

La pandemia por Covid-19 ha aumentado las desigualdades sociales en salud



El SARS-CoV-2 como virus en sí no entiende de diferencias sociales, pero el COVID-19 como fenómeno social y político sí entiende de desigualdades”.

Cita sugerida: JIMÉNEZ, MARTA. (2022). **La pandemia por Covid-19 ha aumentado las desigualdades sociales en salud.** OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud.

Disponible en: <https://oseki.eus/areas/desigualdades-sociales-de-la-salud/>



A finales de enero de 2023, a nivel global el número de casos confirmados de coronavirus era de 664 millones y el número de fallecimientos ascendió a 6,7 millones (1). El SARS-CoV-2 (o COVID-19 si hablamos de la enfermedad) no es solo un virus con ciertas características de transmisión, patogenicidad, letalidad, etc., sino que es también un fenómeno social y político cuyos efectos han producido en un contexto histórico concreto, que causa una crisis sanitaria con patrones diferentes según persona/lugar/tiempo, y que ha requerido medidas de control con un gran impacto social y económico con un gradiente muy desigual. Es decir, el SARS-CoV-2 como virus en sí no entiende de diferencias sociales, pero el COVID-19 como fenómeno social y político sí entiende de desigualdades.

Esta pandemia ha adquirido características de lo que se ha denominado como “emergencia global compleja” (2) que define a aquellas crisis que tienen impacto sobre los consensos culturales, políticos y económicos de las sociedades y que, siendo de duración prolongada y alcance mundial, se ha caracterizado por un alto grado de incertidumbre en su propia definición y en su gestión. Esta complejidad inherente a la pandemia se refleja también en su definición como sindemia (3), que subraya el hecho de que la desigualdad social ha estado imbricada tanto en el impacto que ha tenido la enfermedad y sus consecuencias en los diversos grupos sociales, como en el impacto de las medidas políticas que se han adoptado para atajarla (4). En definitiva, la pandemia de la COVID-19 ha sido sindémica dado que ha dibujado un nuevo mapa de desigualdades sociales en salud, en sus diferentes vertientes y según diversos ejes de estratificación social.

Aunque todo el mundo es susceptible al virus, **cada vez existe mayor evidencia que demuestra como la pandemia ha tenido, y sigue teniendo, un mayor impacto en los grupos poblacionales más desfavorecidos y minoritarios (5)**. Si bien en los primeros meses de pandemia, tanto responsables políticos, como medios de comunicación repitieron como un mantra que el virus nos podía afectar a todos/as por igual en un intento de generar una narrativa de interdependencia, ésta olvidaba que la distribución y consecuencias de **la pandemia de COVID-19 seguirían patrones sociales según diferentes ejes de desigualdad (género, clase o etnia), como pasa con el resto de infecciones y enfermedades, debido a las injustas y evitables desigualdades sociales (6,7)**.

Estos impactos diferentes según nivel socioeconómico, género o etnia están relacionados con el impacto desigual de los determinantes sociales de la salud en el continuo salud-enfermedad. Al adaptar el marco de los determinantes sociales de la salud a la situación de la pandemia (Figura 1) (8), lo primero a tener en cuenta es, como se comentaba al inicio, el Coronavirus no “apareció” en un contexto neutro. Todas las epidemias surgen y se expanden en un contexto social, político y económico concreto, formando lo que podemos llamar un “sustrato epidémico” (9).

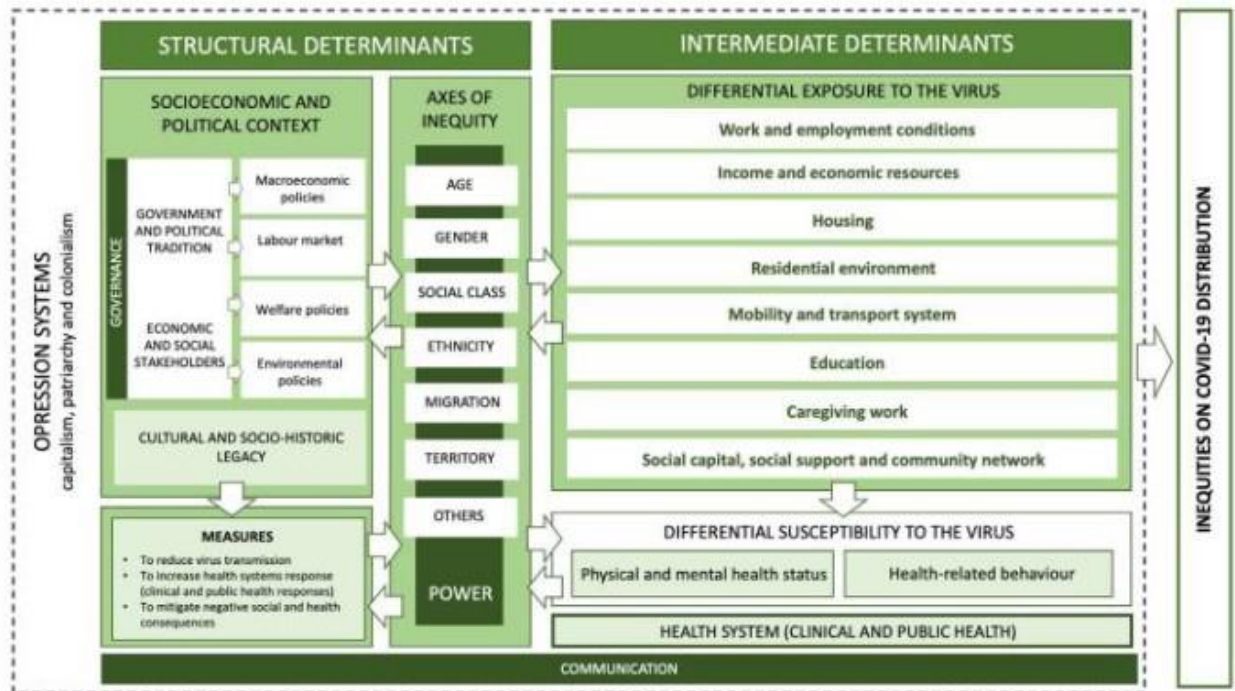


Figura 1: Adaptación del modelo de los determinantes sociales de salud de la OMS a la pandemia por Covid-19.

Fuente: Vásquez-Vera H, et al. Inequities in the distribution of COVID-19: an adaptation of WHO's conceptual framework. *Gac Sanit.* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.004>

Globalmente, existen distintos sistemas de opresión como el capitalismo, el patriarcado o el neocolonialismo (Figura 1) que refuerzan las estructuras de poder y producen situaciones de exclusión social con un claro gradiente de inequidad Sur-Norte global. Estos sistemas de opresión interactúan influyendo en todos los niveles de los determinantes sociales estructurales de la salud como son las políticas macroeconómicas y ambientales, el estado del bienestar o el mercado laboral (10) y nos dividen en diferentes estratos sociales (según género, etnia, posición socioeconómica, etc.). Esta diferente posición en la sociedad condiciona un acceso desigual a una serie de circunstancias materiales (condiciones de vida, empleo, vivienda, etc.), factores sociales y acceso al sistema sanitario (todos en conjunto llamados determinantes intermedios) que nos exponen a una mejor o peor salud, así como a una posibilidad de recuperación mejor o peor de la salud de una manera interseccional (11,12).

Si bien los casos de una enfermedad en un determinado momento y territorio pueden estar relacionados con características individuales de las personas, las causas por las cuáles una población tiene más incidencia que otra población no se encuentran en las diferencias entre sus individuos, sino en lo que el epidemiólogo Rose (13) llamaba influencias masivas que “actúan en la población como un todo”. En el caso de la enfermedad por Covid-19 esto se traduce en condiciones sociales que explican la injusta distribución de la incidencia y mortalidad de la misma.

Crisis sanitaria por Covid-19 y las otras crisis

Esta crisis sanitaria de la Covid-19 se encuentra en intersección con otras crisis (económica-social, crisis política, crisis climática, crisis de cuidados), tal y como ilustra la Figura 2. Es en este contexto de “crisis de crisis” donde se producen las desigualdades sociales en COVID-19.



Figura 2: Crisis sanitaria por Covid-19 y las otras crisis.

Fuente: Modificado de A. Bacigalupe

Puntos de generación de desigualdades en Covid-19

Adentrándonos más en lo que son los puntos de generación a lo largo del ciclo de infección y recuperación (o no) por Covid-19 (Figura 3), se observa que existen dos puntos básicos de generación de desigualdades: exposición diferencial al virus y vulnerabilidad diferencial a los efectos de la enfermedad y al tratamiento. Estas diferencias generan desigualdades en la incidencia de la enfermedad, en las hospitalizaciones que ocasiona y en la mortalidad que causa.

PUNTOS DE GENERACIÓN DE DESIGUALDADES EN COVID-19

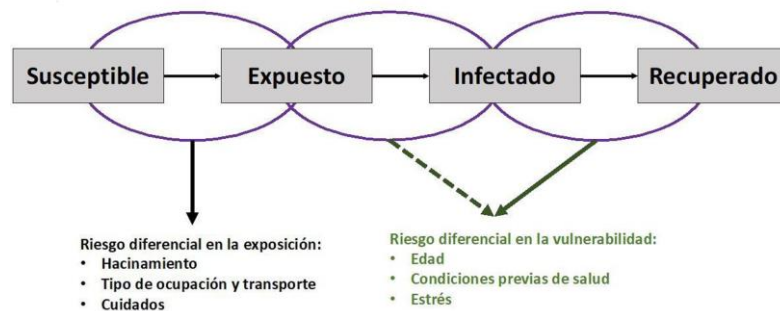


Figura 3: Puntos de generación en Covid-19.

Fuente: Jiménez Carrillo Marta, Gullón Pedro, Bilal Usama. Marco conceptual para comprender las desigualdades por COVID19. Revista de estudios vascos Eusko ikaskuntzen nazioarteko aldizkaria. RIEV, ISSN 0212-7016, Vol. 67, N.º. 1, 2022, págs. 11-20

Riesgo diferencial en la exposición al Covid-19

La exposición al SARS-CoV-2 y, por tanto, las posibilidades de desarrollar Covid-19, han sido y continúan siendo diferentes según la posición socioeconómica. Estudios en diversos países del mundo, incluido España, han mostrado que la incidencia acumulada de Covid-19 (IA), ha sido superior en aquellos barrios y personas de una posición socioeconómica menos aventajada (14-16). **Este hecho se puede deber a una mayor exposición en diferentes lugares, especialmente el ámbito laboral y la vivienda.**

Con respecto al ámbito laboral, la posibilidad de realizar teletrabajo y la distribución de los llamados trabajos esenciales es diferencial por clase social, lo que conlleva una mayor exposición a la enfermedad. Además, el trabajo informal, que representa una parte significativa de la economía y del mercado laboral en muchos países, sobre todo pertenecientes al sur global, han presentado durante la pandemia un grado aún mayor de vulnerabilidad por exposición y precariedad suponiendo esto un fuerte impacto negativo en la adecuación de los ingresos, la seguridad, la salud laboral y las condiciones de trabajo en general como indica un reciente informe de la Organización Internacional del Trabajo (17). Esto también se puede observar mirando los datos de movilidad en una ciudad como Madrid, ya que, durante los primeros meses de la pandemia, se observó un incremento de las desigualdades en movilidad, de tal manera que los barrios con mayores niveles de privación tuvieron una movilidad mayor asociada, en el momento de confinamiento, a desplazamientos al trabajo (18).

Asimismo, las condiciones de la vivienda también pueden conllevar una mayor exposición al SARS-CoV-2, ya que las posibilidades de contagio dentro de una vivienda dependen de las posibilidades de realizar las cuarentenas y aislamientos en un espacio suficientemente amplio (19). De hecho, investigaciones realizadas en barrios de tres ciudades de Estados Unidos han permitido concluir que los barrios con un mayor número de casas en condiciones de hacinamiento (más de una persona por cuarto) tenían una mayor incidencia de la enfermedad (20). En un amplio estudio realizado en varios países de América Latina (21) también se ha demostrado una asociación entre hacinamiento y exceso de mortalidad por COVID-19. En otros entornos, especialmente en ciudades con una alta prevalencia de asentamientos informales, la carencia de agua corriente representa una enorme barrera para una correcta higiene de manos, otro factor fundamental para prevenir la extensión del virus. En un distrito de la Ciudad de México, por ejemplo, se observó que la incidencia de la enfermedad por Covid-19 es muchísimo más alta que en otros distritos de mayor nivel socioeconómico que cuentan con unos niveles de conexión a la red municipal de aguas muy superiores (22).

Desde una perspectiva de género, se puede afirmar que las mujeres han estado expuestas de manera desproporcionada al virus, en parte por su rol predominante como cuidadoras, tanto en el entorno familiar como en el ámbito laboral en la atención sanitaria. Con respecto a la ocupación, las mujeres representan la mayor proporción de trabajadoras esenciales en primera línea en la lucha contra la Covid-19: según el informe de la ONU mujeres de abril 2020, el 70% de las sanitarias a nivel global son mujeres (23) y a nivel de la Unión Europea, el 76% de las trabajadoras en el sector sociosanitario y de cuidados son mujeres (24) (en concreto el 86% de los servicios de salud y el 95% en cuidados en el hogar y limpieza doméstica). En España, según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística de 2019, el número de profesionales sanitarios colegiados era de 877.361, de los cuales un 68% eran mujeres y un 32%, hombres (25).

Otro importante factor relacionado con la posibilidad de prevención y menor exposición a la Covid-19 tiene que ver con la posibilidad de acceso a agua. Según datos del Instituto Internacional de Agua de Estocolmo (26), las mujeres y niñas son las responsables de recolectar, administrar y proveer el agua en más del 80 por ciento de los hogares en los que el recurso no está disponible sobre todo en los países del Sur global, pero también en zonas vulnerables de países con mayor nivel socioeconómico. Durante la pandemia, donde ésta se ha utilizado, ya no solo para beber, sino como importante recurso para la limpieza, el lavado de manos y el cuidado de personas enfermas, muchas mujeres, han sido las encargadas de buscar y proveer agua a sus hogares. Esta necesidad de proveer de agua, ha hecho que las mujeres hayan estado, de nuevo, más expuestas a contagios por COVID-19 (entre otros riesgos). En sitios sin agua potable, ni facilidades como baños, excusados y productos sanitarios, mujeres y niñas también soportaron un impacto en su higiene y salud menstrual. Por último, con respecto a la violencia de género que sufren las mujeres, ésta ha aumentado a nivel global, especialmente durante los meses de confinamiento domiciliario (27).

Riesgo diferencial en la vulnerabilidad al Covid-19

Además de mayor riesgo de exposición, **las personas de clase social o posición socioeconómica menos favorecida, o atravesadas por otros distintos ejes de desigualdad social (etnia, género), tienen más vulnerabilidad a las consecuencias médicas de la enfermedad (28).** Existen dos elementos principales que podrían explicar esto:

1. Diferencias en el estado de salud previo: La gravedad de la Covid-19 está muy relacionada con la condición de salud basal de las personas infectadas, de manera que condiciones como tener enfermedades crónicas como la diabetes o factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión aumentan el riesgo de que la COVID-19 tenga un desarrollo más grave (29). Esas **peores condiciones de salud previas que aumentan la gravedad de la COVID-19 siguen un patrón socioeconómico, de manera que las personas de clase social menos favorecida tienen mayor prevalencia de factores de riesgo como la diabetes, la hipertensión o la obesidad (30).**

2. Diferencias en el acceso al sistema sanitario y el tratamiento: **las diferencias de acceso a la atención sanitaria pueden explicar las diferencias en gravedad y letalidad de la Covid-19 por nivel socioeconómico a nivel global (31),** incluso en países con sistemas sanitarios de vocación universalista (25,32). A nivel mundial, se ha demostrado que el uso de los servicios sanitarios sufrió una reducción generalizada sobre todo en los primeros meses de pandemia, que se agudizaron las barreras de acceso preexistentes y que además aparecieron otras nuevas (33). A esto además le tenemos que sumar todas aquellas medidas no estrictamente sanitarias (subsidios por desempleo, sistemas de atención social, rentas de garantías de ingresos) que se pueden activar en momentos de pandemia y que actúan modulando las causas fundamentales de la enfermedad.

A nivel del estado español puede confirmarse que se han observado desigualdades sociales, tanto en la incidencia como en el pronóstico y en las consecuencias de la gestión de la Covid-19 (34). En la ciudad de Madrid, por ejemplo, la caída en esperanza de vida durante 2020 fue mayor en las zonas más desfavorecidas del sur de la ciudad (35). En América Latina el exceso de mortalidad por Covid-19 también ha mostrado patrones muy desiguales (21), con países como Brasil, donde la esperanza de vida pasó a niveles de 2012 (36) y donde se observó también que la mortalidad fue mayor en barrios de menor nivel socioeconómico (37). Estos son solo algunos ejemplos, pero en un reciente estudio que incluye investigaciones en muy diversos países, se ha confirmado que la mortalidad por Covid-19 ha sido mayor en las zonas/barrios/distritos con mayor privación socioeconómica de manera generalizada (38).

Pandemia y salud mental

Por último, **se han observado desigualdades por posición socioeconómica, ya no solo en el impacto que tiene la pandemia en otras condiciones de salud, sino también y específicamente en la salud mental.** Este impacto de la pandemia en la salud mental se ha demostrado tanto a nivel global (39) como especialmente en los países de rentas medias y bajas (40) debido, entre otras, a las pérdidas económicas y laborales que ha acarreado, y que afectan más a las personas de menos recursos, así como al acceso inequitativo a ciertos sistemas sanitarios. En un reciente informe de la Organización Mundial de la salud (OMS) (41) se confirma que los problemas mentales han aumentado a nivel global. Entre los principales factores que han influido para el aumento de problemas de salud mental se destacan la soledad, el miedo al contagio o a la muerte, el duelo por haber perdido un ser querido, y las preocupaciones económicas. La pandemia ha afectado especialmente a la salud mental de los jóvenes con un claro gradiente socioeconómico (42). También se han observado importantes desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia siendo las mujeres las más afectadas (43). Entre los factores que influyen en el incremento de problemas de salud mental, se ha añadido además interrupciones y limitaciones de acceso en los servicios de salud mental, provocando grandes brechas de atención sanitaria para aquellos/as que más la necesitan.

Conclusiones

En resumen, **la pandemia por Covid-19 ha puesto de manifiesto una situación que no es para nada nueva, donde las personas más vulnerables sufren las peores consecuencias de las enfermedades (7).** Por todo ello, ante la cada vez más numerosa evidencia que demuestra cómo **las desigualdades sociales en salud se han incrementado a nivel global durante la pandemia (44)**, resulta indispensable reducir estas desigualdades mediante distintos mecanismos: la actuación sobre los determinantes intermedios (condiciones de trabajo, vivienda, etc.), el avance hacia un acceso universal al sistema sanitario, la ampliación de prestaciones sociales, la existencia de sistemas de monitorización e investigación con perspectiva de equidad e interseccionalidad, y la generación de políticas públicas que mitiguen estas injustas desigualdades (34, 45).

Artículo publicado con apoyo económico de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Su contenido no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.



- 1) COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 127 published 25 January 2023. World Health Organization (WHO). Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19-25-january-2023>
- 2) Rode Philipp, Flynn Rebecca et al. Hacia un concepto y marco de gobernanza de emergencias complejas. La gobernanza de las emergencias en las ciudades y las regiones Nov. 2020 (Internet. Disponible en: <https://www.lse.ac.uk/Cities/Assets/Documents/EGI-Publications/PB02-ES.pdf>).
- 3) Horton Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*. Sept. 2020;396(10255):874.
- 4) Jiménez Carrillo Marta, Gullón Pedro, Bilal Usama. Marco conceptual para comprender las desigualdades por COVID19. *Revista de estudios vascos Eusko ikaskuntzen nazioarteko aldizkaria. RIEV*, ISSN 0212-7016, Vol. 67, N°. 1, 2022, págs. 11-20
- 5) Khanijahani A, Iezadi S, Gholipour K, Azami-Aghdash S, Naghibi D. A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in COVID-19. *Int J Equity Health*. 2021 Nov 24;20(1):248. doi: 10.1186/s12939-021-01582-4.
- 6) McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health*. 2019 Jul;172:22-30. doi: 10.1016/j.puhe.2019.03.023. Epub 2019 May 31. PMID: 31154234; PMCID: PMC6558275.
- 7) Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. PMID: 15781105.
- 8) Padilla, J., & Gullón, P. (2020). *Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo* (1st ed.). Capitán Swing.
- 9) Vásquez-Vera H, et al. Inequities in the distribution of COVID-19: an adaptation of WHO's conceptual framework. *Gac Sanit*. 2021.
- 10) E. Ng, C. Muntaner. A critical approach to macrosocial determinants of population health: engaging scientific realism and incorporating social conflict. *Curr Epidemiol Rep.*, 1 (2014), pp. 27-37
- 11) Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2020-214401.
- 12) Bowleg L. We're Not All in This Together: On COVID-19, Intersectionality, and Structural Inequality. *Am J Public Health*. 2020 Jul;110(7):917. doi: 10.2105/AJPH.2020.305766.
- 13) Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, pp. 32-38.
- 14) Aguilar-Palacio, I., Maldonado, L., Malo, S., Sánchez-Recio, R., Marcos-Campos, I., Magallón-Botaya, R., & Rabanaque, M. J. (2021). Covid-19 inequalities: Individual and area socioeconomic factors (aragón, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126607>.
- 15) Baena-Díez, J. M., Barroso, M., Cordeiro-Coelho, S. I., Díaz, J. L., & Grau, M. (2020). Impact of COVID-19 outbreak by income: hitting hardest the most deprived. *Journal of Public Health*, 1-6. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa136>

- 16)** Marí-Dell'olmo, M., Gotsens, M., Pasarín, M. I., Rodríguez-Sanz, M., Artazcoz, L., de Olalla, P. G., Rius, C., & Borrell, C. (2021). Socioeconomic inequalities in COVID-19 in a European urban area: Two waves, two patterns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031256>
- 17)** Gardner, J., Walsh, K., Frosch, M. Engendering informality statistics: gaps and opportunities: Working paper to support revision of the standards for statistics on informality, ILO Working Paper (Geneva, International Labour Organization). Working Paper 84. Noviembre 2022.
- 18)** Glodeanu, A., Gullón, P., & Bilal, U. (2021). Social inequalities in mobility during and following the COVID-19 associated lockdown of the Madrid metropolitan area in Spain. *Health & Place*, 70, 102580. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102580>
- 19)** Ahmad, K., Erqou, S., Shah, N., Nazir, U., Morrison, A., Choudhary, G., & Wu, W.-C. (2020). Association of Poor Housing Conditions with COVID-19 Incidence and Mortality Across US Counties. In *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3605337>
- 20)** Bilal, U., Barber, S. y Diez-Roux, A. V. (2020). Spatial inequities in COVID-19 testing, positivity, incidence and mortality in 3 US Cities: a longitudinal ecological Study. *medRxiv*, 2020.2005.2001.20087833
- 21)** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2021). Mortalidad por COVID-19 y las desigualdades por nivel socioeconómico y por territorio. (Internet) Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/mortalidad-covid-19-desigualdades-nivel-socioeconomico-territorio>
- 22)** Franco, M., Bilal, U. y Lazo, M. (2020). Leganés, Iztapalapa y el Bronx: coronavirus y desigualdad en la ciudad global, *El País*, 17 de mayo.
- 23)** United Nations. (2020a,b). COVID-19 and gender: What do we know; what do we need to know? . *The Impact of COVID-19 on Women*. United Nations, April, 21.
- 24)** European Institute for Gender Equality. (2021). Essential workers data.
- 25)** Instituto Nacional de Estadística. (2021). Población (españoles/extranjeros) por País de Nacimiento, sexo y año. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/&file=01006.px>.
- 26)** Stockholm International Water Institute. Women on the forefront of COVID-19 and water . (Internet). Disponible en: <https://siwi.org/latest/women-on-the-forefront-of-covid-19-and-water/>
- 27)** Mittal S, Singh T. Gender-Based Violence During COVID-19 Pandemic: A Mini-Review. *Front Glob Womens Health*. 2020 Sep 8;1:4. doi: 10.3389/fgwh.2020.00004. PMID: 34816149; PMCID: PMC8594031.
- 28)** Yu, Q., Salvador, C. E., Melani, I., Berg, M. K., Neblett, E. W., & Kitayama, S. (2021). Racial residential segregation and economic disparity jointly exacerbate COVID-19 fatality in large American cities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1494(1), 18-30. <https://doi.org/10.1111/nyas.14567>.
- 29)** Izcovich, A., et al. (2020). Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(11), e0241955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241955>.

- 30)** Gullón, P., Díez, J., Cainzos-Achirica, M., Franco, M., & Bilal, U. (2020). Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>
- 31)** Wachtler B, et al. Socioeconomic inequalities and COVID-19 - A review of the current international literature. *J Health Monit*. 2020 Oct 9;5(Suppl 7):3-17. doi: 10.25646/7059. PMID: 35146298; PMCID: PMC8734114.
- 32)** Arnault, L., Jusot, F., & Renaud, T. (2021). Social inequalities in access to healthcare among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. <https://doi.org/10.17617/2.3289765>.
- 33)** Pujolar, G.; Oliver-Anglès, A.; Vargas, I.; Vázquez, M.-L. Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 1749. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031749>
- 34)** Bacigalupe A, Martín U, Franco M, Borrell C. Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe SESPAS 2022 [Socioeconomic inequalities and COVID-19 in Spain. SESPAS Report 2022]. *Gac Sanit*. 2022;36 Suppl 1:S13-S21. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.01.011.
- 35)** Díaz-Olalla, J. M., et al. (2021). Caída de la esperanza de vida en distritos de Madrid en 2020: relación con determinantes sociales. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2021.07.004>.
- 36)** Castro MC, Gurzenda S, Turra CM, Kim S, Andrasfay T, Goldman N. Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. *Nat Med*. 2021 Sep;27(9):1629-1635. doi: 10.1038/s41591-021-01437-z.
- 37)** Bermudi PMM, et al. Spatiotemporal ecological study of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: Shifting of the high mortality risk from areas with the best to those with the worst socio-economic conditions. *Travel Med Infect Dis*. 2021 Jan-Feb;39:101945. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101945.
- 38)** McGowan VJ, Bamba C. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*. 2022 Nov;7(11):e966-e975. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00223-7.
- 39)** COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700-1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
- 40)** Kola L, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. 2021 Jun;8(6):535-550. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00025-0.
- 41)** Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. 2 March 2022. (Internet) Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- 42)** Schoon I, Henseke G. Social Inequalities in Young People's Mental Distress During the COVID-19 Pandemic: Do Psychosocial Resource Factors Matter? *Front Public Health*. 2022 Mar 14;10:820270. doi: 10.3389/fpubh.2022.820270.
- 43)** Ruiz-Pérez, Isabel, et al. "COVID-19 y salud mental. Desigualdades de género en el impacto psicosocial de la pandemia xxxix." Informe Salud y Género 2022 (2022): 225.

44) McGowan VJ, Bamba C. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*. 2022 Nov;7(11):e966-e975. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00223-7.

45) Bamba C., Lynch J. and Smith K. The unequal pandemic covid-19 and Health Inequalities. ISBN 978-1-4473-6125-1 OA ePdf. Bristol University Press, 2021. URI: <https://library.oopen.org/handle/20.500.12657/51451>

