecha de género en materia de empleo y de salud mental, que, si bien ya existía anteriormente, parece estar cronificándose con la pandemia.

Respecto a la salud mental, se advierte a partir de los datos que las mujeres presentan mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como mayor consumo de psicofármacos y mayor asistencia a tratamiento por problemas psicológicos. Ello revela una tendencia previa en aumento como consecuencia de una gestión de la pandemia sin perspectiva de género y sin un análisis riguroso de las consecuencias de esta crisis en la salud mental de la población.

Igualmente, en el ámbito laboral, se advierte que son las mujeres las que reciben un impacto mayor de la crisis, como ya se ha señalado en estudios, de modo que sería una tendencia que estaría consolidándose en nuestro país. Ellas se ven más afectadas por el desempleo en todas las comunidades autónomas, y también se enfrentan a más obstáculos a la hora de buscar trabajo. El principal de ellos es el trabajo de cuidados, una carga laboral que ellas asumen de manera no reconocida y no remunerada, con importantes costes para su salud, y uno de los principales motivos por el que las mujeres refieren no buscar trabajo remunerado fuera de casa.

Las desigualdades observadas son mayores en las comunidades urbanas y más pobladas (Madrid, Cataluña y Andalucía), lo que puede guardar relación con el aumento de la desigualdad entre la población joven, que habita fundamentalmente en sectores urbanos, pero también con la gestión política de estas comunidades, presididas por gobiernos de derecha, más tendentes a la privatización de servicios públicos. La precarización de los servicios sanitarios y de atención a la dependencia perjudica fundamentalmente a las mujeres, que son quienes asumen -de manera gratuita- en el ámbito privado el trabajo que se excluye del ámbito público.

El trabajo reproductivo o de cuidados es uno de los principales factores que sostienen la desigualdad entre hombres y mujeres en España y tiene un impacto fundamental en el ámbito laboral y en la salud mental. Los datos analizados muestran que las mujeres se enfrentan a este obstáculo a la hora de salir a trabajar fuera del hogar, mientras que los hombres que señalan no buscar trabajo lo hace porque no lo necesita (dado que están jubilados o estudiando). El impacto de esta enorme responsabilidad y carga de trabajo tiene un importante correlato en la salud mental de las mujeres.

Al no atender a la situación específica de las mujeres y sus necesidades, tanto previas como las generadas a partir de la crisis, es posible que la brecha de género aumente en los próximos años y que la situación de las mujeres empeore. Además, la transferencia de competencias a las autonomías en el caso de nuestro país potencia, en algunos ámbitos, la desigualdad territorial, lo que da lugar a una intersección de desigualdades con una complejidad mayor. Sumado a ello, la tendencia documentada del aumento de la desigualdad -incluida la desigualdad de género- en la población joven en España muestra un futuro preocupante si no se toman medidas integrales orientadas a corregir esta tendencia.

Diferentes medidas podrían tomarse para comenzar a corregir la desigualdad. En primer lugar, favorecer la desagregación de datos sanitarios por sexo y, en general, datos sobre el análisis de la pandemia por sexo, para conocer con mayor fidelidad cómo el virus, las vacunas y los tratamientos afectan de manera diferente a hombres y a mujeres.

Igualmente, es fundamental promover investigaciones con enfoque feminista sobre la situación de las mujeres como consecuencia de esta crisis y la gestión en distintos territorios, para conocer las necesidades específicas de ellas -previas y posteriores a la pandemia- y para explorar qué políticas públicas resultan más efectivas a la hora de reducir la desigualdad. Tanto en la EPA del Primer como del Segundo Trimestre de 2021 hay un porcentaje importante de mujeres que refieren no buscar trabajo por «otras razones», lo que revela que muchas de ellas se encuentran en una situación que no es recogida con precisión por las encuestas.

El eje central de las medidas que se desarrollen para reducir la desigualdad debe ser la socialización del trabajo de cuidados, en tanto que este es uno de los ejes principales que dificulta y obstaculiza la autonomía económica de las mujeres y que deteriora su estado de salud (físico y mental). Así pues, en el ámbito laboral, son necesarias medidas como la reducción de la jornada laboral, la flexibilización de horarios de trabajo o el

teletrabajo voluntario. Igualmente, es necesario fortalecer los servicios públicos, tanto en el ámbito sanitario como en atención a la dependencia y la infancia. 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 y contra la violencia contra las mujeres, que nace y se perpetúa por la dependencia de estas hacia los varones.

Dentro de las limitaciones del estudio, cabe señalar la ausencia de investigaciones y bases de datos exhaustivas, debido a la novedad de un tema aún en desarrollo. Como futuras líneas de investigación cabe destacar el impacto de la pandemia en la salud mental de las mujeres, con especial foco en las consecuencias del teletrabajo, el desempleo y las políticas públicas orientadas a la conciliación. Igualmente, 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 subyacentes a dicho fenómeno y las políticas públicas que se podrían poner en marcha para erradicar dicha violencia.

Referencias bibliográficas

- 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>
- Alvargómez, Pilar; Pidkuyko, Myroslav y Villanueva, Ernesto (2020). La situación financiera de los trabajadores más afectados por la pandemia: un análisis de la Encuesta Financiera de las Familias. *Revista Banco de España*, 3/2020. <https://ideas.repec.org/a/bde/joures/y2020i09daan23.html>
- 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%2F2018.22.20>
- 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>
- 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>
- Buitrago Ramírez, Francisco; Ciurana Misol, Ramón; Fernández Alonso, María del Carmen y Tizón García, Jorge Luis (2021). Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Atención Primaria*, 53(7). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143>
- Cambois, Emmanuelle; Solé-Auró, Aïda; & Robine, Jean-Marie. (2019). Gender Differences in Disability and Economic Hardship in Older Europeans. *European Journal of Population*, 35, 777-793. <https://doi.org/10.1007/s10680-018-9504-2>
- Castellanos-Torres, Esther; Mateos, José Tomás y 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. 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. <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 y 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*, 26(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>

- Farré, Lidia; Fawaz, Yarine; González, Libertad & Graves, Jennifer (2020). How the COVID-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. *IZA DP*, N° 134334. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp13434.pdf>
- 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/>
- Gili, Margalida; Roca, Miquel; Basu, Sanjay; McKee, Martin & Stucker, David (2013). The mental health risks of the economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- 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 (2022). Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Home.htm>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Encuesta de Población Activa (EPA), Primer Trimestre de 2021*. Madrid. <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0121.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Encuesta de Población Activa (EPA), Segundo Trimestre de 2021*. Madrid. <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0221.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*, 46(3), 139-145. <https://10.1016/j.rem.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 y Jiménez Carrillo, Marta. (2021). COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Revista Española de Salud Pública*, 95, online. https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/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, pp. 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*, 137, 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. <https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/genero-vivencias-y-percepciones-sobre-la-salud/>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Crisis económica y salud en España*. Madrid. https://www.msbs.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.) <https://www.msbs.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/>
- Oxfam Intermón (2021). *El virus de la desigualdad. Cómo recomponer un mundo devastado por el coronavirus a través de una economía equitativa, justa y sostenible*. <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*, 29(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*, (23), 783-786. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1007/s00737-020-01086-0>
- 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-Larrea, Ángela (2021). Impacto de la crisis COVID-19 en las desigualdades de género en España. Un estudio comparativo entre cinco comunidades autónomas. *Trabajo de Fin de Máster*. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/67057/>
- Ruiz-Pérez, Isabel y Pastor-Moreno, Guadalupe (2020). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, online, 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*, (20), 1147-1158. <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*, (37), 759-765. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>
- Solé-Auró, Aïda & Alcañiz, Manuela. (2016). Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *International Journal for Equity in Health* (15), online. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0414-9>
- Urbanos-Garrido, Rosa M. & López-Valcárcel, Beatriz G. (2015). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *The European Journal of Health Economics*, 16(2), 175-184. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0563-y>
- 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. <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*. <https://www.caps.cat/images/stories/7valls.pdf>
- Valls-Llobet, Carme. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitán 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*, 31(2), 133-157. <https://doi.org/10.1177/1035304620927107>
- Zuidberg, Mark R. J.; 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*, 30(6), 1072–1077. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa091>

6. Anexos

Gráfico 1. Incidencia ataques de ansiedad según sexo (CIS, 2021).

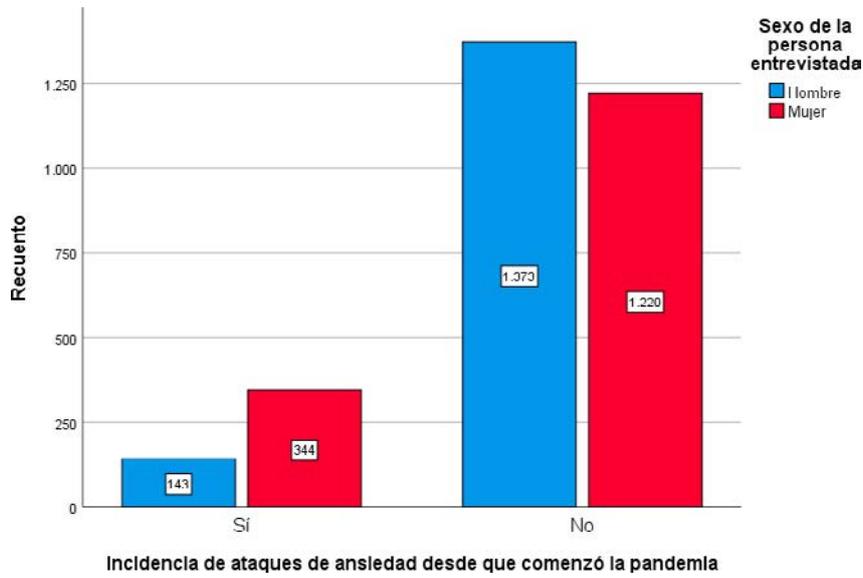


Gráfico 2. Incidencia de ataques de ansiedad por sexo y CCAA (CIS, 2021).

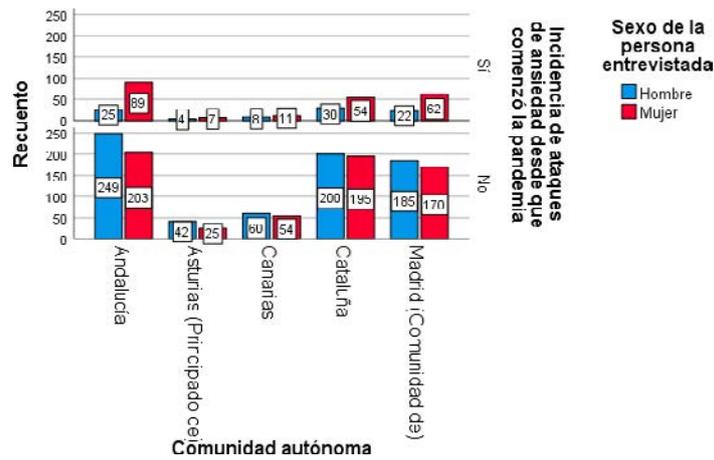


Gráfico 3. Síntomas depresivos según sexo (CIS, 2021).

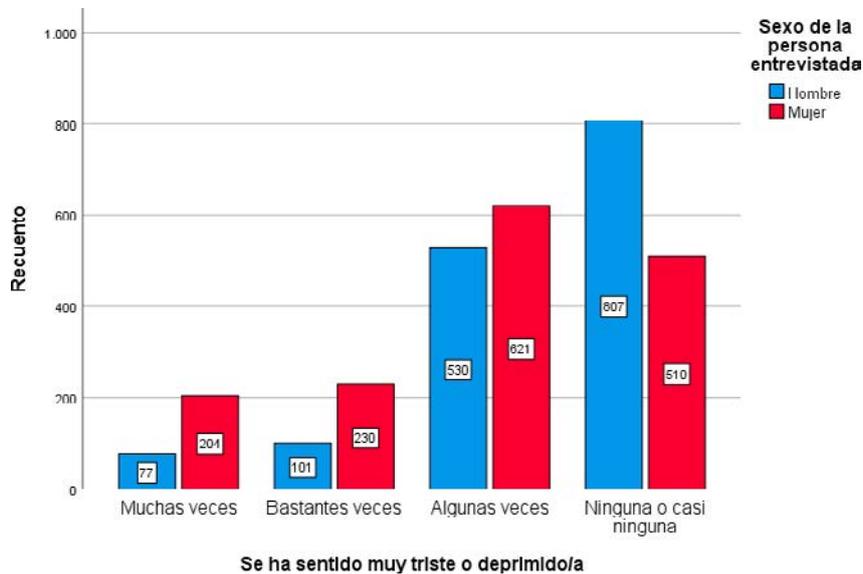


Gráfico 4. Tratamiento antes y desde el inicio de la pandemia, agrupado por sexo (CIS, 2021).

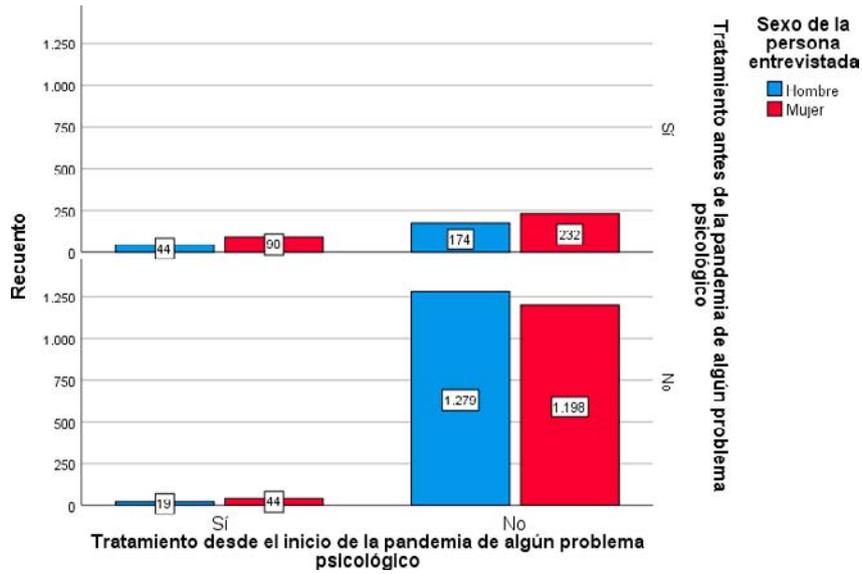


Gráfico 5. Consumo antes y desde el inicio de la pandemia, agrupado por sexo (CIS, 2021).

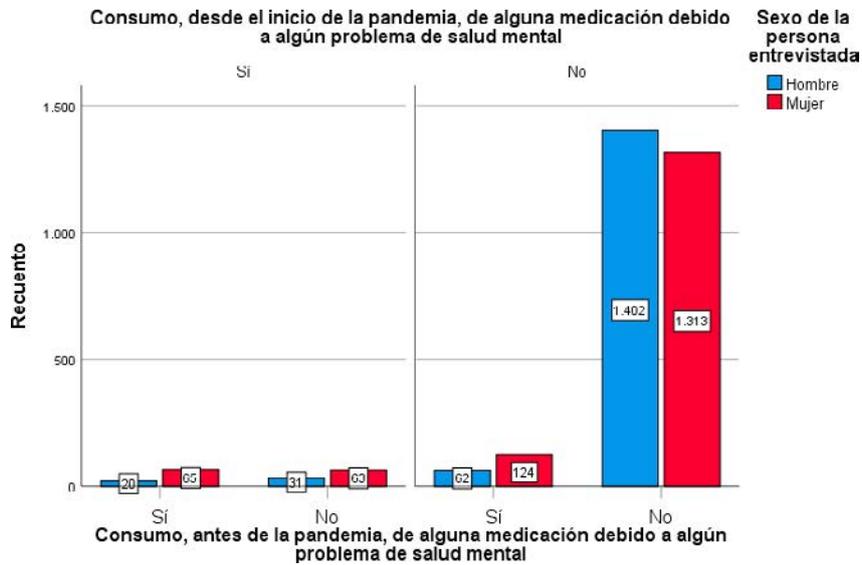


Gráfico 6. Trabajo remunerado según CCAA: mujeres (EPA PT; INE, 2021).

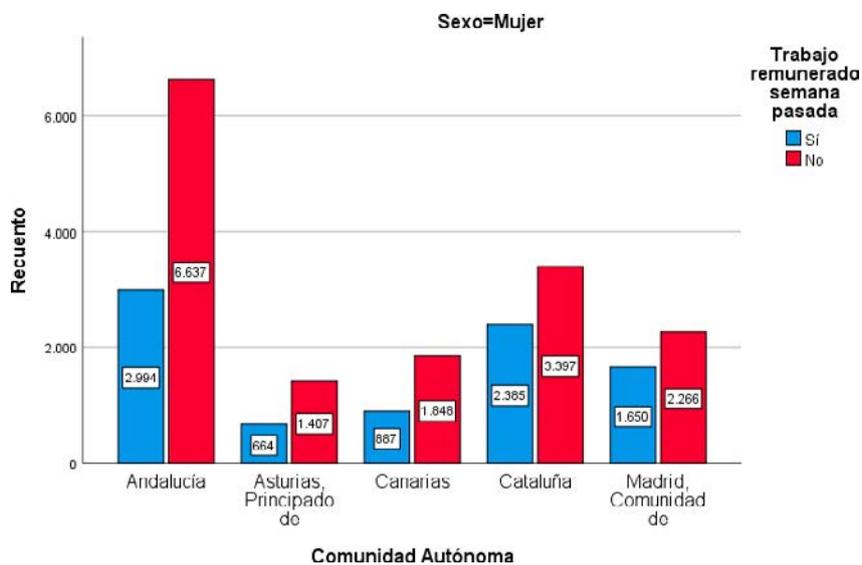


Gráfico 7. Trabajo remunerado según CCAA: mujeres (EPA ST; INE, 2021).

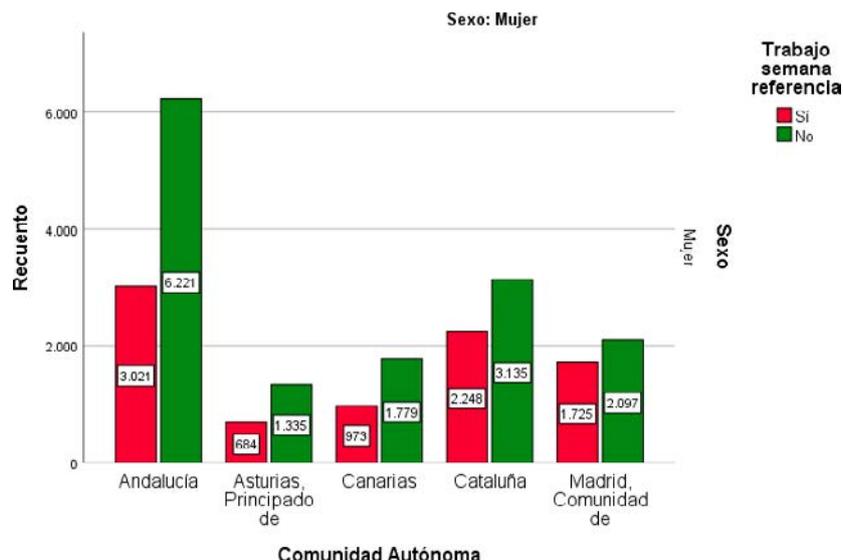


Gráfico 8. Búsqueda de empleo según CCAA: mujeres (EPA ST; INE, 2021).

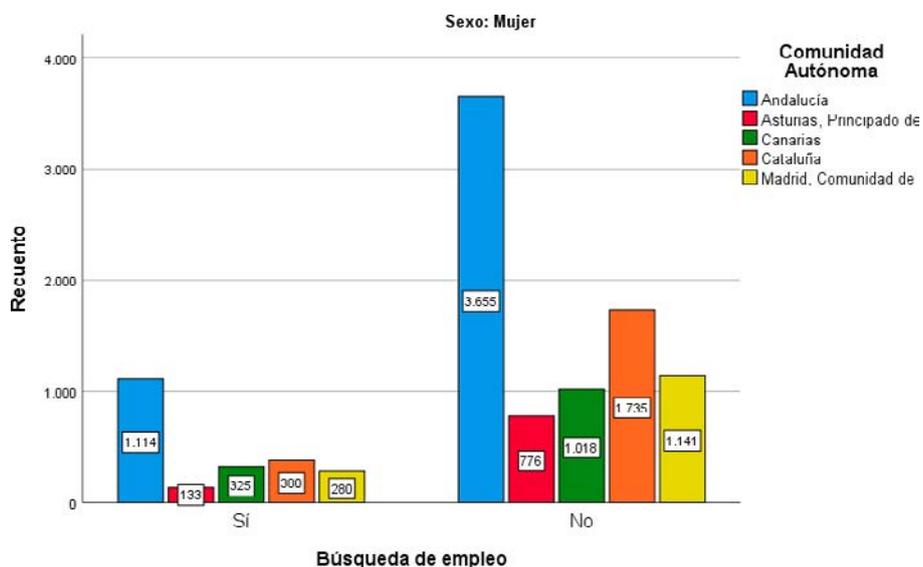


Gráfico 9. Razones no búsqueda de empleo según CCAA: mujeres (EPA ST; INE, 2021).

