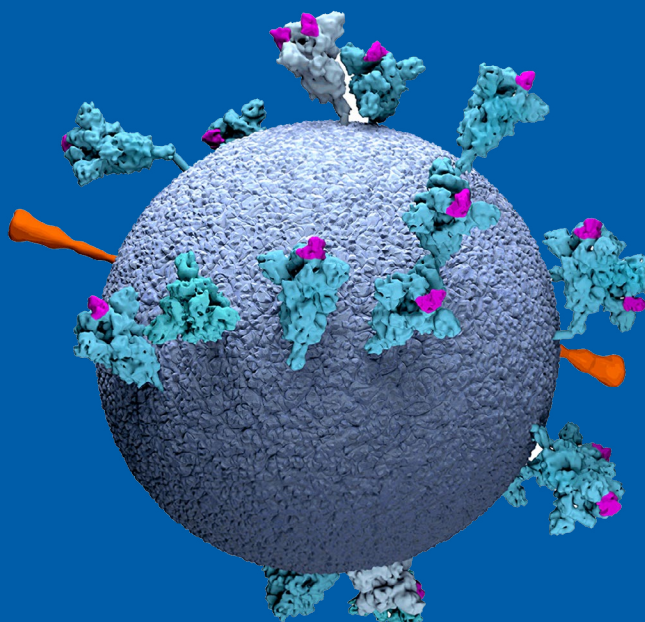


María Teresa Ruiz Cantero  
Carlos Álvarez-Dardet

# EL DESAFÍO DE LA COVID 19 EN ALICANTE

EFFECTOS EN LA SALUD Y RESISTENCIA CIUDADANA  
DURANTE EL CONFINAMIENTO

SARS-CoV-2



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

MARÍA TERESA RUIZ CANTERO  
CARLOS ÁLVAREZ-DARDET

# EL DESAFÍO DE LA COVID 19 EN ALICANTE

EFFECTOS EN LA SALUD Y RESISTENCIA CIUDADANA  
DURANTE EL CONFINAMIENTO

UNIVERSITAT D'ALACANT

COL·LECCIÓ TERRITORI UA / 2

COMITÉ EDITORIAL

Vicerector:

Carles Cortés Orts

Directores de Secretariat:

Mar Iglesias García

Eva Valero Juan

Directors/es de Seus:

M.<sup>a</sup> Ángeles Alonso Vargas

Josep Antoni Ivars Baidal

Vicent Martines Peres

José Norberto Mazón López

Rosario Navalón García

Josep Ochoa Monzó

Jorge Olcina Cantos

Pedro Payá López

Jaime Ramis Soriano

José Luis Todolí Torró

Director acadèmic del Centre de Gastronomia del Mediterrani GASTERRA Dènia/UA:

Josep Bernabeu Mestre

© María Teresa Ruiz Cantero y Carlos Álvarez-Dardet, 2020

© de esta edición: Universitat d'Alacant

ISBN: 978-84-1302-098-3

Depósito legal: A 474-2020

Técnico del proyecto: Vicente Clemente Gómez

Composición: Marten Kwinkelenberg

Impresión y encuadernación:

Imprenta UA



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización nacional e internacional de sus publicaciones.

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	6
RESUMEN .....	8
INTRODUCCIÓN. LA NECESIDAD DE CAMBIOS ESTRUCTURALES EN EL SISTEMA SANITARIO .....	10
LA SALUD DE LOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA EPIDEMIA DE COVID 19 .....	19
RESUMEN.....	19
LA SALUD DE LOS/LAS MAYORES DURANTE EL CONFINAMIENTO: VIVIR EN SOLEDAD VS. VIVIR CON COMPAÑÍA .....	20
EL CONFINAMIENTO Y LA ATENCION SANITARIA .....	22
NECESIDADES NO CUBIERTAS DURANTE EL CONFINAMIENTO .....	24
EL CONFINAMIENTO POR LA EPIDEMIA DE LA COVID 19 Y LAS RELACIONES DE GÉNERO EN LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS.....	26
PREVENCIÓN DE LA COVID 19 .....	27
PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	29
VALORACIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO.....	30
PERSPECTIVA DE GÉNERO DEL CONFINAMIENTO POR LA EPIDEMIA DE LA COVID 19 .....	33
RESUMEN.....	33
INTRODUCCIÓN .....	34
LOS CUIDADOS SITUAN A LAS MUJERES ANTE UN MAYOR RIESGO DE CONTAGIO Y EXPOSICIÓN A LA ENFERMEDAD .....	34
«REFAMILIARIZACIÓN» DE LOS CUIDADOS DURANTE EL CONFINAMIENTO Y DESIGUALDAD EN EL REPARTO DE ROLES DE GÉNERO .....	36

«REFAMILIARIZACIÓN» DE LOS CUIDADOS, DIFERENTE EXPOSICIÓN A LA COVID 19 Y NECESIDADES DE SALUD DE LAS MUJERES.....	38
LAS OTRAS NECESIDADES DURANTE EL CONFINAMIENTO.....	39
VALORACIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO.....	39
TELECUIDADOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA COVID 19.....	42
RESUMEN.....	42
LA SALUD DURANTE EL CONFINAMIENTO. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS.....	43
EL CONFINAMIENTO Y LA ATENCIÓN SANITARIA.....	44
NECESIDADES NO CUBIERTAS DURANTE EL CONFINAMIENTO .....	44
PREVENCIÓN DE LA COVID 19 .....	45
PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	47
VALORACIÓN DE LA RECEPCIÓN DE AYUDA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR PARTE DE DIFERENTES FUENTES .....	49
EL CONFINAMIENTO EN CALPE Y COCENTAINA POR LA PANDEMIA DE LA COVID 19. CIUDADES DE MAR Y MONTAÑA.....	51
RESUMEN.....	51
LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA DURANTE EL CONFINAMIENTO .....	52
MEDIDAS PARA PREVENIR LA COVID 19 .....	54
PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	57
LA NECESIDAD Y LA AYUDA DURANTE EL CONFINAMIENTO.....	59
VALORACIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO.....	60
CONCLUSIONES .....	62
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS .....	69
ANEXO. METODOLOGÍA.....	71
ÍNDICE DE TABLAS .....	73
ÍNDICE DE FIGURAS .....	75

## AGRADECIMIENTOS

Ningún trabajo es solo obra de quienes lo firman, tanto es así que esta sección se ha inventado precisamente para reconocer el papel de personas que han hecho posible un trabajo, pero que no cumplen con los «requisitos internacionales de autoría» y, sin embargo, es de justicia nombrarlos. Se ha propuesto llamarlos contribuyentes, aunque buscaría otra palabra por las connotaciones fiscales que tiene el contribuyente en español.

No podemos nombrar a los más importantes en este trabajo, que son las 1367 personas de la provincia de Alicante que rellenaron nuestra encuesta *on line*. Nos comprometimos con ellos a no divulgar sus nombres que además desconocemos; pero sus sensaciones, opiniones, vivencias, miedos y perplejidades nos han llegado al cerebro y al corazón con nitidez y hemos manejado sus datos con respeto y cariño.

Sí que podemos y debemos nombrar a la profesora de la Universidad de Alicante Dra. Ana Laguna Pérez, directora de Relaciones con la Sociedad de la Universidad de Alicante y codirectora de la Sede Universitaria Ciudad de Alicante, que ha hecho tanto por la Universidad de Alicante, y que ha sido inspiradora y facilitadora del trabajo.

El apoyo financiero de la investigación se consiguió gracias al Vicerrectorado de Cultura, Deporte y Lenguas, a través de las sedes universitarias de la provincia de Alicante y del Centro de envejecimiento, Mayores Salud, de la Universidad de Alicante; facilitando a los miembros del Grupo de Investigación de Salud Pública (GISP) encargados del proyecto conseguir tener una muestra respetable. A esta iniciativa tan positiva, cabe una mención especial al gran interés de la profesora Eva Valero Juan, que como directora del Secretariado de Sedes Universitarias perteneciente al Vicerrectorado de Cultura, Deporte y Lenguas, facilitó el acceso a las Sedes Universitarias de la provincia de Alicante. La edición del informe ha sido gracias al Vicerrectorado de Investigación y Transferencia de Conocimiento; así como el apoyo al proyecto, facilitando y agilizando, desde el primer momento, todo aquello que pudiéramos necesitar para su desarrollo. Y muy especialmente queremos agradecer la participación desde su amplia experiencia a una gran sanitaria, Adela Alonso

---

Gallegos, adjunta de Enfermería de Atención Primaria en el Departamento de Salud Alicante-Hospital General. Su contacto con quienes padecen, más allá de las consultas en el Centro de Atención Primaria, ha permitido evidenciar la valía de la teleasistencia durante el confinamiento por la COVID 19.

A todos y todas muchas gracias. Nos habéis permitido pensar desde una perspectiva salubrista, en lo que ocurre en nuestra tierra en nuestros días y hemos disfrutado mucho haciéndolo.

## RESUMEN

La ciudadanía de la provincia de Alicante como la del resto de España y el mundo está enfrentándose a un reto social y sanitario de enorme magnitud, donde todos y todas tenemos responsabilidad. Cuando comenzamos la presente investigación estábamos en los días del confinamiento por la primera ola de la epidemia de la COVID 19. Ya entonces pensamos que no podían descartarse más ondas epidémicas que obligaran a utilizar confinamientos y cuarentenas parciales en España; por lo que estudiar qué pasa en las vidas de las personas durante estos períodos para intentar minimizar sus efectos secundarios adquirió una importancia capital.

El Grupo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante realizó durante 40 días del periodo de confinamiento domiciliario (del 15 de marzo al 21 de junio) un estudio con el fin de valorar, con la respuesta de los y las ciudadanos(as) a un total de 63 preguntas, el estado de salud, el cumplimiento de las normas de confinamiento y las medidas atención sanitaria y de salud pública en la población de la provincia de Alicante. Para ello, contamos con el apoyo de la Sede Universitaria ciudad de Alicante, así como del resto de sedes de la provincia y del Centro de envejecimiento, Mayores Salud, de la Universidad de Alicante. A sus respuestas se sumaron las de un grupo de participantes que recibían los servicios telemáticos de enfermería del área sanitaria zona norte-Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Describimos los resultados del análisis de la encuesta en la que han participado 1.378 personas que dieron su consentimiento informado para usar sus respuestas de forma anónima. Aproximadamente, un 12% de participantes ha enfermado, algo más del 2% de la COVID 19. Analizamos los resultados de las principales dimensiones, que han sido: edad, sexo, ser igual o mayor a 60 años y vivir solo o en compañía, y lugar de residencia durante el confinamiento. Su experiencia es valiosa, pues la atención sanitaria y sus vidas se han visto modificadas. De este análisis extraemos 18 conclusiones y 15 recomendaciones para el diseño de políticas públicas y para la planificación sanitaria. Incluso, se hacen visibles nichos de mercado para que la empresa privada cubra las necesidades que no han sido cubiertas por la población. También se han identificado



espacios a atender por las instituciones públicas. Por último, queremos poner el foco de atención en la idea de que es absolutamente clave incrementar la participación comunitaria, la de los ayuntamientos y los barrios para afrontar los brotes de la pandemia, pues hasta ahora la toma de decisiones se ha hecho sobre todo en el nivel nacional y de las comunidades autónomas.

# INTRODUCCIÓN

## LA NECESIDAD DE CAMBIOS ESTRUCTURALES EN EL SISTEMA SANITARIO

La aparición de la epidemia de la COVID 19 ha supuesto un evento nuevo e inesperado para la Salud Pública, al que las instituciones de gobierno de España respondieron en sus comienzos de manera no tan precoz como fue necesario, con el confinamiento masivo de la población como medida de mitigación, dada su alta contagiosidad y letalidad. Eventos deportivos y políticos multitudinarios en los días previos a la eclosión de la epidemia facilitaron la expansión del SARS-CoV2.

Las políticas de salud pública adoptadas fueron desarrolladas aplicando conocimientos clásicos de epidemiología de infecciosas a la situación actual, con una gran diferencia, nunca en la historia se había puesto en cuarentena a los susceptibles a una enfermedad, como sucedió inicialmente en China. Posteriormente, esta medida se ha trasladado, con algunos matices legales y de derechos humanos, a países occidentales, incluido España, y suponen de facto el confinamiento en el domicilio de toda la población que no es trabajadora de servicios esenciales como el sector primario, los servicios sanitarios y las Fuerzas de Seguridad.

El desarrollo de estas políticas necesita de un alto nivel de control poblacional, ya que el ser humano es el reservorio y portador del virus. Las restricciones de movilidad a las personas y los bienes suponen la única manera posible de llevar a cabo estos objetivos por medio del llamado «distanciamiento social» y deben ir acompañados de estrategias de fortalecimiento de los servicios sanitarios (1).

La pandemia de la COVID 19 producida por la diseminación del virus SARS-CoV-2 (OMS, 11 de marzo 2020 (2)) por todos los países del mundo nos pone delante de una enorme carencia de conocimiento científico necesario. Las introducciones como esta que están ahora mismo leyendo suelen empezar resumiendo de manera sistemática el conocimiento científico sobre una cuestión, pero en esta ocasión resumir lo que se sabe es fácil, «hay un virus de origen animal que está infectando a la humanidad, produciendo una enfermedad

multisistémica a veces grave, que mata más a las personas mayores o susceptibles debido a problemas de salud en general crónicos», y poco más, lo único que podemos ofrecerles es un resumen de lo que no se sabe y que deberíamos saber con carácter de urgencia.

Ignoramos la historia natural de la COVID 19, es decir cómo se comporta la enfermedad sin tratamiento, cuestión clave para saber si la enfermedad evoluciona mejor con tratamiento profesional, y qué tratamiento es el que produce más beneficios y menos efectos secundarios. En cuanto a prevención y medidas de salud pública hasta octubre del 2020, aún se debate sobre la transmisión en espacios abiertos, aunque ya se acepta la transmisión por el efecto aerosol, y las medidas que se están aplicando en todo el mundo se basan en nociones, como confinamiento y cuarentena, fruto de observaciones de conocimiento popular que se remontan a la Edad Media.

La situación en España puede caracterizarse como de gran impacto por el número de casos, comparando lo ocurrido hasta ahora (importante enfatizar este «hasta ahora» pues las cosas cambian mucho y rápido) con un exceso notable de mortalidad que, en este momento, se sitúa en algo más de 65.000 fallecimientos sobre el mismo periodo en años precedentes. Con un confinamiento nacional por estado de alarma que ha sido el más exigente que se ha puesto en marcha en todo el mundo, y una caída enorme del PIB, que alcanza el 18%, cuestiones ambas que ameritan un escrutinio pormenorizado.

Que en China consiguieran contener el brote epidémico de Wuhan usando esas técnicas de aislamiento es la única base de evidencia que han tenido los países occidentales para desarrollar sus medidas de salud pública. Con la enorme diferencia de que la cultura e ideología de China tienen un pasado confucionista y comunista, lo que hace más fácil la obediencia que en países occidentales cristianos y democráticos, cuestión que complica mucho la estrategia. Las autoridades de China confinaron una provincia dejando el enorme resto del país funcionando con normalidad. En España se ha producido un estado de alarma (el único modo que había de confinar con nuestras leyes) cerrándose toda la actividad económica cuando el confinamiento se hizo estricto, lo cual ha conllevado la caída en PIB más abultada de la UE.

La Comunidad Valenciana con 58.000 casos de la COVID 19 a finales de octubre del año 2020 ha tenido una posición intermedia en los niveles epidémicos, siendo 15.200 el número de casos en la provincia de Alicante. Pero no se puede descartar la necesidad de repetir sucesivos episodios de confinamiento en España en los próximos meses, bien sea por repunte del presente pico epidémico o por la producción de otros antes de que nuestro país alcance la inmunidad de rebaño. Desde el punto de vista de la investigación en salud humana, las medidas de salud pública suponen un enorme experimento natural que nos permite estudiar aspectos nunca estudiados; así que, con el fin

de planificar medidas de prevención de la salud, de atención sanitaria y de promoción y protección de la salud en caso de un rebrote epidémico, adquiere una importancia capital obtener información de cuestiones relacionadas con la salud de las personas y pública durante el confinamiento para contribuir a minimizar sus efectos secundarios.

Por ello, el objetivo de la investigación origen de esta monografía fue explorar los eventuales daños a la salud y el bienestar producidos por el confinamiento en personas mayores de la ciudad de Alicante durante la «primera ola» del brote epidémico (marzo a junio de 2020), la respuesta ciudadana e institucional, especialmente la sanitaria y de salud pública, y la ayuda recibida. Para ello, la monografía ofrece un resumen de la situación de la pandemia en la provincia de Alicante, basándonos en la información de los Servicios de Epidemiología de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública y en una encuesta realizada por la Universidad de Alicante durante el confinamiento producido por el estado de alarma.

Existe bastante literatura científica sobre los efectos del confinamiento de seres humanos, básicamente obtenidas de prisiones y algunos experimentos realizados por psicólogos. Se encuentran asociados a confinamiento de ciertos problemas de salud mental relacionados con la dificultad para continuar las relaciones humanas.

El grupo global Polimap COVID 19 está identificando y comparando, con una herramienta desarrollada *exprofeso*, las políticas que se están tomando en los países y que pretenden aplanar la curva epidémica. Básicamente, las políticas pretenden: a) Prevenir a la población susceptible b) Identificar a los expuestos y c) Identificar a portadores sanos.

Esta investigación ha sido apoyada por las diversas Sedes Universitarias de Alicante, Calpe, Cocentaina, Elda y Petrer, La Marina, La Nucia, Torrevejeja, Villajoyosa y Villena. A sus respuestas se sumaron las de un grupo de participantes que recibían los servicios profesionales de enfermería del área sanitaria zona norte-Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Todos y todas también han contribuido con sus respuestas a comprobar como ante una situación de epidemia como la que vivimos en la primera ola y tras muchos años sin dotar a la sanidad pública de los recursos necesarios (salud pública, Atención Primaria, RR.HH, ...), no hemos sido capaces de responder ante la demanda sanitaria que colapsó el sistema y que tuvo como consecuencia la pérdida de muchas vidas, los daños colaterales de otras enfermedades que no han podido ser atendidas y el contagio considerable, con relación a otros países del entorno, de profesionales sanitarios. Es por tanto momento de revisar las debilidades y fortalezas del sistema sanitario, que viene ya mermado desde la crisis económica de 2008.

Una cuestión destacable es que además de la infrafinanciación en el sector sanitario, la Atención Primaria (AP) ha sido la más perjudicada, desde el año

1984 al 2016, la atención especializada creció 1,21 veces más que la AP (3), situación que ahora, en pleno segundo brote estamos comprobando de forma generalizada y negativa en todo el territorio español.

Relevante y reconocido por todos ha sido el valor del papel que la profesión enfermera ha tenido en esta gran crisis sanitaria y en el nuevo modelo de atención sanitaria. Se han utilizado un gran número de recursos tecnológicos para evitar que quienes padecen la enfermedad se trasladaran al centro sanitario y así disminuir posibles contagios (4). Si ponemos el foco en la atención primaria, se ha visto, y esto es coincidente con los resultados de nuestro estudio, como ha habido un cambio del modelo de atención, desarrollando, por fin, lo que se ha denominado teleasistencia o telemática, para facilitar que la asistencia sanitaria sea más accesible y eficaz en la atención a la población. Esta cuestión ha constituido una demanda de los profesionales sanitarios durante muchos años y es, justo, en este momento, cuando estamos siendo capaces de percibir la utilidad del cambio. La enfermería es una disciplina cuya esencia son los cuidados, y estos son fundamentales en la atención a los pacientes crónicos. Recordemos que el 70% de las personas mayores de 65 años sufren de patologías crónicas y ha sido la población más vulnerable en la pandemia. El control, seguimiento y cuidados a estos pacientes suponen un reto para el futuro sanitario y social.

¿Y cómo actúa la salud pública cuando la base de conocimiento es tan débil como el que tenemos? En general, aplicando principios de ética social, la información de otras disciplinas y colaborando con la autoridad sanitaria y su voluntad política. En España se ha optado por una estrategia nacional, biomédica, altamente tecnificada y profesionalizada de crear Unidades de Cuidados Intensivos incluso donde no las había; y además, literalmente, paralizando el país.

No hay unanimidad entre los salubristas de que esta sea la mejor estrategia posible. Hay quien aboga por poner más énfasis en las comunidades en sus activos de salud. Los activos de cuidados de las comunidades son probablemente cruciales en fases no muy graves de la COVID 19, en la capacidad de autocuidados y autoorganización suministrando información y tecnología suficiente para los aislamientos y cuarentenas en los mismos barrios de origen. Ello probablemente disminuya notablemente las infecciones cruzadas en los hospitales, y dé una sensación real de participación que no ha existido en el enfoque que ha prevalecido, caracterizado por su verticalidad y que, en ocasiones, que pueden producir efectos secundarios en salud mental de los confinados (5).

En todo caso, la población se ha autoorganizado ante la pobre respuesta del sistema sanitario y la ausencia de acciones comunitarias por la situación del confinamiento (6). La respuesta familiar, la existencia de redes de apoyo vecinal, las iniciativas de los barrios y la reorganización de actividades de voluntariado han sido fundamentales ante la situación de la pandemia, evitado

situaciones de soledad, y afrontando la falta de atención a las necesidades de los más desfavorecidos y en riesgo de exclusión social, en un contexto grave de pérdida de empleos y la falta de solvencia económica en una parte importante de la población. La solidaridad de la comunidad es probablemente una de las partes más destacables para hacer frente a esta pandemia, mejorando la salud de sus conciudadanos ante la falta de respuesta de las instituciones.

Los capítulos que a continuación se desarrollan se han centrado en la situación de la ciudadanía durante el confinamiento, tanto respecto a cómo lo han vivido las personas mayores que viven solas respecto a las que viven acompañadas, como en cuáles son las diferencias entre mujeres y hombres, las diferencias entre quienes han contado con el apoyo de la atención sanitaria mediante la telemedicina y la población general en la ciudad de Alicante; y las diferencias entre quienes habitan en dos poblaciones de la provincia de Alicante, Cocentaina en la montaña y Calpe en la costa mediterránea.

Las personas que viven solas se caracterizan por ser un subgrupo de población con peculiaridades en comparación con los que viven acompañados, también durante el confinamiento. Nos han aportado sus vivencias durante este período 462 personas iguales o mayores de 60 años, de ellas, 135 viven solas y 327 acompañadas. Podemos adelantar que, durante el confinamiento, aproximadamente un 12% de participantes ha enfermado. Su experiencia es valiosa, pues la atención sanitaria se ha visto modificada. Son los hombres que viven solos quienes menos asistencia han recibido para sus necesidades sanitarias. La vida confinada ha supuesto más carga de trabajo reproductivo para ambos sexos, pero más para las mujeres mayores que viven acompañadas. También que vivir solos ha sido un factor protector frente a la COVID 19, pues quienes viven acompañados con mayor frecuencia han padecido esta infección. Las pautas de conducta promotora de la salud, como la alimentaria y de ejercicio físico también se modificaron en este período, registrándose una variación tanto en el aumento como en la pérdida de peso de entre 2 a 4 kgs, lo que supone sin duda un impacto en su salud. En cuanto a la alimentación, si bien entorno al 25% la mejoraron, debemos llamar la atención a que alrededor del 10% de las personas mayores que viven solas dicen haberla empeorado. Lo mismo sucedió con el ejercicio físico, ya que mientras que cerca del 40% de quienes viven acompañados se ejercitaron más de lo habitual; casi el 60% de los hombres y el 43% de las mujeres que viven solos/as no realizaron ningún ejercicio o menos de lo habitual. En cualquier caso, los problemas de salud derivados del confinamiento deberían entenderse como un asunto de índole poblacional y por lo tanto de responsabilidad institucional, y no como un ejercicio de *victim blaming* (culpabilización de las víctimas), como si fuera un problema de responsabilidad individual con impacto en la salud pública.

Especialmente relevante es que se ha evidenciado mayor frecuencia de casos en mujeres de edad muy avanzada respecto a hombres de la misma edad en el ámbito internacional, en España y en la Comunidad Valenciana. Además, sabemos por los datos del Ministerio de Sanidad que los contagios han sido significativamente más frecuentes en mujeres que en hombres que han estado en contacto con casos de COVID 19 y con pacientes de enfermedad respiratoria aguda. Es decir, la tarea de cuidadora ha supuesto un factor de riesgo más para las mujeres que para los hombres.

Los riesgos para la salud durante la epidemia de COVID 19 en general, y para las personas mayores especialmente son, por tanto, los derivados de la probabilidad de contagio, y no recibir la asistencia sanitaria y el tratamiento, pertinentes lo antes posible. Pero también existen los riesgos propios para la salud de las personas confinadas. Entre ellos, podemos destacar los derivados de la necesidad de seguridad alimentaria, de atención de los servicios sanitarios y de cuidados en salud por la co-morbilidad propia de la edad, de la inactividad física, y su consecuente ganancia de peso, de la necesidad de consumo de fármacos, y de los problemas previos de adicciones, legales o ilegales, de la insuficiente exposición al sol, y de la distorsión de las relaciones personales producidas por el distanciamiento social (7). Algunos artículos recientemente publicados muestran diferencias de género en la respuesta psicológica (8), incluido el estrés post-traumático (9).

El siguiente capítulo analiza desde la *perspectiva de género* las experiencias y conductas durante el confinamiento por la pandemia de la COVID 19 en Alicante. En las epidemias recientes por los virus Ébola, SIDA y Zika se observó que las mujeres tuvieron mayor probabilidad de ser infectadas por su papel en los cuidados familiares. Tanto es así que, el Informe Final del Panel de expertos organizado por el Secretario General de la Organización de Naciones Unidas en 2015, con el fin de reunir las lecciones aprendidas para dar respuesta global a la amenaza de futuras epidemias, hace explícita la necesaria consideración de la transversalidad de la perspectiva de género en la gestión de las crisis de salud globales. Asimismo, el informe reconoce el papel fundamental que desempeñan las mujeres en la respuesta a emergencias de salud.

En la investigación realizada por las Sedes Universitarias de la Universidad de Alicante han participado 956 mujeres y 411 hombres. El 26% de hombres y 23% de las mujeres han mantenido su trabajo en el sector productivo remunerado durante este período. La prevalencia de casos de la COVID 19 ha sido del 2,4% en mujeres y 2,2% en hombres, similar a las cifras reportadas por el Ministerio de Sanidad para el conjunto de España en este período. Han estado en contacto con pacientes de la COVID 19 un total de 33 hombres (8%) y 87 mujeres (9,1%); observándose un incremento de los contactos en las mujeres entre el 15 y 30 de marzo, esto es, en los 14 días siguientes al comienzo del

confinamiento, lo que puede ser explicado por el clásico papel de cuidadora que ha determinado su mayor exposición y, por tanto, riesgo de contagio al SARS Cov2.

La re-familiarización ha aumentado las desigualdades en el reparto las tareas de cuidados y domésticas, nueva vuelta de tuerca al modelo tradicional de familia, lo que ha supuesto, que, aunque los hombres han incrementado las tareas reproductivas, el sobreesfuerzo y la dedicación temporal a estas tareas ha sido mayor en las mujeres. Por último, en el ámbito de la asistencia sanitaria es sustancial poner el foco de atención en las necesidades de salud de las mujeres, ya que se ha detectado un potencial sesgo de género, al observar que atendieron proporcionalmente menos mujeres (al 10% del 16,8% que han enfermado), que hombres, pues atendieron casi a todos, 9,2% del 10,7% que han enfermado.

El tercer capítulo analiza el desarrollo de actividades relacionadas con la salud pública durante el confinamiento por servicios profesionales de enfermería a 201 pacientes del área sanitaria zona norte-HGUA, atendidas a través de la teleasistencia por comparación con 533 participantes en la encuesta realizada por la Sede Universitaria de Alicante. Ambos grupos se caracterizan por estar compuestos sobre todo por mujeres jóvenes y adultas.

El principal hallazgo de esta investigación se relaciona con el beneficio de la teleasistencia por profesionales de enfermería para el desarrollo de funciones de salud pública; tal como son la atención sanitaria, vigilancia epidemiológica, prevención y promoción de la salud. Así lo indica que ambos grupos valoren por igual su salud (pacientes y sanos de Alicante), pese a que el grupo atendido por la enfermera de primaria tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas que el grupo de la Sede de Alicante. Además, pese a que en el grupo de la Sede de Alicante se produjeron más casos de la COVID 19 que, en el atendido por enfermería, en donde apenas hubo, en este último se realizaron más pruebas de detección. Por otra parte, quienes han estado en contacto con la profesional de enfermería han sido informados de la COVID 19 por una diversidad de fuentes de información no alcanzada por quienes participaron de la Sede de Alicante; así como se les ha facilitado el acceso a la realización de ejercicio físico mediante materiales del Departamento de Salud de Alicante, mientras los participantes de la Sede de Alicante han debido utilizar principalmente programas de televisión. La valoración de la ayuda recibida durante el confinamiento por parte de quienes han participado en el estudio denota que hay mucho campo de mejora dentro de las instituciones públicas, como la incorporación de la teleasistencia.

En el siguiente capítulo nos vamos a referir a la situación de confinamiento de quienes han respondido al estudio procedentes de las Sedes de Calpe y Cocentaina; dos poblaciones alicantinas, una de mar y otra de montaña. Quienes han participado en este estudio nos cuentan sus experiencias: 284 personas de



Cocentaina y 112 de Calpe. En su mayoría son mujeres adultas y jóvenes que viven acompañadas; siendo la diferencia más destacable la vida laboral, pues en Cocentaina han respondido más personas con empleo activo remunerado que en Calpe.

Un avance de los principales hallazgos es que un 11% de los participantes de la Sede de Cocentaina enfermaron durante el confinamiento, y 5 de ellos (1,8%) padecieron la COVID 19. Mientras tanto, más participantes de la Sede de Calpe enfermaron (16%), aunque ninguno de la COVID 19. Por lo tanto, en ambos casos padecieron la COVID 19 menos que el promedio nacional.

La mayor atención sanitaria ha sido realizada por los servicios profesionales de atención primaria. Si bien, se observa que a menor atención de estos profesionales sube la atención en las urgencias hospitalarias y de especialistas, también de los servicios sanitarios privados. Es preocupante la detección de problemas de acceso a la medicación en el 16% de quienes han participado en la Sede de Calpe y el 20% de Cocentaina. El problema de acceso a las mascarillas en aquel período fue un hándicap para su uso por toda la población; siendo proporcionadas sobre todo a través de familiares, amigos y vecinos mayoritariamente. Además, respecto a las conductas de prevención de la transmisión y contagio del virus, debemos resaltar que un importante volumen de personas salió de sus casas durante el confinamiento (17% y 25% respectivamente, de los participantes en las Sedes de Cocentaina y Calpe).

Las reuniones y el distanciamiento social eran y son el principal reto por resolver, pues alrededor de la mitad de la población no tomó siempre medidas de distanciamiento social. Han existido diversas fuentes de información sobre la COVID 19 para las personas entrevistadas, existiendo un desequilibrio entre la que partía de los medios de comunicación, mucho más abundante, que la que procedía de los profesionales sanitarios; esto es importante, pues en los medios audiovisuales y sobre todo en las redes sociales abundan las noticias erróneas y falsas. Por último, de acuerdo con las necesidades manifestadas, la principal fuente de entretenimiento ha sido relacionarse con las personas, especialmente con la familia, que ha sido la mejor valorada respecto a la ayuda recibida. En este sentido conviene reseñar que, aunque la ayuda prestada por la profesión sanitaria reparte su valoración entre el aceptable y sobresaliente, abunda la insatisfacción con la misma, especialmente en quienes han participado en la Sede de Calpe.

La pandemia que nos asola y la declaración del estado de alarma del 15 de marzo hasta el 21 de junio de 2020 (10) ha cambiado nuestras vidas, nuestra forma de comunicarnos, de interaccionar, hasta de abordar el proceso de enfermar. Esta situación conllevará sin duda cambios en la sociedad, parte de las cuales, al menos las de sus comienzos, han sido abordadas a través de las respuestas de las 1378 personas participantes en el presente estudio.

A finales de octubre 2020, en la Comunidad Valenciana han muerto 1.794 personas, lo que supone la muerte de 30 personas por cada 100.000 habitantes. En la provincia de Alicante, son 612 personas las que han muerto por la COVID 19, de ellas 212 en las ciudades donde están ubicadas las Sedes Universitarias que han apoyado el presente estudio (32 fallecimientos por cada 100.000 habitantes en la primera mitad de noviembre del año 2020). A ellos y ellas y sus familiares va dedicado este documento.

# LA SALUD DE LOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA EPIDEMIA DE COVID 19

## RESUMEN

Las personas que viven solas se comportan como un subgrupo de población con peculiaridades en comparación con los que viven acompañados, también durante el confinamiento. Cuatrocientas sesenta y dos personas iguales o mayores de 60 años han participado en nuestro estudio (307 mujeres y 155 hombres) y nos han aportado su experiencia durante el confinamiento. De ellos, viven solas 111 mujeres (5,6% siguen trabajando en el sector productivo remunerado) y 196 acompañadas (7,4% trabajan de forma remunerada). Entre los hombres, 24 viven solos (tienen trabajo remunerado 9,1%) y 131 acompañados (trabajo remunerado: 12%).

Podemos adelantar que las personas mayores que viven solas acusan en sus vidas el efecto de su propio sexo y género; pues la vida confinada ha supuesto más carga de trabajo reproductivo para ambos sexos, pero más para las mujeres mayores que viven acompañadas. Además, vivir solos ha sido un factor protector de la COVID 19, pues quienes viven acompañados son los que con mayor frecuencia han padecido la enfermedad: 5 hombres (3,8%) y 6 mujeres (3,1%); mientras que entre quienes viven solos, una mujer la ha padecido y ningún hombre.

Conviene aclarar al comienzo de este capítulo algunos conceptos, como que la soledad no siempre es algo negativo. Sin embargo, se suele igualar soledad a problemas. No obstante, dado que con el incremento de los años aumentan los problemas de salud, de autonomía y bienestar, son tantas las personas mayores que viven solas, que hay gobiernos en el mundo que están empezando a ocuparse de la soledad en términos de políticas públicas (11). Durante el confinamiento, aproximadamente un 12% de participantes en el estudio igual o mayores de 60 años ha enfermado. Su experiencia es valiosa, pues la atención sanitaria se ha visto modificada. Son los hombres que viven solos quienes menos asistencia han recibido para sus necesidades sanitarias. Las pautas de

conducta promotora de la salud, como la alimentaria y de ejercicio físico, también se modificaron en este período, registrándose una variación tanto en el aumento como en la pérdida de peso de entre 2 a 4 kgs, lo que supone sin duda un impacto en su salud. En cuanto a la alimentación, si bien en torno al 25% la mejoraron, debemos llamar la atención a que un 10% de mujeres y 12,5% de hombres mayores que viven solos dicen haberla empeorado. Lo mismo sucedió con el ejercicio físico, pues mientras que cerca del 40% de quienes viven acompañados se ejercitaron más de lo habitual; casi el 60% de los hombres y el 43% de las mujeres que viven solos/as no realizaron ningún ejercicio o menos de lo habitual. En cualquier caso, los problemas de salud derivados del confinamiento deben entenderse como un asunto de índole poblacional y por lo tanto de responsabilidad institucional, y no como un ejercicio de responsabilidad individual con impacto en la salud pública.

La soledad ha atraído un notable interés público en los últimos años desde antes de que empezara la pandemia, aunque esta y las medidas de confinamiento han agudizado alguno de los problemas que produce la soledad, como es el afrontamiento personal y familiar de los problemas de salud y la muerte. Interesa pues reflexionar sobre la responsabilidad del impacto del estado de alarma y el confinamiento en la vida de las personas mayores que viven solas en España, ya que más que una decisión individual fue una decisión del Gobierno usando herramientas de nuestra legislación democrática, pero sin consulta a la ciudadanía.

#### LA SALUD DE LOS/LAS MAYORES DURANTE EL CONFINAMIENTO: VIVIR EN SOLEDAD VS. VIVIR CON COMPAÑÍA

A pesar del carácter esencialmente social del ser humano, la soledad no es en sí misma una cuestión negativa ni problemática, incluso en algunas fases de nuestra vida. La independencia es un valor de enorme importancia para nuestro desarrollo. También la compañía puede resultar un riesgo, como han demostrado las estadísticas sobre mujeres asesinadas durante el confinamiento en España.

La soledad resulta problemática cuando no es deseada, cuando no hay sintonía entre la realidad y el deseo, cuando queremos compañía y estamos solos. Los efectos psicológicos y en salud de esta soledad no deseada se han estudiado en detalle, habiendo bastante consenso científico en que es un grave problema de salud pública en las grandes ciudades del mundo occidental. La soledad aumenta la percepción negativa de la salud e incluso la frecuencia de algunas enfermedades, de acceso a servicios sociales y sanitarios e incluso la mortalidad.

La soledad no deseada depende sobre todo de la edad (más frecuente en personas mayores, aunque también existe en el adulto y adulto joven), del

estado civil (más frecuente en la soltería y la viudedad) y del género, por ser más frecuente en las mujeres. Aunque las diferencias disminuyen en estas cuando consideramos el efecto de la edad (mayor esperanza de vida en mujeres), el estado civil (mayor frecuencia de viudedad en mujeres) y las enfermedades asociadas. La salud de las mujeres ha sido descrita como longevidad minusválida teniendo las mujeres mayores más frecuencia de patologías que los hombres. Cuando se tienen en cuenta todas estas características, la frecuencia de soledad no deseada es muy parecida en ambos sexos y el impacto de la soledad en la salud es menos evidente.

Los hallazgos en este trabajo indican que la salud auto percibida de quienes han participado revela «el efecto de la viudedad» descrito en la literatura científica por todo el mundo. Las respuestas de las personas mayores en esta investigación indican la existencia de lo que se ha venido a denominar un patrón de género; interesante, pues mientras que los hombres al enviudar empeoran su salud, las mujeres al hacerlo la mejoran. Así, durante el confinamiento entre los participantes mayores que viven solos son menos los hombres con percepción de buena salud (79,2%) que las mujeres (89,2%). Diez puntos porcentuales de diferencia exactamente. Mientras tanto, las cifras son similares respecto a la buena salud de los hombres y mujeres acompañados: 84% y 87,8%, respectivamente.

Este dato de peor percepción de su salud entre los hombres se refleja también cuando les preguntamos si en el confinamiento temieron padecer la COVID 19; ya que, pese a que ningún hombre que vive solo enfermó de la misma, son los que sintieron más temor a sufrirla (37,5%) por comparación con los acompañados (29,8%), y con las mujeres que viven solas (26,1%) y acompañadas (28,6%).

La cuestión de la soledad y su relación con la COVID 19 ha atraído mucho interés desde el comienzo de la pandemia y hay una creciente producción científica, especialmente viendo la soledad como determinante o predictor de depresión y ansiedad (12). Se han puesto de manifiesto las sinergias que la soledad establece, potenciando el aislamiento social, en cuanto al desarrollo de ansiedad y depresión, pero también su papel en la ideación suicida (3) y el insomnio (13). En el presente estudio se observa un patrón de género, pues sufrieron insomnio el 25,2% de las mujeres que viven solas y el 18,5% de las acompañadas; mientras que los hombres con insomnio fueron menores y similares: 12,5% y 13% entre quienes viven solos y acompañados, respectivamente. El insomnio de las mujeres mayores que viven solas junto con el miedo a padecer la COVID 19 de los hombres mayores que viven solos nos retrotrae a la necesidad de medidas de reducción de los efectos negativos de la soledad en tiempos de la epidemia de la COVID 19. En este sentido, en ausencia de relaciones sociales, existe una oferta que se ha demostrado eficaz para poblaciones

como las participantes en este estudio que utilizan las redes sociales, como son las consultas y terapias a distancia y con el uso de robots de compañía, vídeo llamadas y otras estrategias tecnológicas (14) de comunicación (15).

El final de la vida es también un momento en el que la soledad puede suponer un grave problema, tanto para el que afronta la muerte como para sus familias y quienes se encuentren viviendo en su domicilio o se halle institucionalizado (residencia u hospital). La frecuencia de muerte en soledad se ha doblado con la pandemia. Así como ha disminuido ostensiblemente la posibilidad de dialogar con profesionales de paliativos sobre el final de la vida. Por ello, la pandemia y las medidas de salud pública como el confinamiento o la cuarentena están teniendo consecuencias muy negativas sobre la calidad de vida a la hora de la muerte, afectando gravemente a pacientes y familiares (7).

#### EL CONFINAMIENTO Y LA ATENCION SANITARIA

Ya existe la evidencia científica que durante el confinamiento se ha reducido la atención a enfermedades tan graves como el infarto (8). La soledad como límite al uso adecuado de servicios sanitarios también ha sido estudiada, especialmente de emergencias en enfermedades como infarto agudo de miocardio o ictus (16). No ha sido el caso afortunadamente de los participantes en este estudio, que sí padecen otros trastornos crónicos cuya atención sanitaria se ha visto afectada. En concreto, la enfermedad cardiovascular, incluida la hipertensión, es el problema de salud más frecuente. Sobrepasa ligeramente el 40% entre los hombres; y la padecen el 33% de las mujeres que viven solas y el 26% de las acompañadas. Con menor frecuencia, también la enfermedad pulmonar crónica entre los hombres que viven solos (21%) es frecuente. Esta patología también despunta en mujeres acompañadas (9%). Así como las inmunodeficiencias en las mujeres en general (4%).

Durante el confinamiento los servicios sanitarios están pasando por una mala racha, subfinanciados y sobrecargados por la pandemia no han conseguido aún modular una respuesta aceptable para la población. En la primera parte de la primera ola de la pandemia colapsó el sistema sanitario. El impacto fue notable en la atención primaria en toda España, probablemente porque esta ha sufrido más recortes que la especializada; pero también en los servicios hospitalarios y las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Así, los 54 participantes en el estudio que han enfermado durante el confinamiento: 10 mujeres (9%) y 4 hombres que viven solos (16,7%); y 27 mujeres (13,8%) y 13 hombres que viven acompañados (10%) han tenido dificultades de acceso a la atención sanitaria; especialmente los hombres que viven solos, que han debido recurrir a otros servicios más allá de la atención sanitaria pública (tabla 1). Asimismo, las mujeres acompañadas han sido las mejor atendidas en este período. Impresiona

que la comunicación telefónica haya sido el medio de contacto utilizado para la resolución de los problemas de salud (tabla 2), así como que apenas se haya acudido al hogar casa de quienes están padeciendo, con el fin de establecer el contacto directo entre pacientes y profesionales sanitarios, prácticamente imprescindible en el proceso diagnóstico-terapéutico y de cuidados.

10 Mujeres solas F (%)	27 Mujeres acompañadas F (%)	Atención sanitaria recibida	4 Hombres solos F (%)	13 Hombres acompañados F (%)
3 (30)	10 (37)	Medicina de cabecera	1 (25)	4 (30,8)
1 (10)	3 (11)	Enfermería	0	0
2 (20)	5 (18,5)	Urgencias	1 (25)	2 (15,4)
1 (10)	6 (22,2)	Medicina privada	0	1 (7,7)
4 (40)	10 (37)	Otros	3 (75)	6 (46,2)

Tabla 1. Resolución del problema de salud según sexo y vivir solo o acompañados.

10 Mujeres solas F (%)	27 Mujeres acompañadas F (%)		4 Hombres solos F (%)	13 Hombres acompañados F (%)
4 (40)	14 (51,9)	Contacto telefónico Medicina de cabecera	1 (25)	4 (30,8)
0	3 (11,1)	Contacto telefónico Enfermería	0	0
1 (10)	0	Fueron a su casa	2 (50)	1 (7,7)
1 (10)	5 (18,5)	Urgencias hospitalarias	1 (25)	4 (30,8)
3 (30)	9 (33,3)	Especialista	0	4 (30,8)

Tabla 2. Medio de contacto para resolución del problema de salud según sexo y vivir solo o acompañados.

La necesidad de mantener el cumplimiento de la medicación para las enfermedades habituales se ha producido tantos en personas que viven solas como acompañadas. Más en las mujeres (aproximadamente el 40%) que en los hombres (ligeramente superior al 30%). También ha sido preciso comenzar con nuevos tratamientos en alrededor del 20% de quienes han participado en el estudio. Desafortunadamente, ha habido dificultades para mantener un buen cumplimiento de los tratamientos por problemas de acceso a los fármacos en el 13,6% de las mujeres acompañadas y entorno al 10% en el caso de los hombres.

## NECESIDADES NO CUBIERTAS DURANTE EL CONFINAMIENTO

El confinamiento ha supuesto un límite relevante a la vida diaria de todos los españoles. Es por ello por lo que les preguntamos si habían tenido necesidades realmente importantes que no habían sido cubiertas. Afortunadamente, más de la mitad de los participantes no han tenido necesidades que por las circunstancias no hayan sido cubiertas; especialmente entre quienes viven acompañados, y muy en concreto los hombres. En la siguiente tabla se puede observar el efecto positivo que tanto en hombres como en mujeres tiene vivir en compañía.

111 Mujeres solas (%)	196 Mujeres acompañadas (%)	NECESIDADES	24 Hombres solos (%)	131 Hombres acompañados (%)
33,3	30,6	Relación personal	27,3	22
31,5	20,2	Pasear	36,4	14,7
20,4	23,4	Hacer deporte	22,7	22
7,4	8,9	Comidas y bebidas	13,6	5,5
7,4	8,1	Atención sanitaria	9,1	11
5,6	6,5	Arreglo de problemas con electrodomésticos, conducción de agua y electricidad	0	7,4
1,9	1,6	Cuidados	0	1,8
0	0	Servicios Sociales	0	0

Tabla 3. Necesidades realmente importantes que por las circunstancias no han sido atendidas.

Además de la necesidad de atención sanitaria, los encuestados contestaron haber echado de menos relación con personas durante el confinamiento, especialmente las mujeres. En términos de frecuencia, las siguientes necesidades no cubiertas fueron pasear y hacer deporte. Estas cuestiones están de acuerdo con lo ya descrito por la literatura científica sobre efectos secundarios del confinamiento que establece la salud mental y los factores de riesgo cardiovasculares como los problemas más relevantes para reducir los efectos en salud del confinamiento. Es por su relevancia que emerge la pregunta acerca de cómo se explica que ciertos países como UK o Suecia que no han limitado los paseos ni hacer deporte tienen menos casos de COVID 19; mientras que España que los ha limitado tiene cifras tan elevadas en la epidemia. También emergen las prioridades de salud pública en casos de confinamiento, que serán ejercicio físico, dieta adecuada y desarrollo de sistemas de relación humana.



Las necesidades no cubiertas por la población pueden verse como nichos de mercado por la empresa privada o como espacios a atender por las instituciones públicas. Así, aproximadamente el 10% tuvo problemas para abastecerse de alimentos, que muestra una línea importante a desarrollar por la solidaridad y el tercer sector y que sin duda necesita apoyo institucional, y también por las empresas de supermercados que pueden hacer más accesibles sus servicios a domicilio. La necesidad de alimentos no cubierta ha sido expresada con más frecuencia por los hombres que viven solos (13,6% de los mismos). Así que gran cantidad de participantes han debido modificar su conducta como se puede observar en la siguiente tabla o han requerido ayuda durante el confinamiento para conseguir los productos necesitados.

Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	CONDUCTA	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
53,2	55,6	Salir a comprar en los lugares habituales	54,2	65,6
20,7	15,3	Comprar en los lugares que ha podido	<b>20,8</b>	17,6
12,6	14,3	Llamar al supermercado y se lo han llevado	12,5	7,6
21,6	33,2	Le llevaban los productos hijos/as u otro familiar	20,8	22,1
5,4	4,6	Les llevaban los productos sus vecinos	0	0

Tabla 4. Por el confinamiento en casa, cómo se ha accedido a los alimentos.

A la pregunta de si ha recibido la ayuda que ha necesitado durante el confinamiento, hay que destacar que dicen que sí un 28% de las mujeres que viven solas, un 35% de las que viven acompañadas y una cuarta parte de los hombres tanto de los que viven solos como acompañados.

Afortunadamente, no han necesitado ayuda un importante volumen de los participantes, en concreto, cerca del 60% de las mujeres que viven solas y acompañadas y del 70% de los hombres que viven solos y acompañados, respectivamente. No obstante, hay posibilidades de mejora de la ayuda para el caso de las instituciones y las ONG, pues ambos sexos, pero más mujeres, no han recibido la ayuda requerida. En concreto, 14 mujeres (12,6%) que viven solas y 18 (9,2%) acompañadas, y 2 hombres (8,3%) que viven solos y 4 (3,1%) acompañados.

### EL CONFINAMIENTO POR LA EPIDEMIA DE LA COVID 19 Y LAS RELACIONES DE GÉNERO EN LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS

El estado de alarma y confinamiento supusieron meter las relaciones humanas en los confines de las viviendas, poniendo estrictos límites espacio temporales. Tal y como muchas autoras predijeron, los casos de violencia del compañero íntimo se han incrementado, como lo atestiguan el incremento del número de muertes y de llamadas al 016. Sin llegar a estos extremos de tensión, nuestros datos atestiguan como la vida confinada supone más carga para las mujeres que viven acompañadas y también como la gente que vive sola también acusa el efecto de su propio género en sus vidas. Así, las mujeres que viven acompañadas declaran limpiar, cocinar y cuidar dentro y fuera de casa con más frecuencia que antes del confinamiento, todas las tareas reproductivas las realizan con más frecuencia las mujeres que viven solas comparadas con los hombres que viven solos. Llama la atención el cuidado a los vecinos que lo realizan el 16,7 % de las mujeres que viven solas y ninguno de los hombres en la misma situación; lo que nos lleva a levantar la mano en señal de que hay que «cuidar a las cuidadoras».

Como se observa en las siguientes tablas, en general todos los encuestados y encuestadas viven en compañía o no declaran haber disminuido su dedicación al trabajo productivo e incrementado al reproductivo; y además, han variado su dedicación temporal a las mismas; lo cual hace pensar en una desestructuración de los tiempos sociales a los que las personas están acostumbradas.

Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Trabajar más en tareas de	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
72,2	72,6	Limpieza	54,5	53,2
35,2	52,4	Cocinar	59,1	38,5
5,6	29	Cuidar dentro de casa	4,5	12,8
16,7	10,5	Cuidar personas cercanas (vecinos)	0	4,6
7,4	8,9	Cuidar familia fuera de casa	9,1	11
9,3	18,5	Compatibilizar trabajo reproductivo y productivo	31,8	21,1

Tabla 5. Trabajo reproductivo y productivo.

	Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Tiempo dedicado	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
Igual antes	79,6	66,1	Cuidados	59,1	78
Más	16,7	27,4		27,3	20,2
Menos	3,7	6,5		13,6	1,8
Igual antes	37	32,3	Trabajo doméstico	40,9	51,4
Más	61,1	66,9		59,1	47,7
Menos	1,9	0,8		0	0,9
Igual antes	63	59,7	Trabajo productivo	59,1	63,3
Más	9,3	16,1		13,6	14,7
Menos	27,8	24,2		27,3	22

Tabla 6. Tiempo de dedicación al trabajo reproductivo y productivo.

### PREVENCIÓN DE LA COVID 19

La observación del confinamiento, la distancia social y utilización de mascarilla como medidas de prevención primaria de la COVID 19 han sido las conductas preventivas establecidas por el Gobierno de España de mayor impacto en las vidas cotidianas.

El confinamiento en el hogar ha sido cumplido; sobre todo por las mujeres que viven acompañadas.

Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Conducta	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
<b>84,5</b>	71,4	He salido lo imprescindible	83,3	84
<b>19,8</b>	29,1	No he salido	16,7	17,6
<b>39,6</b>	40,8	No ha permitido que entren en su casa	37,5	30,5

Tabla 7. Cumplimiento con el confinamiento como medida de prevención de la COVID 19.

Pero al menos en el tiempo del estudio la utilización de las mascarillas, siendo bastante alta, debe mejorar, sobre todo y precisamente en quienes viven acompañados.

Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Conducta	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
4,5	8,7	No utilizaba. No tenía y no la podía conseguir	4,2	7,6
18,9	29,6	Utilizaba. Familiar, amigo, vecino se la proporcionó	16,7	16
61,3	49,5	Utilizaba. Conseguida en la Farmacia	66,7	64,9
0,9	6,6	Utilizaba. Conseguida en el Centro de Salud	4,2	6,9
52,3	56,1	Utilizaba. Las ha tenido que comprar	83,3	52,7

Tabla 8. Utilización de mascarillas.

El mantenimiento de la distancia social viene siendo y es el principal reto pendiente, especialmente en los hombres, y más en los que viven solos; aunque las mujeres como en otros estudios (17), cumplen más con esta medida (tablas 9 y 10). También la participación en reuniones con familiares y allegados, lógicamente por quienes viven acompañados, y que en la actualidad es uno de los principales factores de riesgo de padecer la COVID 19.

Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Cumplimiento	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
71,2	70,4	Siempre	37,5	58,8
28,8	27,6	Casi siempre	62,5	39,7
0	2	Solo a veces	0	1,5
0	0	Nunca	0	0

Tabla 9. Medida de distanciamiento social.

Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Conductas	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
2,7	3,6	Se ha reunido con las mismas personas	0	1,5
1,8	7,1	Se ha reunido con su familia	0	9,2
0	3,1	Se ha juntado son sus nietos/as	4,2	4,6

Tabla 10. Reuniones familiares y allegados.

La otra medida de prevención secundaria es la realización de alguna prueba de detección precoz de la COVID 19, que es de responsabilidad institucional, y les hubiera gustado que se la hicieran al 75.5% y 79% de las mujeres y hombres mayores que viven solas/os, respectivamente. Así como al 68% de los acompañados de ambos sexos. Lejos de estas cifras, solo se les realizó a 11 mujeres (5,6%) y 9 hombres (7%) que viven acompañados, y solo a 1 mujer entre quienes viven solos.

La información sanitaria es una medida de prevención terciaria, y durante el confinamiento ha tenido diversas fuentes de procedencia, lo cual cuando son coincidentes contribuyen al refuerzo de los mensajes. Pero, si los mensajes son divergentes, pueden contribuir a que los mensajes dejen de ser creíbles para el conjunto de la población y a que la misma se comporte de acuerdo con el confort que las medidas de prevención les reporte. Es mucho el potencial de los diferentes medios de comunicación. Pero, hay que considerar que la información es una condición necesaria para el cambio de conductas, pero no suficiente. Cuando la población no valora lo suficiente las medidas de prevención es preciso realizar trabajo para el cambio de actitudes, o bien establecer normas obligatorias para su desarrollo.

	Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Medios	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
<b>Sobre todo</b>	68	71,4	TV	59,1	69,8
<b>Sobre todo</b>	74,1	54,3	Radio	52,4	55,7
<b>En ocasiones</b>	17,3	28,3		38,1	
<b>Sobre todo</b>	38,8	44,8	Redes sociales	33,3	40
<b>Sobre todo</b>	29,6	40,8	Familiares	26,7	20,8
<b>Sobre todo</b>	31,9	25,4	Amistades	25	9
<b>Sobre todo</b>	9,4	17,7	Profesional Sanitario Centro Salud	18,2	11,4
<b>En ocasiones</b>	15,1	18,8		9,1	20
<b>Nunca/Casi Nunca (CN)</b>	75,5	63,5		72,7	68,6
<b>Sobre todo</b>	14,3	24,5	Profesional Hospital	18,2	15,5
<b>En ocasiones</b>	23,2	15,3		9,1	11,3
<b>Nunca/CN</b>	62,5	60,2		72,7	73,2
<b>Sobre todo</b>	33,3	44,1	Móvil	50	36

Tabla 11. Medios de información sobre la COVID 19.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el Reino Unido, hace algunos años se creó una Secretaría de Estado dentro del Ministerio de Salud para tratar la cuestión de la soledad y algunos

ayuntamientos en España están empezando a iniciar programas asistenciales en esta área. Destacan las iniciativas del Ayuntamiento de Barcelona con la creación de un observatorio y de un grupo científico asesor. También el Ayuntamiento de Madrid y la mayoría de las grandes ciudades españolas tienen líneas de trabajo en este tema sobre todo intentando crear actividades lúdicas o educativas para personas mayores que supongan implicación y conciten la realización de redes, como talleres de cocina, informática o paseos.

La alimentación y el ejercicio físico se han visto muy influenciados por el confinamiento. Tanto hombres como mujeres que viven solos declaran haber empeorado su alimentación y haber hecho menos ejercicio físico. Su consecuencia sobre todo se refleja en la báscula. Entre las mujeres que ganan peso, el promedio es de 2,5 kg de peso, y entre las que lo pierden el promedio es de 2 kg. Mientras que en los hombres hay que diferenciar entre los que viven solos (promedio de ganancia: 3,3 kg y de pérdida: 2 kg) y los acompañados (el promedio de ganancia: es de 3,5 kg y de pérdida: 4 kg).

La tercera forma de promover la salud en tiempos de confinamiento por la que se ha preguntado es acerca de las formas de entretenimiento que, como se puede observar en la siguiente tabla, han estado relacionadas con el ocio pasivo, pero sobre todo con el activo más que habitualmente; y también con mayor frecuencia realizando actividades de comunicación para probablemente cubrir la necesidad de relación con las personas, expresadas en otras preguntas.

	Mujeres solas (%)	Mujeres acompañadas (%)	Conductas	Hombres solos (%)	Hombres acompañados (%)
Más habitual	35,1	33,9	TV	50	25,8
Más habitual	35,6	23,2	Radio	23,8	16,5
Más habitual	45,5	41,9	Leer	33,3	44,1
Más habitual	39,7	36,5	Trabajos manuales y artísticos	26,7	26,8
Más habitual	51	50,5	Hablar con la familia	33,3	40,5
Más habitual	52,4	47,1	Hablar con amistades	52,2	32,5

Tabla 12. Formas de entretenimiento.

#### VALORACIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO

Sin duda la familia es la principal fuente de ayuda mejor valorada por ambos sexos, tanto si viven solos/as como acompañados/as. Las amistades no parece

que hayan cubierto las expectativas, y aún menos el vecindario. Aunque en el caso de la ayuda de las amistades, esta es más valorada por quienes viven solos, especialmente en el caso de los hombres.

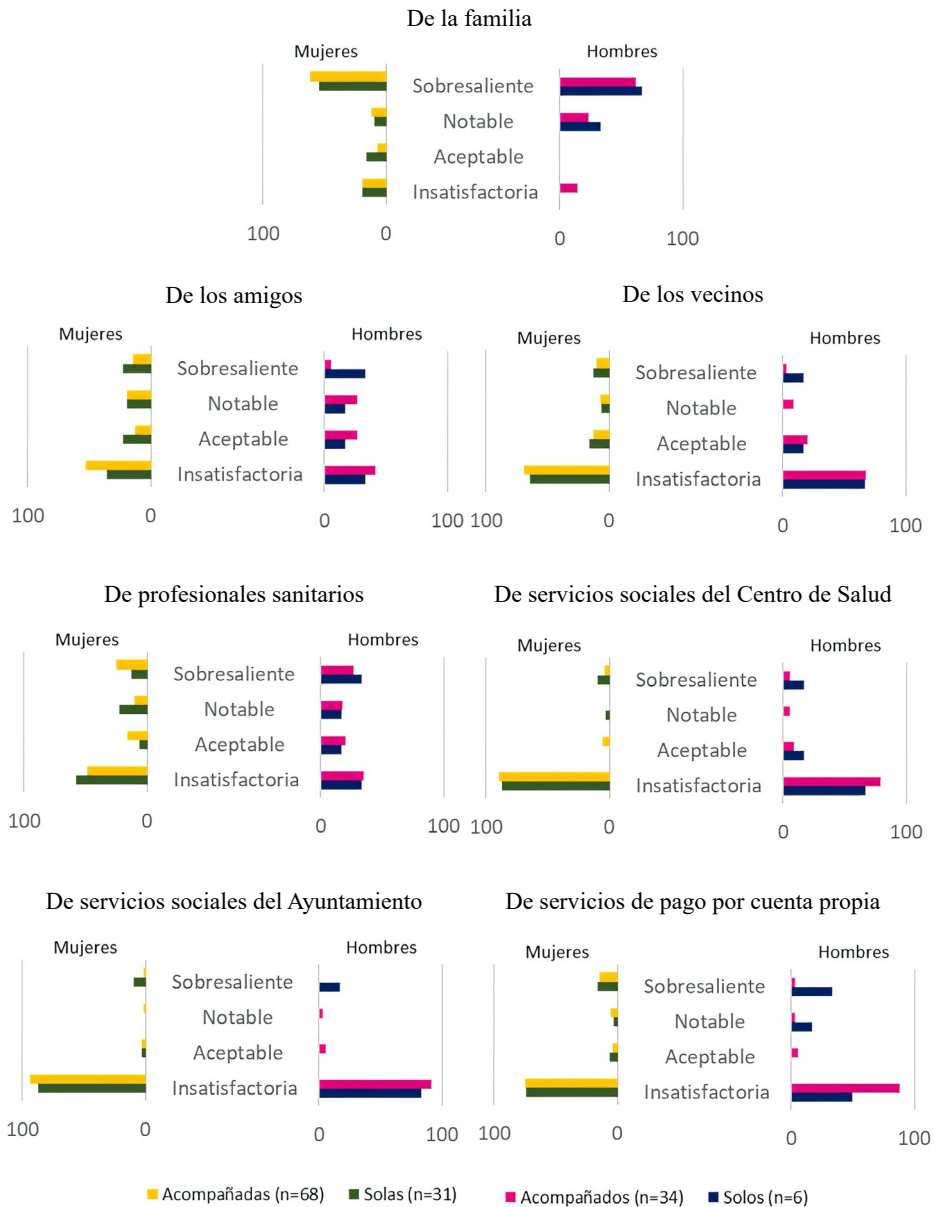


Figura 1. Valorción de la ayuda recibida.

Se percibe bastante insatisfacción con el sector público asistencial tanto por parte de los servicios sociales como de los sanitarios, lo cual es preocupante, sobre todo por parte de las mujeres en general y especialmente las que viven solas. Sorprende que los servicios privados también sean objeto de insatisfacción, especialmente en los hombres que viven acompañados.



# PERSPECTIVA DE GÉNERO DEL CONFINAMIENTO POR LA EPIDEMIA DE LA COVID 19

## RESUMEN

En las epidemias recientes por los virus Ébola, SIDA y Zika se observó que las mujeres tuvieron mayor probabilidad de ser infectadas por su papel en los cuidados familiares. Tanto es así que, el Informe Final del Panel de Expertos organizado por el secretario general de la Organización de Naciones Unidas en 2015, con el fin de reunir las lecciones aprendidas para dar respuesta global a la amenaza de futuras epidemias, explicita la necesaria consideración de la transversalidad de la perspectiva de género en la gestión de las crisis de salud globales. Asimismo, el informe reconoce el papel fundamental que desempeñan las mujeres en la respuesta a emergencias de salud.

En la investigación realizada por las Sedes Universitarias de Alicante sobre la situación de salud y las vivencias relacionadas con la salud pública durante el confinamiento en Alicante han participado 956 mujeres y 411 hombres. El 26,2% de ellos y 23% de ellas han trabajado en el sector productivo remunerado durante este período. La proporción de casos de la COVID 19 ha sido del 2,4% en mujeres y 2,2% en hombres, similar a las cifras reportadas por el Ministerio de Sanidad para el conjunto de España en este período. Su clásico papel de cuidadora ha determinado su mayor exposición y por tanto riesgo de contagio al SARS Cov-2. En concreto, 33 hombres (8%) y 87 mujeres (9,1%) han estado en contacto con pacientes de la COVID 19; observándose un incremento de los contactos en las mujeres entre el 15 y 30 de marzo, esto es, en los siguientes 14 días después del comienzo del confinamiento. La re-familiarización ha aumentado las desigualdades en el reparto de las tareas de cuidados y domésticas, nueva vuelta de tuerca al modelo tradicional de familia, lo que ha supuesto, que, aunque los hombres han incrementado las tareas reproductivas, el sobreesfuerzo y la dedicación temporal a estas tareas ha sido mayor en las mujeres. Por último, en el ámbito de la asistencia sanitaria es sustancial poner el foco de atención en las necesidades de salud de las mujeres, ya que se ha detectado

un potencial sesgo de género al observar que atendieron proporcionalmente a menos mujeres (10% del 16,8% que han enfermado), que hombres (9,2% del 10,7% que han enfermado).

## INTRODUCCIÓN

La perspectiva de género como principio de actuación de todos los poderes públicos implica la consideración de las diferencias entre mujeres y hombres en el análisis, la planificación, el diseño y la ejecución de sus políticas y planes. Significa que se debe contemplar la forma en que las distintas necesidades, situaciones y actuaciones afectan a las mujeres y los hombres.

La perspectiva de género también se ocupa de la capacidad de agencia de mujeres y hombres. Es decir, en el período del confinamiento por la COVID 19, cuando las mujeres y los hombres han tenido que decidir no lo han hecho en el vacío con un número ilimitado de opciones, sino que habrán actuado dependiendo de la capacidad y grado de libertad con el que se ha contado por la pandemia, como por los valores y roles de género otorgados históricamente por el entorno social de convivencia.

Las recomendaciones realizadas por Naciones Unidas están destinadas a fortalecer los sistemas nacionales e internacionales para prevenir y responder eficazmente a crisis de salud, siendo condición necesaria y esencial que la discriminación por género y las desigualdades que se derivan de las respuestas a las emergencias sanitarias sean visibilizadas.

Quizás por «la tiranía de lo urgente», durante la actual pandemia de COVID 19 en España precisamente, no se han hecho visibles las distintas necesidades que han podido tener hombres y mujeres, ni la discriminación por género, ni las desigualdades de género consecuentes. De ahí, la relevancia de aplicar el enfoque de género y entender los roles y las inequidades que las mujeres afrontan cotidianamente.

## LOS CUIDADOS SITÚAN A LAS MUJERES ANTE UN MAYOR RIESGO DE CONTAGIO Y EXPOSICIÓN A LA ENFERMEDAD

Entre las inequidades de género es de especial importancia la división sexual del trabajo, entendida no solo como un reparto de tareas, sino como indicador (y producto) de las desigualdades de género en todo el mundo. En este apartado, analizaremos el confinamiento desde la perspectiva de género poniendo el foco de atención en el sector reproductivo, lo que quiere decir, en las denominadas tareas informales domésticas y de cuidados.

En la investigación realizada en Alicante, hemos observado que un 9,1% de las mujeres y un 8% de los hombres han estado en contacto con pacientes confirmados de COVID 19. Es decir, que 33 hombres y 87 mujeres han estado en riesgo de contagio.

Existen evidencias científicas sobre el contagio dentro del hogar (18). Los hallazgos sugieren que la transmisión del SARS-CoV-2 dentro de los hogares es alto, se produce rápidamente y puede provenir tanto de niños como de adultos. La pronta adopción de medidas de control de enfermedades, incluido el autoaislamiento en el hogar, la auto cuarentena adecuada de los contactos del hogar y que todos los miembros del hogar usen mascarillas en los espacios compartidos, puede reducir la probabilidad de transmisión en el hogar. Al respecto, llama la atención el distinto patrón temporal según sexo del riesgo de contagio por contacto con personas afectadas de esta infección. A partir de una exposición similar en ambos sexos a contactos con la COVID 19 en los 14 días previos al confinamiento (entre el 1 y el 14 de marzo), se observa que esta exposición desciende a partir del confinamiento. Pero, los contactos con personas con esta enfermedad se mantienen para el doble de mujeres que de hombres en las dos semanas siguientes al confinamiento, debiendo comprobarse si este dato está relacionado con el papel de cuidadora de las mujeres; mientras que a partir de abril suben los contactos en los hombres, lo que puede estar relacionado con el trabajo productivo que se mantuvo entre quienes se consideraron indispensables para las necesidades básicas.

FECHAS	Hombres		Mujeres	
	Contactos con COVID 19 + n (%)	Frecuencia casos COVID 19 +	Contactos con COVID 19 + n (%)	Frecuencia casos COVID 19 +
01/03 y 14/03	18 (54,5)	1	46 (52,9)	4
15/03 y 31/03	5 (15,2)	1	28 (32,2)	4
01/04 y 30/04	7 (21,2)	4	6 (6,9)	5
01/05 y 31/05	3 (9,1)	3	7 (8)	10
<b>Total</b>	33	9	87	23

Tabla 13. Fecha con contactos con COVID 19 positivo y frecuencia de casos de COVID 19 en ambos sexos participantes estudio COVID 19 y confinamiento.

Durante el confinamiento, a 23 mujeres (2,4% de quienes han participado en este estudio) y 9 hombres (2,2%) se les ha confirmado el diagnóstico de COVID 19. La aparición de casos en las mujeres aumenta a partir de las fechas del confinamiento, más que en los hombres como se puede observar también en la tabla. En conclusión, la comparación por sexo de ambos indicadores, el de exposición de riesgo a pacientes de COVID 19 y casos de COVID 19 en la población participante, puede estar indicando al confinamiento como una medida inequitativa desde la perspectiva de género, al incrementar más el riesgo para la salud de las mujeres que para la de los hombres.

Desafortunadamente, durante la primera oleada de la pandemia, en España no se contaba con recursos para la detección de casos; por lo que no extraña que durante la etapa del confinamiento solo le hayan realizado test diagnósticos a un escaso 7,4% hombres y 7,3% mujeres de quienes han participado en esta investigación. Curiosamente, a 10 veces más de ellos/ellas (73,1% de hombres y 75,1% de las mujeres) les hubiera gustado que le realizaran la prueba de detección de la COVID 19.

«REFAMILIARIZACIÓN» DE LOS CUIDADOS DURANTE EL CONFINAMIENTO Y DESIGUALDAD EN EL REPARTO DE ROLES DE GÉNERO

Como apunta Del Río Lozano, «La pandemia y el confinamiento han dado una nueva vuelta de tuerca al modelo tradicional de familia “familista” de cuidados imperante en España» (19). Las mujeres han realizado un sobreesfuerzo durante el confinamiento al incrementarse las tareas domésticas, como cocinar para toda la familia confinada. También han debido realizar tareas de higiene de la ropa y desinfección de los utensilios y alimentos. Además, han debido realizar las tareas de cuidados en el interior de los hogares de la totalidad de los miembros de la familia en su amplio espectro, enfermos o sanos, desde los hijos/as hasta las personas adultas y ancianas, y de familiares con COVID 19 o con otro tipo de enfermedades; así como los cuidados de personas dependientes que conviven en el hogar por la reducción de servicios de ayuda a domicilio.

Estas tareas han debido ser realizadas por mujeres que trabajan dentro del hogar (amas de casa) y por aquellas que además trabajan en el sector productivo remunerado. Así, la mitad de los hombres (49,3%) y la mitad de las mujeres (52,2%) afirman haber tenido que compatibilizar las tareas domésticas y de cuidados con su trabajo. Solo que, en intensidad, el incremento de trabajo ha sido superior para las mujeres (ver en la tabla siguiente).

Tareas	787 MUJERES %	379 HOMBRES %	Odds Ratio – IC 95%
<b>Limpieza</b>	77,9	63,9	1,99 [1,52-2,61]
<b>Cocinar</b>	68,5	54,6	1,80 [1,40-2,32]
<b>Cuidar a personas Dentro del Hogar</b>	40,4	26,1	1,91 [1,47-2,52]
<b>Cuidar miembros de la familia que viven Fuera del Hogar</b>	26,8	19,5	2,85 [1,12-2,04]
<b>Cuidar personas cercanas (Vecinos)</b>	10,4	7,7	1,4 [0,90-2,18]

Tabla 14. Incremento del trabajo dentro del hogar durante el confinamiento.

Este incremento en las tareas reproductivas ha supuesto a su vez un aumento de la dedicación temporal superior al dedicado en su vida antes del confinamiento, y que obviamente es mayor en mujeres que en hombres; por lo que también parece haberse producido una desigualdad de género en los usos de los tiempos sociales, a favor del tiempo reproductivo.

Mayor dedicación temporal durante el confinamiento que previo al mismo	787 MUJERES %	379 HOMBRES %
Tareas de cuidados	43,8	32,5
Tareas domésticas	70,8	58

Tabla 15. Diferencias según sexo en la dedicación temporal al trabajo reproductivo durante el confinamiento respecto a la dedicación previa al mismo.

Respecto a la dedicación temporal al trabajo productivo, el confinamiento ha afectado por igual a ambos sexos, siendo tan impactante el porcentaje que trabaja más como el que trabaja menos que antes del mismo.

	379 Hombres	%	787 Mujeres	%
Igual que antes	153	40,4	303	38,5
Más que antes	120	31,7	266	33,8
Menos que antes	106	28,0	218	27,7

Tabla 16. Tiempo dedicado trabajo productivo durante el confinamiento.

El patrón de «hacer la compra» durante el confinamiento ha sido en buena parte el mismo en ambos sexos. Ambos han salido a comprar en los lugares de su compra habitual, aunque más los hombres (71,3%) que las mujeres (62,3%). Para el resto ha supuesto el desarrollo de nuevas estrategias para conseguir el avituallamiento necesitado, siendo las mujeres quienes han experimentado mayores complicaciones. Un 24% de mujeres y 21,7% de los hombres prácticamente se han «tirado a la calle» para comprar en los lugares que han podido. Que les ha sido muy difícil comprar es expresado por el 10,7% de las mujeres y el 7,1% de los hombres. La dependencia de agentes externos es observada en el 17,9% de mujeres y 12,4% de los hombres que dependieron de que la compra se la llevaran sus hijos/as u otro familiar; o alternativamente el 9,3% de las mujeres y 5,4% de los hombres debieron llamar al supermercado para que les llevaran la compra a domicilio. En menor volumen la compra ha dependido de los vecinos para el 1,9% de las mujeres y 0,5% de los hombres.

## «REFAMILIARIZACIÓN» DE LOS CUIDADOS, DIFERENTE EXPOSICIÓN A LA COVID 19 Y NECESIDADES DE SALUD DE LAS MUJERES

La salud es percibida como buena y muy buena por una mayoría, aunque más hombres (89%) que mujeres (85%) la perciben así. Es contradictorio con las patologías padecidas por ambos, pues las mujeres tienen menos enfermedades cardiovasculares (H: 23,1% M: 14,3%) y diabetes (H: 8,5% M: 2,3%), las dos enfermedades crónicas más frecuentes. Solo los problemas de sueño son más frecuentes en mujeres (17,3%) que en hombres (10,5%). Es preciso determinar si el hecho de que las mujeres tengan más problemas de sueño se relaciona con la preocupación por su situación o por la doble carga de trabajo productivo y reproductivo. Por lo demás, exceptuando las dos patologías mencionadas, las frecuencias de otras enfermedades por las que se ha preguntado en el estudio (hepáticas, pulmonares y renal crónicas, inmunodeficiencia y cáncer) son bajas.

Durante el confinamiento, sin embargo, han enfermado 161 mujeres (16,8%) participantes en el estudio, cifra importante y superior a la del 10,7% de hombres que han enfermado, lo que supone que 44 hombres enfermaron durante este período. Sin embargo, queremos resaltar que, pese a la distinta frecuencia de enfermedad, han sido atendidas proporcionalmente menos mujeres (10% del 16,8% que han enfermado), que hombres (9,2% del 10,7% que han enfermado), apuntando a un potencial sesgo de género en la atención sanitaria.

Ambos sexos utilizaron distintos recursos sanitarios para resolver sus problemas de salud durante el confinamiento. Desde la atención primaria los médicos/as de cabecera atendieron y resolvieron los problemas de un 45,3% y 34,1% de mujeres y hombres, respectivamente. Enfermería también tuvo un papel importante para el 8,7% de mujeres y 2,3% de hombres. Así como las urgencias del hospital para un 12,4% de las mujeres y un 9,1% de hombres. La medicina privada fue utilizada por el 13% de mujeres y 15,9% de hombres. Por otra parte, Un 39,8 de las mujeres y 52,3% de los hombres tuvieron que utilizar otros recursos distintos a la atención pública sanitaria.

Las 161 mujeres y los 44 hombres que enfermaron durante el confinamiento utilizaron distintos medios de contacto para que le atendieran y resolvieran sus problemas de salud. La vía telefónica fue el principal medio de contacto con su médico/a para un 57,1% de las mujeres y 38,6% de los hombres, y con enfermería para un 12,4% y 4,5%, respectivamente. Solo 4 enfermas y 4 enfermos fueron visitados en sus casas, lo que supone un 2,5% en el caso de las mujeres y un 9,1% en el caso de los hombres. Para resolver los problemas de salud de un volumen importante de pacientes, estos han debido acudir a urgencias del hospital (16,8% de mujeres y 15,9% de hombres) y a las consultas de especialistas (18,6% de mujeres y 25% de hombres).

En cualquier caso, al 43,6% de las mujeres y 45,2% de los hombres les hubiera gustado que desde su centro de salud se hubieran puesto en contacto con ellos/as; pero esto solo sucedió en el 23,6% de las mujeres y 12,6% de los hombres. Por lo tanto, y pensando en graves rebrotes epidémicos, la sanidad pública tiene una importante tarea por desarrollar.

Durante el confinamiento, un 30,7% de las mujeres y un 22,3% de los hombres (OR= 1,54) han necesitado que se les recetara una medicación para sus problemas de salud habituales, y un 18,7% de las mujeres y un 12,6% de los hombres una nueva medicación. Es importante reseñar que tuvieron problemas para conseguir la medicación en la farmacia el 13,6% y 17,1% de las mujeres y hombres, respectivamente.

#### LAS OTRAS NECESIDADES DURANTE EL CONFINAMIENTO

Las mayores necesidades durante el confinamiento se relacionan con la dimensión física de la salud en ambos sexos; tanto de hacer deporte (H: 30,3% vs. M: 25,2%) como pasear (H: 25,1% vs. M: 30,9%). Relacionarse con otras personas (mujeres: 32,8% vs. hombres: 26,4%) es la otra necesidad más frecuente, la cual está conectada con la dimensión social de la salud. Tenemos que llamar la atención sobre la manifestación realizada por el 10,3% de los hombres y el 8,5% de las mujeres de haber tenido necesidad «realmente importantes» de comida y bebidas y que por las circunstancias no han podido ser atendidas; es decir, 39 hombres y 67 mujeres han tenido necesidades relacionadas con la supervivencia.

Un 38,8% de las mujeres y un 32,6% de los hombres han necesitado ayuda durante el confinamiento. Entre estos han recibido ayuda un 28,7% de las mujeres y un 25,5% de los hombres, por lo que es importante reseñar que no han recibido ayuda un 10,1% de las mujeres y un 7,1% de los hombres.

#### VALORACIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO

Sin grandes diferencias entre mujeres y hombres, sin duda la mejor valoración de la ayuda procede del sector informal por comparación con los servicios prestados por las instituciones públicas.

Sin duda la familia es la mejor valorada. Tanto mujeres como hombres consideran como notable y sobresaliente la ayuda recibida por parte de la familia cuando la han necesitado. Dentro del sector informal, también encontramos que la valoración de la ayuda de las amistades se reparte la valoración entre sobresaliente a insatisfactoria de forma parecida, siendo más insatisfactoria la ayuda recibida por la vecindad.

Por otra parte, la ayuda mejor valorada dentro del sector formal es la de los profesionales sanitarios, aunque por comparación con la ayuda informal está clara la insatisfacción con este sector.

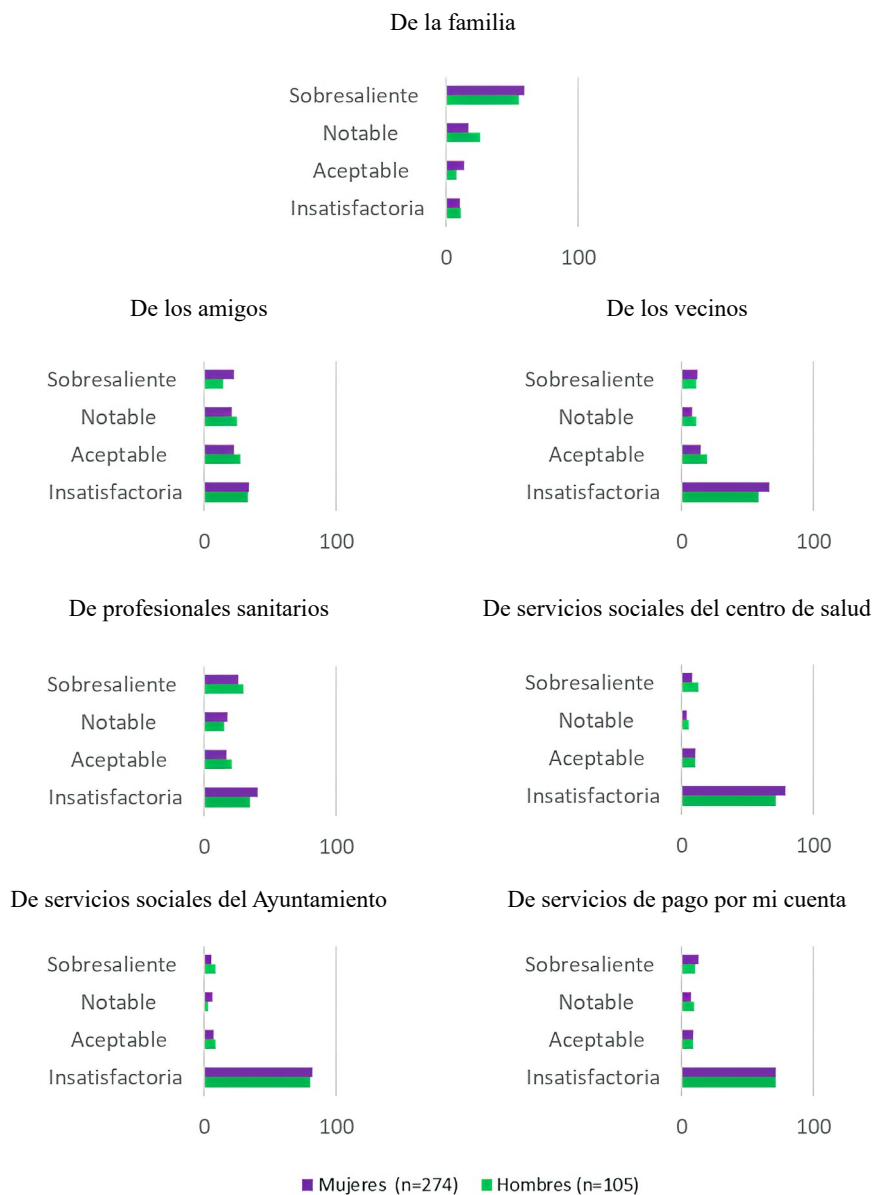


Figura 2. Valoración de la ayuda durante el confinamiento. Sector informal y servicios públicos y privados.



A tenor de la valoración de la ayuda de los servicios sociales del sector público, quienes han participado en este estudio están claramente insatisfechos o la consideran simplemente aceptable. Tampoco salen bien parados los servicios privados a los que han recurrido.

# TELE CUIDADOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA COVID 19

## RESUMEN

El presente capítulo pretende comparar el desarrollo de actividades relacionadas con la salud pública durante el confinamiento en 533 personas procedentes de la Sede Universitaria de Alicante y 201 pertenecientes al área sanitaria zona norte-HGUA atendidas mediante teleasistencia por una profesional de enfermería.

Ambos grupos se caracterizan por ser en su mayoría mujeres jóvenes, sobre todo en el grupo del área sanitaria zona norte-HGUA. Así, el 69% de las participantes en la Sede de Alicante son mujeres, 64,5% son menores de 60 años y viven solos/as el 16%. El grupo del área sanitaria zona norte-HGUA está compuesto por un 84% de mujeres, el 76% tienen menos de 60 años, y el 36% viven solos/as.

El principal hallazgo de esta investigación coincide con otros estudios respecto al beneficio y limitaciones de la teleasistencia (20, 21); en este caso por profesionales de enfermería de primaria para el desarrollo de funciones de salud pública; tal como son la atención sanitaria, la vigilancia epidemiológica, la prevención y la promoción de la salud. Así lo indica que ambos grupos valoren por igual su salud, pese a que el grupo atendido por la enfermería de atención primaria tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas que el grupo de la Sede de Alicante. Además, pese a que en el grupo de la Sede de Alicante se produjeron más casos de la COVID 19 que, en el atendido por enfermería, en donde apenas hubo casos; en este último se realizaron más pruebas de detección precoz de la misma. Por otra parte, quienes han estado en contacto con la profesional de enfermería han sido informados de la COVID 19 por una diversidad de fuentes de información no alcanzada por quienes participaron de la Sede de Alicante; así como se les ha facilitado la realización de ejercicio físico mediante materiales del Departamento de Salud de Alicante, mientras los participantes de la Sede de Alicante han debido utilizar principalmente programas de televisión. La valoración de la ayuda recibida durante el confinamiento por parte de quienes han participado en el estudio denota que hay mucho campo de mejora dentro de las instituciones públicas.

## LA SALUD DURANTE EL CONFINAMIENTO. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Padecer alguna enfermedad se asocia a una percepción de mala salud. Sin embargo, pese a la mayor frecuencia de patologías que caracterizan al grupo de personas del área sanitaria del HGUA (ver siguiente histograma), muy superior a las del grupo participante de la Sede de Alicante, ambos grupos tienen la misma percepción de su salud, pues un 80% de ellos, la perciben entre buena y muy buena. Existe evidencia de que la prestación de un servicio telefónico fuera del horario de atención prestado por enfermeras experimentadas forma parte de la mejora continua de la gestión de cuidados crónicos (22, 23).

Esta similar auto-percepción del nivel de salud puede deberse a que hay más problemas crónicos en los participantes del área sanitaria-HGUA, pero más personas que han enfermado entre los de la Sede de Alicante. En concreto, durante el confinamiento enfermaron 91 participantes en el estudio de la Sede de Alicante (17%), mientras que solo lo hicieron 18 participantes del grupo del área sanitaria-HGUA (9%). Aunque también este interesante hallazgo puede denotar la influencia que en los pacientes crónicos tiene la cercanía a profesionales que trabajan en la prevención y promoción de la salud, tal como son las ejercidas dentro de enfermería. Refuerza esta observación el que el grupo del área sanitaria del HGUA se haya vacunado más de la gripe en la última campaña (43%) que los participantes de la Sede de Alicante (26%).

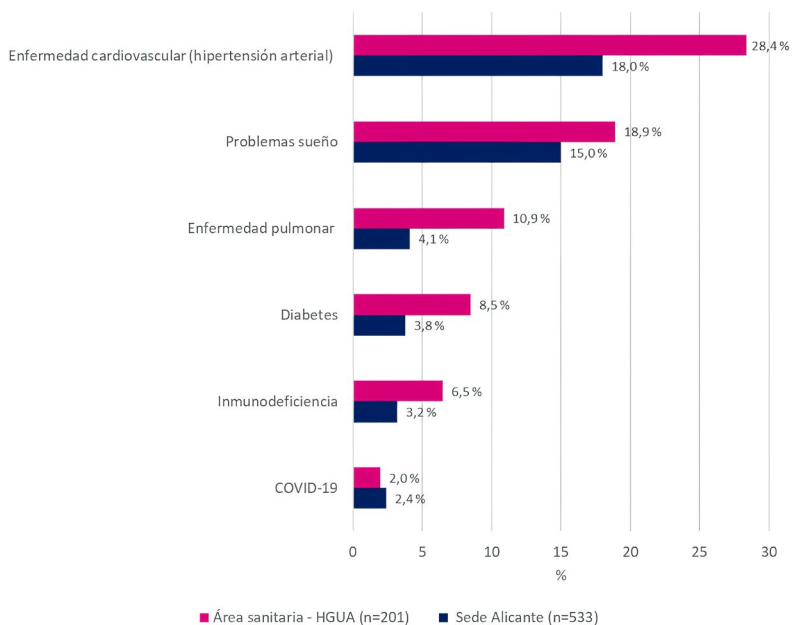


Figura 3. Frecuencia de problemas de salud y COVID 19 en los participantes de la Sede de Alicante y del área sanitaria norte-HGUA.

La COVID 19 ha sido padecida por 13 participantes de la Sede de Alicante y 4 del grupo seguido por la profesional de enfermería del área sanitaria-HGUA. Supone un 2,4% y 2% respectivamente, lo que coincide con las cifras para Alicante del estudio de seroprevalencia del Ministerio de Sanidad. Pese a estas cifras, pensaron que lo habían padecido un 40% en la Sede de Alicante y un 30% en quienes respondieron del área sanitaria-HGUA.

#### EL CONFINAMIENTO Y LA ATENCIÓN SANITARIA

La evidencia científica apunta que durante el confinamiento se ha producido una disminución de la atención sanitaria a las enfermedades existentes, incluyendo aquellas que son graves y urgentes. En Alicante, como en el resto de España con un sistema sanitario saturado, detectamos que desde la medicina de cabecera se atendió a un 37% de pacientes de la Sede de Alicante, pero más, un 50%, a quienes tuvieron la suerte de ser acompañados por los servicios de enfermería de primaria del área sanitaria norte de Alicante-HGUA. Llama la atención que el teléfono fue la principal vía de comunicación en la mitad de quienes fueron atendidos por el/la médico/a de cabecera; un medio por el que se nos hace difícil aceptar que se pueda establecer una buena vía de comunicación médico/a-paciente para realizar de manera eficaz el proceso diagnóstico y terapéutico. Quizás por ello, un 19% de los participantes de la Sede de Alicante tuvieron que recurrir a servicios de medicina privada. Un importante volumen de participantes ha debido acudir a otros servicios, 47% y 39% entre los procedentes de la Sede de Alicante y de quienes están en contacto con servicios de enfermería del centro de salud, respectivamente.

La prescripción de los fármacos habituales coincide (Sede: 31,3% vs. HGUA: 33,3%). Pero se detecta una sobre-prescripción de nueva medicación en los/las participantes del grupo del área sanitaria-HGUA. Así, mientras que al 16% de quienes participaron en la Sede de Alicante le prescribieron nueva medicación, coincidiendo con el 17% que enfermaron; al 39% de las personas del área sanitaria del HGUA le prescribieron nueva medicación, pese a que enfermó escasamente un 9%.

#### NECESIDADES NO CUBIERTAS DURANTE EL CONFINAMIENTO

Ambos grupos han visto limitada su vida durante el confinamiento, y con ello la cobertura de sus necesidades. Para la adquisición de productos necesitados durante este período se identifican dos estrategias muy distintas, pues una está relacionada con la dependencia de personas conocidas y otra con la utilización de servicios privados. Respecto a la primera, las necesidades entre quienes participaron desde la Sede de Alicante fueron cubiertas por los familiares en el 14,2% (+ 1,1% de los vecinos) de los casos; dependencia que fue muy superior

en quienes pertenecen al área sanitaria de Alicante (28% + 4% de los vecinos). Por otra parte, compró donde pudo un 26,5% de quienes participaron de la Sede de Alicante y un 19,4% de quienes pertenecen al área sanitaria de Alicante-HGUA, y además, algo más del 10% dependió del supermercado pese a que tuvo dificultades para ello.

Un indicador de necesidades no cubiertas lo ha proporcionado la pregunta acerca de si los entrevistados han recibido la ayuda necesitada durante la etapa del confinamiento. Lo importante es que alrededor de un 60% no ha necesitado ayuda, pero tenemos que destacar que entre quienes la necesitan, un 10,5% de los participantes de la Sede de Alicante y un 8% de los del área sanitaria norte-HGUA no han recibido la ayuda requerida, quedando por lo tanto un espacio de trabajo para las instituciones públicas y privadas.

### PREVENCIÓN DE LA COVID 19

La observación del confinamiento, la distancia social y la utilización de las mascarillas como *medidas de prevención primaria* de la COVID 19 han sido parcialmente realizadas por los grupos de este capítulo, pues, aunque para lo imprescindible, han salido de casa, principalmente, y han recibido a personas dentro de ella. La conclusión del examen minucioso de los datos es que un importante volumen de personas mantiene relación social.

#### *Cumplimiento del confinamiento como medida de prevención de la COVID 19*

El 88,6% de los participantes de la Sede de Alicante ha salido de casa para lo imprescindible; por lo que destaca la menor frecuencia de salidas (74%) de las personas del área sanitaria del HGUA (y el resto no ha salido). Además, si no ha habido más remedio que salir, la utilización de mascarillas fue alta (cerca del 90%), aunque no total.

#### *Utilización de la mascarilla*

En la etapa del confinamiento debido al pico epidémico hubo una dificultad extrema para conseguir mascarillas. Además, por aquellos entonces no existió una orden para su uso obligatorio. Nos encontramos con personas (13,5% y 8% de la Sede de Alicante y el área sanitaria-HGUA, respectivamente) que no las pudieron utilizar por no tener y no poder conseguirlas. Progresivamente, las existencias aumentaron. Más de la mitad de los participantes las tuvieron que comprar. Entre quienes dicen que las utilizaron, podemos observar en la siguiente tabla que, mientras que los participantes de la Sede de Alicante las utilizaron más en la medida que se la proporcionó el sector informal, los del área sanitaria-HGUA tuvieron una mayor procedencia del sector sanitario formal. Hay que recordar que las mascarillas inicialmente fueron proporcionadas a

las personas mayores de 65 años en las farmacias con la financiación de la Consellería de Sanidad.

Sede Alicante (n=533)	Conducta	Área Sanitaria HGUA (n=201)
13,5	No utilizaba. No tenía y no la podía conseguir	8
31,7	Utilizaba. Familiar, amigo, vecino se la proporcionó	21,9
39	Utilizaba. Conseguida en la farmacia	43,8
4,1	Utilizaba. Conseguida en el Centro de Salud	6,5
55	Utilizaba. Las ha tenido que comprar	55,2

Tabla 17. Dificultad de acceso y utilización de mascarillas.

### *Medidas de distanciamiento social*

El distanciamiento entre personas parece ser la asignatura pendiente en España, así se refleja al menos en el presente estudio, pues solo un 60% de los participantes de la Sede de Alicante y un 69% de los del área sanitaria-HGUA dicen haber cumplido siempre con las medidas de distanciamiento social.

Observado por espacios, cuando no hubo más remedio que salir fuera de casa, un 20,5% de los participantes de la Sede de Alicante y un 29,4% del área sanitaria-HGUA no cumplieron con la distancia interpersonal, y permitieron que otras personas entraran en su casa un 52,5% en la Sede de Alicante y 59% en HGUA, aumentando con ello su riesgo de padecer la COVID 19. No obstante, en este último caso, como se puede observar en la siguiente tabla han utilizado la mascarilla.

Sede Alicante (n=328)	Acción	Área Sanitaria HGHA (n=145)
81,7	Me he alejado además de pedirles que se coloquen la mascarilla	89
18,3	Me he quedado cerca, pero les he pedido que se coloquen la mascarilla	11

Tabla 18. Utilización de mascarillas por parte de las personas que visitan el hogar durante el confinamiento.

Respecto a la medida de prevención secundaria que supone la realización de la prueba de detección precoz de la COVID 19, es interesante comprobar las diferencias entre ambos grupos, tomando como referencia la magnitud de quienes

dijeron haber entrado en contacto con personas que la padecían. En el grupo de la Sede de Alicante le realizaron la prueba de detección precoz a un 6,6%, cifra inferior al 8% que dicen haber estado en contacto con personas con COVID 19. Contrasta con el 8,5% de pruebas realizadas en quienes participaron del área sanitaria del HGUA, pese a que solo un 5% dice haber estado en contacto con pacientes de COVID 19.

*La información sanitaria es útil como medida de prevención primaria y terciaria.* La procedencia de la información sanitaria ha sido diversa durante el confinamiento. Sin duda, más participantes acompañados de los servicios de enfermería han recibido información de todas las fuentes disponibles respecto a los participantes de la Sede de Alicante, como se puede observar en la siguiente tabla.

	Sede Alicante (n=537)	Medios	Área Sanitaria HGUA (n=205)
<b>Sobre todo</b>	61,2	TV	70,6
<b>Sobre todo</b>	34,4	Radio	72,9
<b>Sobre todo</b>	45,9	Redes Sociales	49,6
<b>Sobre todo</b>	20,1	Familiares	40,4
<b>Sobre todo</b>	16,2	Amistades	34,4
<b>Sobre todo</b>	10,9	Profesional sanitario Centro de Salud	29,9
<b>En ocasiones</b>	14,2		16,9
<b>Nunca/Casi nunca (C.N)</b>	74,9		53,2
<b>Sobre todo</b>	12,6	Profesional Hospital	38,3
<b>En ocasiones</b>	17,3		19,8
<b>Nunca/C.N</b>	70,2		42
<b>Sobre todo</b>	45,5	Móvil	55,2

Tabla 19. Medios por los que se han informado sobre la COVID 19.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

Durante el confinamiento también se ha visto influida la promoción de la salud, respecto a la alimentación y el ejercicio físico.

### *Mantenimiento físico*

Cierto que un 23,6% y un 32% de quienes pertenecen a la Sede de Alicante y al área sanitaria del HGUA ha hecho menos ejercicio físico del habitual durante el confinamiento. Pero también que un 38,5% y un 25,9% ha realizado más, respectivamente. Las fuentes de estímulo para la realización de ejercicio han sido diferentes en ambos grupos (ver tabla siguiente). Los participantes del área

sanitaria-HGUA han contado con el apoyo de las tablas de las rutas de ejercicio físico del Departamento de Salud de Alicante que han utilizado principalmente; mientras que los programas de televisión fueron la referencia para el grupo de la Sede de Alicante.

Sede de Alicante (n=533) %	Realización de ejercicio físico siguiendo	Área sanitaria-HGUA (n=201) %
2,3	Tablas de las rutas de ejercicio físico del Departamento de salud de Alicante	33,3
12,9	Recuerdo del realizado en su gimnasio	16,9
22	Programa de televisión	15,4
19,1	Realizada habitualmente en su casa	13,4
38,5	Otras formas	30,3

Tabla 20. Fuente de inspiración para la realización del ejercicio físico durante el confinamiento.

### *La alimentación*

No todo es negativo durante el confinamiento, pues la alimentación según la mayoría de los participantes se ha mantenido igual que siempre e incluso ha mejorado para el 24% de los participantes del área sanitaria-HGUA y el 26,6% de la Sede de Alicante. Preocupa que para un 8,5% y 12% de quienes han respondido en el estudio del área sanitaria-HGUA y de la Sede de Alicante, respectivamente, afirmen que ha empeorado. La consecuencia en términos de ganancia y pérdida de peso es un promedio de ganancia de peso de casi 3 kilos en ambos grupos, siendo diferente en pérdida, ya que los participantes del área sanitaria-HGUA han perdido de promedio 2,2 kilos, mientras que los de la Sede de Alicante han perdido cerca de 3 kilos.

### *Entretenimiento*

Más allá del deporte y de pasear, las actividades de entretenimiento durante el confinamiento pueden ser consideradas sin duda determinantes de la salud. Las hay de carácter activo o pasivo. Nuestra cualidad de seres sociales ha prevalecido por encima de cualquier actividad como podemos observar en la siguiente tabla. Hablar con familiares y amistades son las actividades que han realizado más de lo habitual en ambos grupos, y que, a continuación, los participantes de la Sede de Alicante han leído y visto la TV más de lo habitual; mientras que los del área sanitaria HGUA han realizado trabajos manuales y artísticos y visto la televisión.



	Sede Alicante (n=533) %	Conductas	Área sanitaria-HGUA (n=201) %
<b>Más habitual</b>	41	TV	41,2
<b>Más habitual</b>	24,2	Radio	29
<b>Más habitual</b>	44,7	Leer	37,1
<b>Más habitual</b>	29,9	T. manuales y artísticos	42,7
<b>Más habitual</b>	54,8	Hablar con familia	48,4
<b>Más habitual</b>	48,4	Hablar con amistades	45,6

Tabla 21. Formas de entretenimiento.

#### VALORACIÓN DE LA RECEPCIÓN DE AYUDA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR PARTE DE DIFERENTES FUENTES

La ayuda que ha sido mejor valorada es la de la familia. En la figura siguiente se muestra que para casi el 60% de los participantes de ambos grupos la ayuda recibida de la familia es valorada como sobresaliente.

La valoración desciende en el caso de los profesionales sanitarios. Llama la atención que para el 35% de los participantes de la Sede de Alicante y un 47% del área sanitaria norte-HGUA no cumple con sus necesidades o expectativas. Sucede lo mismo, pero con cifras más abultadas, en relación a los servicios sociales del centro de salud y del Ayuntamiento. Tampoco son evaluados satisfactoriamente los servicios privados.

La conclusión de estos hallazgos es que se pueden desarrollar más y mejores tareas de apoyo a la ciudadanía, especialmente en tiempos de confinamiento.

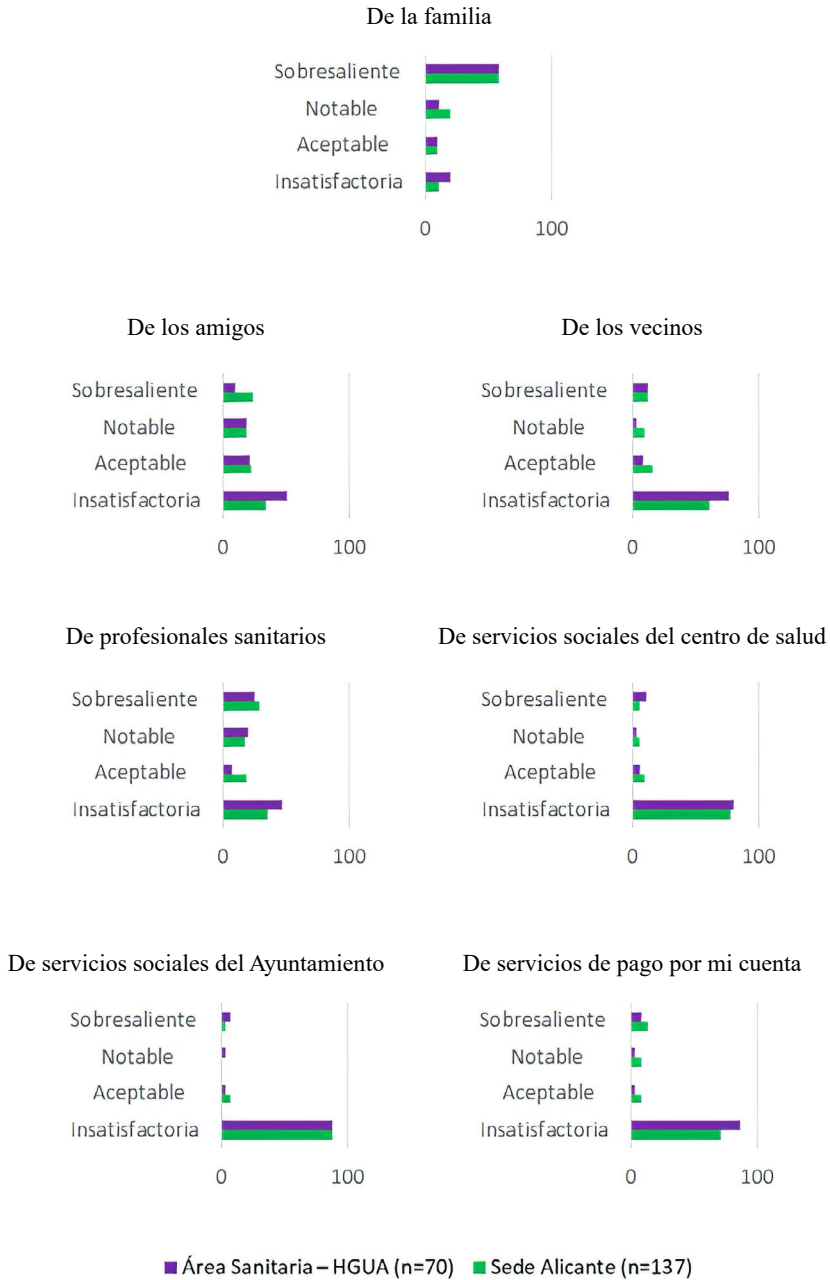


Figura 4. Valorcación de la ayuda recibida por el sector formal e informal.

# EL CONFINAMIENTO EN CALPE Y COCENTAINA POR LA PANDEMIA DE LA COVID 19. CIUDADES DE MAR Y MONTAÑA

## RESUMEN

En este capítulo nos vamos a referir a la situación de confinamiento de quienes han respondido al estudio procedentes de las Sedes de Calpe y Cocentaina; dos ciudades, una de mar y otra de montaña, en la que un 7% dicen no haber estado confinadas.

Han respondido a la encuesta 284 personas de Cocentaina y 112 de Calpe. En su mayoría son mujeres adultas y jóvenes que viven acompañadas. Es en la vida laboral donde existen diferencias reseñables entre ambas Sedes, pues en Cocentaina han respondido más personas con empleo activo remunerado (64%) que en Calpe (43%).

Un avance de los principales hallazgos es que un 11% de los participantes de la Sede de Cocentaina enfermaron durante el confinamiento, y 5 (1,8%) de ellos padecieron la COVID 19. Mientras tanto, más participantes de la Sede de Calpe enfermaron (16%), aunque ninguno de la COVID 19. La mayor atención sanitaria ha sido realizada por los servicios profesionales de atención primaria. Si bien, a menor atención de estos profesionales sube la atención en las urgencias hospitalarias y de especialistas, también de los servicios sanitarios privados. Es preocupante la detección de problemas de acceso a la medicación en el 16% de quienes han participado en la Sede de Calpe y el 20% de Cocentaina. Respecto a las conductas de prevención de la transmisión y contagio del SARS Cov2, debemos resaltar que un importante volumen de personas salió de sus casas durante el confinamiento (17% y 25% de los participantes en las Sedes de Cocentaina y Calpe). El problema de acceso a las mascarillas en aquel período fue un hándicap para su uso por toda la población; siendo proporcionadas a través de familiares, amigos y vecinos mayoritariamente. Las reuniones y el distanciamiento social son el principal reto, ya entonces como ahora, por resolver, pues entorno a la mitad de la población no tomó siempre medidas de distanciamiento social. Han existido diversas fuentes de

información para las personas entrevistadas, observándose un desequilibrio entre la que partía de los medios de comunicación mucho más abundante que la que procedía de los profesionales sanitarios. Esto es importante, pues en los medios audiovisuales y sobre todo en las redes sociales abundan las noticias erróneas y falsas. Por último, de acuerdo con las necesidades manifestadas, la principal fuente de entretenimiento ha sido relacionarse con las personas, especialmente con la familia, que ha sido la mejor valorada respecto a la ayuda recibida. En este sentido cabe reseñar que, aunque la ayuda prestada por la profesión sanitaria reparte su valoración entre el aceptable y sobresaliente, abunda la insatisfacción con la misma, especialmente en quienes han participado de la Sede de Calpe.

#### LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA DURANTE EL CONFINAMIENTO

Durante el confinamiento, la salud percibida por quienes han participado de la Sede de Calpe es considerada entre buena y muy buena por el 86,6% de los participantes, similar a la respuesta en la Sede de Alicante (85%); siendo excelente en los participantes de la Sede de Cocentaina, pues el 93% la consideran entre buena y muy buena. De hecho, la valoración de su salud refleja la situación de enfermedad de los participantes durante la epidemia de COVID 19; ya que han enfermado el 10,9% de los procedentes de la Sede de Cocentaina y el 16,1% de la Sede de Calpe. Cifra en este último caso parecida a la Sede de Alicante (17,1%). También la distinta salud auto percibida por los participantes refleja en cada Sede su situación respecto a problemas crónicos, como se puede observar en la figura 5.

Ninguno de los participantes de la Sede de Calpe ha padecido la COVID 19, mientras que en la Sede de Cocentaina la han padecido 5 personas, lo que supone un 1,8%; cifra más baja que quienes han participado desde la Sede de Alicante en la que lo han padecido el 2,4%.

De la observación de la atención sanitaria en el conjunto de la figura 6, surge la idea de que la menor asistencia sanitaria de los servicios de atención primaria del sector público haya devenido en una mayor demanda de atención en las urgencias hospitalarias o de atención por la medicina privada. La medicina de cabecera desde el centro de atención primaria es quien ha atendido principalmente los problemas de salud en nuestros participantes de ambas Sedes, y por igual. La atención de profesionales de enfermería ha sido menor, pero muy superior en Calpe que el resto de las Sedes. No es el caso de la Sede de Cocentaina en donde la atención de enfermería ha sido escasamente de un 7%; subiendo la demanda en urgencias hospitalarias y de servicios de medicina privada.

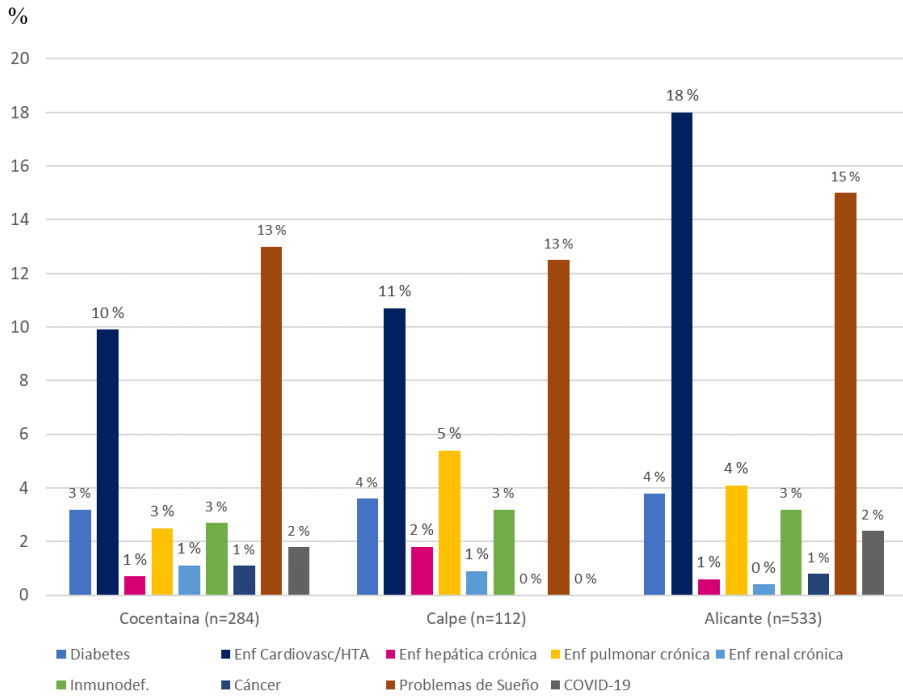


Figura 5. Comparación del nivel de buena salud durante el confinamiento según la percepción de los participantes de las sedes de Cocentaina, Calpe y Alicante.

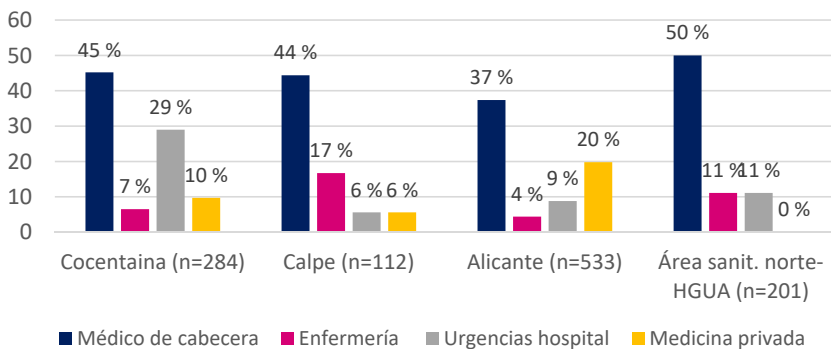


Figura 6. Tipos de asistencias sanitarias recibidas por los participantes de las sedes de Cocentaina, Calpe, Alicante y área sanitaria Alicante Norte-HGUA.

La relación con los pacientes ha sido por vía telefónica (en el 51,6% y 61% de los casos en la Sede de Cocentaina y Calpe, respectivamente) evidenciando la restricción de las consultas presenciales establecidas por razones de seguridad. Los profesionales de enfermería no llegan a la cifra de los de medicina en la atención sanitaria por conexión telefónica, pero también es alta (16% y 22% en las Sedes de Cocentaina y Calpe). Desafortunadamente, no atendieron a ningún participante acudiendo a domicilio. Esto supone que quienes estuvieron enfermos tuvieron que acudir a la atención en las urgencias hospitalarias y especializada. En concreto, un 13% y un 16% de los participantes de la Sede de Cocentaina demandaron atención en las urgencias del hospital y en la asistencia especializada, respectivamente; y un 11% y 22% de quienes han participado desde la Sede de Calpe.

Da una idea de la distancia entre el deseo de los participantes y las acciones realizadas por la atención primaria, el que a un 42% de quienes han participado de la Sede de Cocentaina les hubiera gustado que durante el confinamiento se hubieran puesto en contacto desde su centro de salud, pero solo se han puesto en contacto con un 16%. En el caso de los participantes de la Sede de Calpe es prácticamente la mitad los contactados por su centro de salud (19%) respecto a los que deseaban ser contactados (36%).

Respecto a la necesidad de medicación, los datos indican que son coherentes con la frecuencia de enfermos, mayor en Calpe. Así, un 28% y 19,5% han necesitado medicación para sus problemas habituales y nueva medicación respectivamente en el caso de los participantes de la Sede de Calpe, y menos (20% y 13%) en los pertenecientes a la Sede de Cocentaina. Preocupa la detección de problemas para conseguir la medicación en el 15,7% de los participantes de la Sedes de Calpe y 20% de Cocentaina.

#### MEDIDAS PARA PREVENIR LA COVID 19

No está siendo fácil en España cumplir con las medidas de prevención primaria de la COVID 19. Las medidas de confinamiento, la distancia interpersonal y la utilización de las mascarillas han sido parcialmente cumplidas por los participantes de las Sedes de Cocentaina y Calpe. Aunque haya sido para lo imprescindible, han salido de casa (principalmente), y han recibido a personas dentro de ella con un uso parcial de mascarillas y un distanciamiento por parte de la mitad de la población aproximadamente. Un importante volumen de personas mantiene relación social.

#### *Cumplimiento del confinamiento como medida de prevención de la COVID 19*

A la pregunta sobre si estaban confinados de manera obligatoria o voluntaria, un 52% y un 40% de los participantes de las Sedes de Cocentaina y Calpe,

respectivamente, dijeron haberse confinado por su propia voluntad, ascendiendo al 63% y 80,4% de confinamiento obligatorio. Probablemente estas diferencias entre la conducta voluntaria y la obligatoria, además de la obligación de cumplir con los compromisos laborales, influya en las siguientes respuestas.

Así, solo un 17% de los participantes de la Sede de Cocentaina y un cuarto de los de la Sede de Calpe no salió de casa durante el confinamiento; y aunque la utilización de mascarillas si no hubo más remedio que salir de casa es alta, destaca el 16% que no las utilizó entre quienes procedían de la Sede de Calpe.

### *Utilización de la mascarilla*

El problema de acceso a mascarillas en tiempos del confinamiento es evidente. Más de la mitad de los participantes en la Sede de Calpe tuvo que comprar mascarillas cuando su oferta aumentó. Mientras tanto, una cifra respetable (11,6%) no las utilizó, como pasó en la Sede de Alicante (13,5%). Afortunadamente la mayoría de los participantes en la Sede de Cocentaina pudieron utilizarla, al conseguirla sobre todo a través de la compra. Los familiares, amigos y vecinos; así como la propia farmacia fueron fuentes importantes para proporcionar mascarillas.

Sede Cocentaina (n=284)	Conducta	Sede de Calpe (n=112)
4,6	No utilizaba. No tenía y no la podía conseguir	11,6
30,3	Utilizaba. Familiar, amigo, vecino se la proporcionó	25,9
21,8	Utilizaba. Conseguida en la farmacia	28,6
6,3	Utilizaba. Conseguida en el Centro de Salud	9,8
35,2	Utilizaba. Las ha tenido que comprar	58,9

Tabla 22. Dificultad de acceso y utilización de mascarillas.

### *Reuniones*

Las cifras de reuniones también han sido importantes, pues un 19% de los participantes de ambas sedes se han seguido reuniendo con su familia; así como también se han seguido reuniendo con las mismas personas un 16% y un 9% de los participantes de las Sede de Calpe y Cocentaina, respectivamente.

### *Medidas de distanciamiento social*

El distanciamiento entre personas como prevención de la COVID 19 ha estado siempre presente en el 47,3% y 52% de quienes han participado desde ambas sedes, por lo que, a tenor de estas cifras, esta conducta debe ser reforzada, ya

que es mucho menos frecuente que en los participantes de otras sedes universitarias como la de Alicante o la del área sanitaria de la zona norte de Alicante-HGUA.

Observado por espacios, cuando no hubo más remedio que salir de casa, un 20,5% de los participantes de la Sede de Calpe y un 37,3% de la de Cocentaina no cumplieron con la distancia interpersonal, y permitieron que otras personas entraran en su casa un 49% en la Sede de Calpe y 41% en la de Cocentaina. Esta decisión sin duda contribuye al aumento del riesgo de padecer la COVID 19. No obstante, en este último caso, los participantes en el estudio dicen haber solicitado a quienes entraban en sus casas que se colocaran la mascarilla como se observa en la siguiente tabla.

Sede Cocentaina (n=284)	Acción	Sede de Calpe (n=112)
86	Me he alejado además de pedirles que se coloquen la mascarilla	77,5
14	Me he quedado cerca, pero les he pedido que se coloquen la mascarilla	22,5

Tabla 23. Utilización de mascarillas por parte de las personas que visitan el hogar durante el confinamiento.

Nos interesa la realización de la prueba de detección precoz de la COVID 19, como *medida de prevención secundaria*, tomando como referencia la magnitud de quienes dijeron haber entrado en contacto con personas que la padecían.

En la Sede de Calpe no ha habido ningún caso de COVID 19 entre los participantes, 5 personas (4,5%) han estado en contacto con personas con la enfermedad y a todas se les realizó la prueba de detección precoz. Sin embargo, no se cumplen sus expectativas, ya que al 75% les hubiera gustado que se la realizaran.

Entre los participantes de la Sede de Cocentaina se confirmaron 5 casos de COVID 19 (1,8%). Estuvieron en contacto con pacientes de esta enfermedad un 8,8%, por lo que no se les realizó a todos la prueba de detección precoz, ya que solo se llevó a cabo en un 7%. De nuevo dista mucho de lo que hubieran deseado los participantes, pues son 10 veces más (83%) a los que hubiera gustado que se les realizara.

Respecto a la información sanitaria como *medida de prevención primaria y terciaria*, la procedencia de la información sanitaria sobre la COVID 19 ha sido diversa durante el confinamiento. En ambas Sedes la televisión y las redes sociales las principales fuentes de información. Este desequilibrio que se percibe respecto a los profesionales sanitarios como fuente de información



debe ser tenido en cuenta para futuros períodos epidémicos, incluido el confinamiento, pues en los medios de comunicación audiovisuales, pero sobre todo en las redes sociales, abundan las noticias erróneas, e incluso falsas.

Sede Cocentaina %	Medios	Sede de Calpe %
(n=273) 65,2	TV	(n=108) 61,1
(n=220) 33,2	Radio	(n=94) 11,7
(n=244) 53,3	Redes Sociales	(n=103) 65
(n=215) 16,7	Familiares	(n=88) 15,9
(n=204) 11,3	Amistades	(n=88) 18,2
(n=208) 14,4	Profesional sanitario Centro de Salud	(n=84) 8,3
(n=218) 19,3	Profesional Hospital	(n=91) 7,7
(n=242) 55,4	Móvil	(n=98) 59,2

Tabla 24. Medios por los que sobre todo se han informado acerca de la COVID 19.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

Durante el confinamiento la promoción de la salud de quienes han participado en la encuesta también se ha visto influida, tanto en su alimentación como en el ejercicio físico.

### *Mantenimiento físico*

Sin duda el patrón de realización de ejercicio físico ha cambiado, y de forma similar en quienes han participado en el estudio de ambas sedes universitarias, pues un 40% ha realizado más ejercicio y otro 40% menos o nada de lo habitual. Son variadas las fuentes de estímulo para la realización de ejercicio en ambos grupos (ver tabla siguiente).

Sede de Cocentaina (n=284)	Realización de ejercicio físico siguiendo	Sede de Calpe (n=112)
18,3	Recuerdo del realizado en su gimnasio	18,8
20,1	Programa de televisión	14,3
18,7	Realizada habitualmente en su casa	17
40,8	Otras formas	40,2

Tabla 25. Principales fuentes de inspiración para la realización de ejercicio físico durante el confinamiento.

### *La alimentación*

El patrón de alimentación, según los participantes, ha mejorado para un 24% de los de la Sede de Cocentaina y un 30,5% de la Sede de Calpe. Aunque también ha empeorado para un 12% y 16% en estas sedes, respectivamente. Estos cambios en la forma de cocinar durante el confinamiento han tenido su impacto en la salud de los participantes de la Sede de Cocentaina, ya que su peso se ha modificado entre 3 kilos de ganancia y 4 kilos de pérdida; y en los de la Sede de Calpe en quienes ha cambiado entre 3,8 kilos de ganancia y 4,8 kilos de pérdida.

### *Entretenimiento*

Una vez más, en las actividades de entretenimiento ha prevalecido la relación con las personas, que además es la necesidad más evidenciada, siendo prioritario hablar con la familia como es propio de la cultura mediterránea. Ver televisión y la lectura se posicionan posteriormente en las preferencias de los participantes de la Sede de Calpe, y hablar con las amistades y leer en los de la Sede de Cocentaina.

Sede Cocentaina %	Conductas realizadas con mayor frecuencia de lo habitual	Sede de Calpe %
(n=263) 38,7	TV	(n=107) 55,1
(n=216) 19,4	Radio	(n=88) 20,5
(n=248) 47,6	Leer	(n=102) 52
(n=217) 34,1	T. manuales y artísticos	(n=90) 37,8
(n=261) 62,8	Hablar con familia	(n=105) 65,7
(n=255) 51,4	Hablar con amistades	(n=101) 46,5

Tabla 26. Formas de entretenimiento.

## LA NECESIDAD Y LA AYUDA DURANTE EL CONFINAMIENTO

Un 53% de los participantes de la Sede de Cocentaina afortunadamente nunca han sentido necesidades que no hayan sido atendidas durante el confinamiento, o poca cosa; y cuando han necesitado ayuda, un 26% ha recibido la ayuda necesitada, aunque un 7,4% no la ha recibido, lo cual hay que destacar. Los participantes de la Sede de Calpe tampoco han sentido necesidades que no hayan sido atendidas en un 45,6% de los casos; y cuando la han necesitado el 22% de ellos la han recibido. Aquí en la Sede de Calpe también hay que destacar que el 11% de participantes en el estudio no ha recibido la ayuda necesitada durante el confinamiento.

Las necesidades que no han sido atendidas por las circunstancias del confinamiento se pueden observar a continuación en la tabla, parecidas en ambas sedes.

Sede de Cocentaina (n=284) %	Necesidades	Sede de Calpe (n=112) %
26,1	Deporte	27,7
25,4	Relación con otras personas	34,8
22,5	Pasear	37,5
9,2	Atención Sanitaria y cuidados	9,8
8,8	Reparaciones del hogar	9,8
7	Comida y bebida	8,9

Tabla 27. Necesidades realmente importantes no atendidas por las circunstancias.

Destaca el menor volumen de participantes en la Sede de Cocentaina que han necesitado de relaciones personales y pasear para que les diera el aire, lo que puede deberse a que han cuidado más a los miembros de su familia que viven fuera de su casa (28,5%) y han cocinado más, tarea que contribuye a un ritual de unión entre personas.

Esta menor conexión con personas también se percibe en las fuentes a la hora de conseguir los productos de la compra para el caso de los participantes de la Sede de Calpe, que básicamente han sido ellos mismos quienes la han conseguido en los lugares habituales o donde han podido; mientras que ha sido más amplio el abanico de personas que han accedido a la compra de alimentos en el caso de la Sede de Cocentaina.

Sede de Cocentaina (n=284) %	Accesibilidad a productos de la compra	Sede de Calpe (n=112) %
66,9	Compra en los lugares habituales	69,6
20,8	Compra en los lugares que ha podido	24,1
15,8	Se los llevaban hijos o familiares	14,3
4,6	Ha sido muy difícil. Llamaron y se la llevaron desde el supermercado	0,9
1,4	Se la llevaban los vecinos	-

Tabla 28. Medios durante el confinamiento para acceder a productos alimentarios.

#### VALORACIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO

Como es la constante en esta investigación, la familia es quien mejor es valorada por quienes han participado desde estas dos sedes, siendo una importante cantidad de ellos/as quienes valoran su ayuda como notable y sobresaliente. Sin embargo, la insatisfacción protagoniza el resto de los recursos de ayuda, desde los profesionales sanitarios, un recurso público fundamental durante la pandemia de la COVID 19, a los servicios sociales de los Centros de salud y del Ayuntamiento e incluso los servicios privados contratados.



Figura 7. Valorcación de la ayuda recibida.

## CONCLUSIONES

La ciudadanía de la provincia de Alicante, como en siglos precedentes con las pandemias de la peste, fiebre amarilla, cólera y gripe, y como el resto de España y el mundo está resistiendo a la pandemia de la COVID 19, desde su responsabilidad, y con sus propios recursos y medidas a título individual y de sus familias, y con los recursos inciertos de un sistema social, sanitario y de salud pública que ante un reto de tal magnitud se ha observado insuficiente. Su movilidad controlada y climatología han sido identificadas como determinantes de que la propagación del SARS-CoV 2, y la prevalencia de la enfermedad se haya establecido en los niveles medios y bajos en ocasiones, sea algo menor que en el resto del país.

Se han elevado múltiples voces de ámbitos políticos, institucionales y profesionales solicitando o exigiendo mejorar la financiación del sistema sanitario. Pero, a tenor de los hallazgos, no basta con mejorar la financiación para seguir haciendo lo mismo. Dados los fallos del sistema sanitario por la fuerza de las inercias asistenciales, son necesarios cambios estructurales en profundidad que den prioridad a las características de la sociedad actual. Esto supone el abordaje de respuestas intersectoriales a los diferentes problemas; así como implicar a la población en el fomento de la autorresponsabilidad individual sobre su propia salud y la capacidad de respuesta antes las adversidades, que ha resultado mucha. Dicho de otra forma, se necesitan respuestas democráticas y participativas con ciudadanos/as que se sepan sujetos de derechos, pero también de deberes, implicados/as y responsables, que colaboren en desarrollar un sistema sanitario más sólido y sostenible.

Desde la visión en retrospectiva del papel que en esta pandemia ha tenido la comunidad en general, es claro lo imprescindible que es un cambio conceptual y estratégico que valore, no solo la resolución de problemas de salud sino el bienestar y la calidad de vida, priorice la innovación y el desarrollo de tecnologías que faciliten la vida de las personas de forma integrada y participativa. En definitiva que todos, individual y colectivamente, seamos capaces de sumar y de requerir políticas eficientes y responsables a quienes gobiernan (24).

A continuación, se presentan las conclusiones del presente trabajo:

1. El estado de alarma y confinamiento supusieron meter las relaciones humanas en los confines de las viviendas, poniendo estrictos límites espacio temporales y de relaciones personales desde el 15 de marzo al 21 de junio.
2. Durante el confinamiento, la frecuencia de los casos de la COVID 19 en quienes han participado en el estudio es del 2,4%, cifra muy similar a la reportada por el Ministerio de Sanidad para el conjunto de España en este período.
3. Las exposiciones laborales en trabajos esenciales y los cuidados dentro del hogar pueden explicar que el mayor riesgo de contagio por contacto con pacientes de la COVID 19 sea en los hombres (17,4%) y las mujeres (11%) más jóvenes y en la edad adulta.
4. El 16% de los participantes en el estudio enfermó, y tuvo que recurrir a la asistencia sanitaria habitual que se ha visto seriamente comprometida por la sobrecarga de los servicios con casos de COVID 19.
5. Vivir solos ha sido un factor protector de la COVID 19. Quienes viven acompañados son los que con mayor frecuencia han enfermado: 19 mujeres y 8 hombres acompañadas/os respecto a 4 mujeres y 1 hombre que viven solos.
6. Esta protección es especialmente relevante entre las personas igual o mayores de 60 años que viven solas, ya que solo una mujer y ningún hombre han padecido la COVID 19, mientras que, en este grupo de edad, quienes viven acompañados la han padecido 6 mujeres (3,1%) y 5 hombres (3,8%).
7. Mientras que una mayoría de los encuestados querían hacerse pruebas de detección de la infección por el virus del SARS-Cov-2, solo una minoría lo consiguió.

*Sobre el reparto del trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres*

8. Las personas mayores que viven solas acusan en sus vidas el efecto de pertenecer al género femenino y masculino; pues la vida confinada ha supuesto más carga de trabajo doméstico y de cuidados para ambos sexos, pero más para las mujeres mayores que viven acompañadas.
9. La re-familiarización ha aumentado las desigualdades en el reparto de las tareas de cuidados y domésticas, dando una nueva vuelta de tuerca al modelo tradicional de familia, lo que ha supuesto, que, aunque los hombres han incrementado las tareas reproductivas, el sobreesfuerzo y la dedicación temporal a

estas tareas ha sido mayor en las mujeres, lo que nos lleva a levantar la mano en señal de que hay que «cuidar a las cuidadoras»:

- Las mujeres que viven acompañadas declaran limpiar, cocinar y cuidar dentro y fuera de casa con más frecuencia que antes del confinamiento.
- Las tareas reproductivas son realizadas con más frecuencia por las mujeres que viven solas comparadas con los hombres que viven solos.
- Llama la atención el cuidado a los vecinos, que lo realizan el 16,7 % de las mujeres que viven solas y ningún hombre en la misma situación.

### *Respecto a la promoción de la salud*

10. La alimentación y el ejercicio físico se han visto muy influenciados por el confinamiento. Una abundante cantidad de las personas de ambos sexos que viven solos declararon haber empeorado su alimentación y haber hecho menos ejercicio físico. Su consecuencia sobre todo se reflejó en la báscula. Entre las mujeres que ganan peso, el promedio es de 2,5 kg, y entre las que lo pierden de 2 kg. Mientras que en los hombres hay que diferenciar entre los que viven solos (promedio de ganancia: 3,3 kg y de pérdida: 2 kg) y los acompañados, con un promedio de ganancia de 3,5 kg y una pérdida de 4 kg.

11. Las formas de entretenimiento han estado relacionadas con el ocio pasivo, pero sobre todo con el activo más que habitualmente. También, y, sobre todo, con mayor frecuencia se realizaron actividades de comunicación para probablemente cubrir la necesidad de relación con las personas, que es la principal necesidad no cubierta manifestada en la investigación.

12. La importancia de las relaciones sociales en la cultura mediterránea como factor de riesgo de la COVID 19 ya se evidenció durante el confinamiento en las respuestas de quienes han participado en la investigación, que indicaban que la participación en reuniones con familiares y allegados, y el mantenimiento de la distancia social eran, como en la actualidad, los más frecuentes factores de riesgo y, por lo tanto, los principales retos pendientes, para prevenir la COVID 19 aún en la actualidad.

13. La contribución a los rituales de unión, como son los relacionados con cuidar y realizar tareas como llevar la compra a la familia, así como tareas domésticas como cocinar pueden contribuir a expresar con menor frecuencia la necesidad de relaciones personales.

14. La ayuda recibida por la familia es la mejor valorada por ambos sexos, tanto si viven solos/as como acompañados/as. Las amistades no parece que hayan cubierto las expectativas, y aún menos el vecindario.



*Con relación al sector sanitario*

15. La valoración de la ayuda del sector sanitario ha oscilado entre el insuficiente y el sobresaliente. También como insuficientes han sido valoradas las ayudas procedentes de los servicios sociales, tanto la asociada al sector salud como al Ayuntamiento. La pandemia y las medidas de salud pública como el confinamiento o la cuarentena están teniendo consecuencias muy negativas sobre la salud y calidad de vida, afectando gravemente a pacientes y familiares, por lo que analizar la poca valoración del sector sanitario formal de procedencia pública es más que pertinente, en tanto en cuanto las oleadas epidémicas se van a suceder.

16. Los servicios sanitarios están pasando por una mala racha, sub financiados y sobrecargados por la pandemia, no han conseguido aún modular una respuesta aceptable para la población. La atención primaria de salud es la que más pacientes ha asistido, observándose un dato interesante relacionado con la dinámica de las demandas, y es que a menor atención de los servicios de APS, mayor demanda de atención en las urgencias hospitalarias y especialistas o de atención por la medicina privada.

17. La comunicación telefónica ha sido el medio de contacto utilizado para la resolución de los problemas de salud. Apenas se ha acudido al hogar de quienes enfermaron, condición necesaria para establecer el contacto directo entre pacientes y profesionales sanitarios, prácticamente imprescindible en el proceso diagnóstico-terapéutico y de cuidados.

18. Hemos encontrado indicios de beneficios para la salud derivados de servicios de teleasistencia de enfermería. Su acompañamiento virtual ha sido beneficioso especialmente en el área del ejercicio físico y en la alfabetización en salud.

## RECOMENDACIONES

1. Todo parece indicar que la presente pandemia nos afectará con ondas sucesivas. No sabemos su periodicidad ni la evolución de la letalidad. Es pues muy importante que para evitar las graves disfunciones que hemos vivido, los gobiernos refuercen con recursos humanos la salud pública, atención primaria y atención especializada, donde se necesiten.
2. Mejorar la atención sociosanitaria en el domicilio, poniendo el foco en las personas mayores y dependientes, prestando atención especial para familias en riesgo de exclusión.
3. Poner el foco de atención, además, en las necesidades de salud de las mujeres, para evitar la mayor probabilidad de su contagio y propagación derivadas del reparto poco equitativo de las tareas de cuidados y domésticas generadas por la vuelta de toda la familia al hogar, con el fin de que ambos sexos compartan esfuerzo y dedicación temporal al trabajo propio de las tareas reproductivas de manera equitativa.
4. Desarrollo de medidas para incrementar la participación comunitaria en la toma de decisiones de los brotes de la pandemia que, hasta ahora, se ha establecido sobre todo en el nivel nacional y de CCAA. La participación de los ayuntamientos y los barrios es absolutamente clave.
5. Fortalecimiento de las instituciones mediante la consideración de la transversalidad de la perspectiva de género en la gestión de la crisis provocada por la pandemia de COVID 19, dado el reconocimiento por las Naciones Unidas, del papel fundamental desempeñado por las mujeres en la respuesta a las emergencias en salud precedentes en el mundo.
6. Se precisan medidas para reforzar la seguridad del entorno de las familias, haciendo especial énfasis en facilitar que la ciudadanía de todas las edades pueda evitar zonas cerradas y concurridas y mantener distanciamiento social.

7. La atención al paciente crónico supone un reto para el Sistema Nacional de Salud. El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida debe ser una de las prioridades en este cambio de reestructuración asistencial propuesto. No se trata de tratar pacientes con enfermedades crónicas sino de promover estrategias de cronicidad. La Atención Primaria debe transformarse en equipos multidisciplinares, adoptando nuevos protagonismos de otras especialidades del ámbito hospitalario, poniendo en valor el papel de la profesión enfermera en el control y manejo de pacientes crónicos, sin menoscabo de otras profesiones sanitarias como fisioterapeutas. Más protagonismo de los trabajadores sociales, el propio enfermo y su entorno familiar.

8. La salud mental debe ser una prioridad en la estrategia de cambios estructurales en el Sistema Sanitario durante épocas de pandemia. Atención a los pacientes y apoyo a las familias para abordar los cuidados «informales» a este tipo de pacientes.

9. Incidir en actividades de educación y promoción de la salud: alimentación saludable, actividad física adecuada a las diferentes edades de la vida, bienestar emocional y autocuidado.

10. En la tensión entre normas y valores, la sociedad española está priorizando el valor por las relaciones sociales directas por encima de las medidas de prevención institucionales. Dado que uno de los rasgos históricos de la identidad social de las mujeres es su valor por la salud, una estrategia de empoderamiento a las mujeres por parte de las instituciones puede contribuir a incrementar su capacidad de agencia; es decir, incrementar el rango de opciones que las mujeres tienen para promocionar la salud propia y de su entorno, especialmente las desarrolladas en actividades familiares. Por ejemplo, para la búsqueda de formas y maneras de transmitir la compañía y el cariño por medios no presenciales en sustitución de las celebraciones familiares tradicionales, como las de Navidad.

11. Políticas de comunicación: transparentes, basadas en la mejor evidencia, elaboradas por expertos y coordinadas entre las instituciones autonómicas y estatales; incorporando la información desagregada por sexo, ya que las manifestaciones clínicas y el curso de la COVID 19 parece ser diferente en hombres y mujeres.

12. Reforzar las relaciones interpersonales de manera virtual, utilizando herramientas como WhatsApp, videoconferencias, redes sociales, etc. Especial atención a los aspectos relacionados con la convivencia, respetando el derecho a la intimidad y al espacio de los convivientes.

13. Desarrollar estrategias de digitalización de la asistencia sanitaria, más eficientes, más accesibles, poniendo el énfasis en la humanización del sistema. La comunicación utilizando la tecnología no debe ser fría, ni distante, entendiendo que este cambio ha venido de forma definitiva, para quedarse y de forma acelerada.

14. Formación sobre innovaciones para las buenas prácticas profesionales asistenciales en medicina y ciencias de la salud, como, por un lado, adaptar la asistencia sanitaria a la digitalización del sistema y su humanización; y, por otro lado, evitar los sesgos de género detectados en la asistencia sanitaria a la COVID 19 cuando es padecida por las mujeres.

15. Las necesidades no cubiertas por la población pueden verse como nichos de mercado por la empresa privada o como espacios a atender por las instituciones públicas.

## REFERENCIAS

1. Peña S, Cuadrado C, Rivera-Aguirre A, et al. PoliMap: A taxonomy proposal for mapping and understanding the global policy response to COVID-19. OSF Preprints. 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. 2020 [Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>].
3. Simó J. Salud, dinero y atención primaria. Gasto sanitario público y color del Gobierno de España. 2019 [Disponible en: <http://saludineriap.blogspot.com/2019/03/gasto-sanitario-publico-y-color-del.html>].
4. Vázquez Canales LdM, Pujol Flores A. Los pilares de la Atención Primaria en tiempos de la COVID-19 2020 [Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2663](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2663)].
5. Hernán-García M, Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, et al. Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. *Gaceta Sanitaria*. 2020;34(6):533-5.
6. Millor Vela D. Respuesta ciudadana a la crisis por COVID-19 en el Barrio del Cementerio de Alicante. *Gaceta Sanitaria*. 2020;34(6):627.
7. Lippi G, Henry BM, Bovo C, Sanchis-Gomar F. Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis*. 2020;7(2):85.
8. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(5).
9. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020;287:112921.
10. Gobierno de España. Ministerio de Presidencia. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo por el que se declara el estado de alarma. BOE. 2020. 2020 [Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>].
11. Martín U, González Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*. 2020.

12. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*. 2020;186:31-4.
13. Kokou-Kpolou CK, Megalakaki O, Laimou D, et al. Insomnia during COVID-19 pandemic and lockdown: Prevalence, severity, and associated risk factors in French population. *Psychiatry Res*. 2020;290:113128–.
14. Meinert E, Milne-Ives M, Surodina S, et al. Agile Requirements Engineering and Software Planning for a Digital Health Platform to Engage the Effects of Isolation Caused by Social Distancing: Case Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e19297-e.
15. Jecker NS. You've got a friend in me: sociable robots for older adults in an age of global pandemics. *Ethics Inf Technol*. 2020:1-9.
16. Gori T, Lelieveld J, Münzel T. Perspective: cardiovascular disease and the COVID-19 pandemic. *Basic Research in Cardiology*. 2020;115(3):32.
17. Li DJ, Kao WT, Shieh V, et al. Development and Implementation of Societal Influences Survey Questionnaire (SISQ) for Peoples during COVID-19 Pandemic: A Validity and Reliability Analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(17).
18. Grijalva C, Rolfes M, Zhu Y. Transmission of SARS-COV-2 Infections in Households – Tennessee and Wisconsin, April–September 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69.
19. Del Río Lozano M, García Calvente MdM. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gaceta Sanitaria*. 2020.
20. Mills EC, Savage E, Lieder J, et al. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic: Are We Ready to Go Live? *Advances in skin & wound care*. 2020;33(8):410-7.
21. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, et al. Telehealth Home Support During COVID-19 Confinement for Community-Dwelling Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Mild Dementia: Survey Study. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(5):e19434.
22. Baldwin A, Willis E, Harvey C, et al. Exploring the role of nurses in after-hours telephone services in regional areas; A scoping review. *PLoS one*. 2020;15(8):e0237306.
23. Andrews E, Berghofer K, Long J, et al. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *International journal of nursing studies advances*. 2020;2:100008.
24. Martín Zurro A, Segura Benedicto A. Premisas para posibles cambios en el sistema sanitario tras la pandemia 2020 [Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/premisas-para-posibles-cambios-en-el-sistema-sanitario-tras-la-pandemia/>].

## ANEXO. METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio transversal cuantitativo de la situación y vivencias experimentadas por las asistentes a las actividades de las Sedes Universitarias de la Universidad de Alicante respecto a la infección por la COVID 19 propia o de sus contactos, las necesidades de atención sanitaria por este motivo o por otros problemas de salud que puedan padecer, las experiencias vitales con relación a las medidas de prevención tomadas para no enfermar, así como de protección y promoción de la salud. Tan relevante ha sido en el proyecto contar con sus conductas y experiencias como las dificultades que han tenido en su desarrollo durante la epidemia de COVID 19.

Fuente de información: Encuesta *on line* de respuestas cerradas diseñada *ad hoc* para este proyecto, fundamentada en las estrategias de la salud pública, aprovechando el experimento natural que ha supuesto el confinamiento masivo en las ciudades de la provincia de Alicante. Las preguntas se relacionan con:

- 1) Características sociodemográficas.
- 2) Enfermedad COVID 19 y sentido de la coherencia.
- 3) Atención sanitaria por COVID 19 y por otras enfermedades crónicas que con mayor probabilidad son padecidas en personas mayores.
- 4) Medidas de prevención desarrolladas contra la COVID 19.
- 5) Medidas de protección contra la COVID 19.
- 6) Medidas de promoción de la salud durante el confinamiento.

Al cuestionario se le incorporó, antes del comienzo de las preguntas, un consentimiento informado y la garantía de confidencialidad de la información aportada. Así mismo, y respecto a las normas éticas, el proyecto se presentó en el Comité de Ética de la Universidad de Alicante. Tras la elaboración del cuestionario en web se realizaron pruebas para validar su funcionamiento. Una vez con el enlace vinculado al cuestionario, se distribuyó por los medios de comunicación habituales de las Sedes en distintas poblaciones de la Universidad de Alicante. A ello se sumó la distribución a un grupo de WhatsApp coordinado por una enfermera del Centro de Atención Primaria de Salud de la zona de Alicante-Norte, HGUA. En esta fase se realizaron monitorizaciones de los datos

generados al rellenar el cuestionario. Después de dos recordatorios se concluyó la fase de recogida de información (21/06/2020). Tras depurar la información, y recodificar o agrupar las respuestas, se realiza un análisis estadístico comparativo por edad, por sexo y por residencia de quienes han participado en el estudio.



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resolución del problema de salud según sexo y vivir solo o acompañados.....	23
Tabla 2. Medio de contacto para resolución del problema de salud según sexo y vivir solo o acompañados. ....	23
Tabla 3. Necesidades realmente importantes que por las circunstancias no han sido atendidas.....	24
Tabla 4. Por el confinamiento en casa, cómo se ha accedido a los alimentos.....	25
Tabla 5. Trabajo reproductivo y productivo. ....	26
Tabla 6. Tiempo de dedicación al trabajo reproductivo y productivo.....	27
Tabla 7. Cumplimiento con el confinamiento como medida de prevención de la COVID 19.....	27
Tabla 8. Utilización de mascarillas.....	28
Tabla 9. Medida de distanciamiento social. ....	28
Tabla 10. Reuniones familiares y allegados. ....	28
Tabla 11. Medios de información sobre la COVID 19.....	29
Tabla 12. Formas de entretenimiento. ....	30
Tabla 13. Fecha con contactos con COVID 19 positivo y frecuencia de casos de COVID 19 en ambos sexos participantes estudio COVID 19 y confinamiento. ....	35
Tabla 14. Incremento del trabajo dentro del hogar durante el confinamiento. ....	36

Tabla 15. Diferencias según sexo en la dedicación temporal al trabajo reproductivo durante el confinamiento respecto a la dedicación previa al mismo .....	37
Tabla 16. Tiempo dedicado trabajo productivo durante el confinamiento ..	37
Tabla 17. Dificultad de acceso y utilización de mascarillas.....	46
Tabla 18. Utilización de mascarillas por parte de las personas que visitan el hogar durante el confinamiento. ....	46
Tabla 19. Medios por los que se han informado sobre la COVID 19.....	47
Tabla 20. Fuente de inspiración para la realización del ejercicio físico durante el confinamiento. ....	48
Tabla 21. Formas de entretenimiento. ....	49
Tabla 22. Dificultad de acceso y utilización de mascarillas.....	55
Tabla 23. Utilización de mascarillas por parte de las personas que visitan el hogar durante el confinamiento. ....	56
Tabla 24. Medios por los que sobre todo se han informado acerca de la COVID 19.....	57
Tabla 25. Principales fuentes de inspiración para la realización de ejercicio físico durante el confinamiento. ....	58
Tabla 26. Formas de entretenimiento. ....	58
Tabla 27. Necesidades realmente importantes no atendidas por las circunstancias.....	59
Tabla 28. Medios durante el confinamiento para acceder a productos alimentarios.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Valoración de la ayuda recibida. ....	31
Figura 2. Valoración de la ayuda durante el confinamiento. Sector informal y servicios públicos y privados.....	40
Figura 3. Frecuencia de problemas de salud y COVID 19 en los participantes de la Sede de Alicante y del área sanitaria norte-HGUA...	43
Figura 4. Valoración de la ayuda recibida por el sector formal e informal.....	50
Figura 5. Comparación del nivel de buena salud durante el confinamiento según la percepción de los participantes de las sedes de Cocentaina, Calpe y Alicante.....	53
Figura 6. Tipos de asistencias sanitarias recibidas por los participantes de las sedes de Cocentaina, Calpe, Alicante y área sanitaria Alicante Norte-HGUA.....	53
Figura 7. Valoración de la ayuda recibida. ....	61



Grupo de Investigación en Salud Pública. Universidad de Alicante  
Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)



**Universitat d'Alacant**  
**Universidad de Alicante**



**Mayores  
Salud**

**territoriUA**