



Equidad en Salud y COVID-19

Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales

29.10.2020

COORDINACIÓN

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública.
Ministerio de Sanidad.

Este documento ha sido revisado por la Ponencia de Promoción de la Salud, la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, la Ponencia de Salud Laboral y la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Las recomendaciones incluidas en este documento están en continua revisión en función de la evolución y de la nueva información que se disponga de la infección por SARS-COV-2.

Cita sugerida: Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y COVID- 19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Madrid, 2020.

Índice

1. Justificación.....	5
2. Objetivos.....	7
3. Metodología.....	7
3.1. Estudio: diseño, período, ámbito	7
3.2. Fuentes de información.....	8
3.2.1. Revisión bibliográfica	8
3.2.2. Consulta a actores clave	8
3.3. Variables	8
3.3.1. Puntos críticos.....	8
3.3.2. Variables de interés.....	9
3.4. Fase exploratoria	9
3.4.1. Revisión bibliográfica	9
3.4.2. Consulta a actores clave	10
3.4.2.1. Cuestionarios	10
3.4.2.2. Entrevistas	10
3.5. Análisis y elaboración de recomendaciones	10
4. Resultados	12
4.1. Determinantes sociales de vulnerabilidad epidemiológica a la COVID-19.....	12
4.1.1. Condiciones de empleo y trabajo	12
4.1.2. Vivienda y situación material.....	14
4.1.3. Ingresos y situación económica.....	16
4.1.4. Entorno residencial	17
4.1.5. Servicios sociosanitarios	19
4.1.6. Trabajo doméstico y cuidados.....	21
4.1.7. Otros determinantes sociales	22
4.1.7.1. Estigma y discriminación	22
4.1.7.2. Situaciones administrativas irregulares	23
4.1.7.3. Privación de libertad	23
4.1.7.4. Brecha digital	23
4.2. Situaciones de vulnerabilidad epidemiológica.....	24
4.2.1. Mayor exposición a la infección	24
4.2.2. Dificultades para el diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos.....	26

4.2.3.	Dificultades para el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena	28
5.	Recomendaciones.....	31
5.1.	Recomendaciones generales	31
5.1.1.	Identificación y análisis de situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica	31
5.1.2.	Coordinación efectiva entre los agentes implicados	32
5.1.3.	Comunicación	33
5.1.4.	Refuerzo de las capacidades de los sistemas de salud y bienestar social.....	33
5.1.5.	Respuesta cercana al territorio	34
5.1.6.	Cobertura sanitaria universal.....	34
5.1.7.	Evaluación de la efectividad y equidad de las medidas de respuesta.....	36
5.1.8.	Investigación.....	36
5.2.	Recomendaciones específicas sobre las medidas de prevención, detección y control	36
5.2.1.	En relación con la mayor exposición a la infección.....	36
5.2.2.	En relación con el diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos	38
5.2.3.	En relación con el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena.....	39
5.3.	Recomendaciones intersectoriales de medidas estructurales para mejorar las condiciones sociales.....	40
5.3.1.	Avanzar en la prevención de la pobreza y la exclusión social.....	40
5.3.2.	Mejorar las condiciones laborales.....	40
5.3.3.	Mejorar las condiciones de vivienda	40
5.3.4.	Organizar los recursos sociosanitarios y la actividad económica de manera que se posibiliten los cuidados	41
5.3.5.	Protección de la inmigración en situación de vulnerabilidad social	41
5.3.6.	Planificación urbana saludable	41
5.3.7.	Prevenir y eliminar el estigma.....	42
	Anexo I: Material consultado de entidades de la sociedad civil y sociedades científicas	43
	Anexo II: Aspectos a considerar para incorporar el enfoque de equidad en la elaboración e implementación de las medidas dirigidas a la prevención y control de la pandemia.....	44
	Anexo III: Lista de verificación para el abordaje de las situaciones de vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales.	45
	Bibliografía	49

1. Justificación

La crisis de la COVID-19 está teniendo un impacto sin precedentes a nivel mundial, que en muchas ocasiones se suma a los efectos de la crisis iniciada en 2008. Pero este impacto no está siendo igual para todas las personas. Se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad, que se encuentran además interrelacionados. La vulnerabilidad clínica, la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad epidemiológica.

Cómo se ha podido ver, algunas características individuales, como la edad o algunos problemas de salud crónicos como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, conllevan una mayor vulnerabilidad y una peor evolución ante la enfermedad por COVID-19. Pero más allá de esta **vulnerabilidad clínica**, la evidencia disponible, así como los brotes vinculados a contextos de precariedad laboral y habitacional detectados en nuestro territorio, ponen de manifiesto que la pandemia no afecta a todos los grupos de población por igual e ilustran la relación de retroalimentación entre la pandemia y otras vulnerabilidades relacionadas con las condiciones de vida (1,2). Por ello, se hace prioritario incluir un análisis específico de las diferentes situaciones de vulnerabilidad antes de la pandemia y ante la pandemia para plantear medidas cuya implementación sea efectiva y equitativa, cumpliendo con el principio de "no dejar a nadie atrás"(3).

La **vulnerabilidad social** se produce ante la privación total o parcial de recursos y estructuras públicas y comunitarias y puede llevar a individuos y a comunidades a sufrir desprotección material, emocional y relacional. Es el resultado de dinámicas sociales de no reconocimiento de plenos derechos e igualdad entre personas y colectivos en base a ejes de desigualdad, como la situación económica, el nivel educativo, la situación laboral, las condiciones laborales, el estatus migratorio, el género, la etnia, la diversidad sexual o la diversidad funcional, entre otros. Estos ejes de desigualdad interaccionan entre sí en cada persona o comunidad en múltiples y a menudo simultáneos niveles, haciendo crecer su vulnerabilidad de manera exponencial, por lo que es necesario un enfoque Interseccional. La vulnerabilidad social se relaciona con la inseguridad y la indefensión que experimentan algunas comunidades y familias en sus condiciones de vida y con su capacidad para manejar recursos y para movilizar estrategias de afrontamiento (4). Se trata de un concepto multidimensional y dinámico y remite a una zona intermedia entre la integración y la exclusión social (5).

Estas personas en situación de vulnerabilidad social presentan un peor pronóstico de la enfermedad debido a su peor estado de salud de base (1–3). A su vez, la pandemia y las medidas para su control han tenido un impacto socioeconómico desigual en la población por lo que han recrudecido o generado nuevos contextos de vulnerabilidad social (1–3,6). Por todo ello, la pandemia de COVID-19 no puede ni debe ser controlada sin aplicar un enfoque de equidad.

Además, la crisis sanitaria de la COVID-19 ha puesto de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud, es decir, de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (figura 1). Estos determinantes se distribuyen de manera desigual en la población produciendo desigualdades sociales en salud. Esto produce que las personas en situaciones de vulnerabilidad social suelen soportar también una mayor **vulnerabilidad epidemiológica**, entendida como un mayor riesgo epidemiológico por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico e identificación de contactos o mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento o cuarentena. Esto es debido a sus condiciones de vida y a la limitada efectividad que las estrategias de prevención, detección de casos y estudio de contactos, y control de la transmisión presentan en ellas (2,7,8).

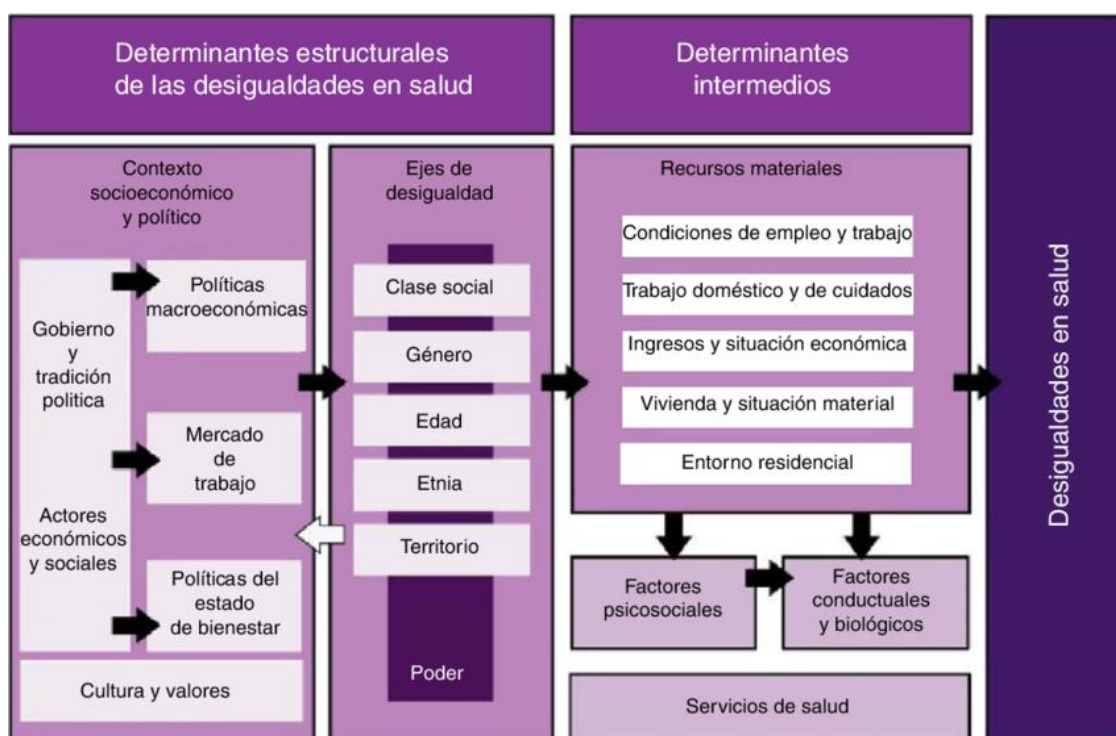


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010 (9)

Por todo lo anterior, se precisan medidas y políticas que actúen a tres niveles (2):

1.- En la fase de elaboración e implementación de las medidas o políticas de control epidemiológico, de modo que se puedan contrarrestar o reducir impactos sobre las desigualdades de forma anticipada.

2.- En la fase de revisión o evaluación de las políticas o medidas, con el fin de adaptarlas y prevenir o reducir el potencial impacto desigual de las mismas.

3.- Por último, dado que la vulnerabilidad social se asienta sobre desigualdades estructurales, que la pandemia ha evidenciado y ha amplificado, abordar los condicionantes sociales subyacentes de la desigualdad es, en sí misma, una intervención esencial para mitigar los efectos de la actual pandemia.

Para que las actuaciones cumplan la función de disminuir las desigualdades y de ayudar a controlar la infección se requiere una coordinación entre los distintos ámbitos de la administración sanitaria, así como la acción intersectorial.

2. Objetivos

Este documento tiene como objetivos:

1. **Realizar un análisis del impacto de las desigualdades sociales sobre la vulnerabilidad epidemiológica.**
2. **Elaborar recomendaciones para abordarla en el contexto de la pandemia de la COVID-19,** dirigidas tanto a decisores como a profesionales que intervienen en la respuesta frente a COVID-19.

3. Metodología

3.1. Estudio: diseño, período, ámbito

A partir de un interés compartido entre el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y el Área de Promoción de la Salud y Equidad de la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad, se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales del Área de Promoción de la Salud y Equidad y representación de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

En una primera fase se realizó un estudio exploratorio exhaustivo con una revisión bibliográfica y una consulta a actores claves, a fin de identificar la diversidad de realidades surgidas en el territorio español. En una segunda fase se realizó un análisis de la información recogida y se elaboraron recomendaciones.

El periodo de elaboración de este trabajo abarca desde finales del mes de mayo hasta septiembre de 2020. El ámbito de estudio fue estatal.

3.2. Fuentes de información

3.2.1. Revisión bibliográfica

1. Artículos científicos a nivel nacional e internacional.
2. Informes y documentación gris: documentos de organismos oficiales (locales, autonómicos, estatales e internacionales), sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y entidades sociales.
3. Artículos de prensa.

3.2.2. Consulta a actores clave

1. Ponencia de Promoción de la Salud.
2. Ponencias de Alertas y Planes de Preparación de Respuesta y de Vigilancia Epidemiológica.
3. Expertos/as con perfiles clave.

3.3. Variables

El grupo de trabajo, además de la situación previa de vulnerabilidad, identificó tres puntos críticos para la recogida de información y para el análisis de la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Así mismo, se determinaron tres variables más de interés relacionadas con el abordaje de esta vulnerabilidad epidemiológica, de interés para la elaboración de recomendaciones.

3.3.1. Puntos críticos

1. Mayor exposición a la infección.
2. Diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos.

3. Cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena.

3.3.2. Variables de interés

1. Problemática y necesidades detectadas.
2. Medidas realizadas y mecanismos de coordinación.
3. Propuestas de acción y mejora.

3.4. Fase exploratoria

3.4.1. Revisión bibliográfica

Dado que la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a desigualdades sociales en salud frente a COVID-19 y las intervenciones para abordarla son fenómenos complejos, se llevó a cabo una revisión sistemática exploratoria (Scoping review, H. Arksey y L. O'Malley) con el fin de acceder al conocimiento existente sobre el tema.

La búsqueda de **artículos científicos** se realizó en los buscadores de Pubmed y en Google Scholar, seleccionando los descriptores COVID, vulnerabilidad, equidad y desigualdad, en inglés y en español. Se incluyeron los artículos en español, catalán, inglés, francés e italiano. En los artículos resultantes se revisó título y si había dudas también el resumen, excluyendo los que no se ajustaban al objetivo del estudio, resultando un total final de 83 artículos, que fueron los revisados en texto completo.

La búsqueda de **informes y documentación gris** se hizo consultando los documentos elaborados por 18 entidades, incluyendo instituciones nacionales e internacionales, así como sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y entidades sociales (Ver Anexo I).

Los **artículos de prensa** fueron seleccionados por dos vías: revisión de los resúmenes de prensa del grupo de comunicación del Ministerio de Sanidad sobre la COVID-19 y búsqueda independiente de noticias publicadas entre el 12 de marzo y el 25 de junio en las ediciones online de medios de comunicación generalistas. Se revisaron 2.000 titulares, siendo 112 los seleccionados por ser de interés para este trabajo. Finalmente se incluyeron 59 para el análisis.

Se diseñó una tabla de recogida de datos con los puntos críticos identificados y las variables de interés en relación con el abordaje de la vulnerabilidad.

Cada tipo de fuente de información (científica, informes y documentación gris, prensa) fue revisada por pares. Una vez recogidos los datos en la tabla, se elaboró un resumen de cada tipo de fuente. Los resúmenes fueron revisados por todos los miembros del grupo de trabajo.

3.4.2. Consulta a actores clave

3.4.2.1. Cuestionarios

Se elaboraron dos cuestionarios con preguntas sobre los puntos críticos y las variables de interés y se enviaron a la Ponencia de Promoción de la Salud y Ponencias de Alertas y Planes de Preparación de Respuesta y de Vigilancia Epidemiológica.

3.4.2.2. Entrevistas

Se elaboró un guion de entrevista semiestructurada. Se definieron los perfiles de interés con experiencia y/o conocimiento sobre el tema de vulnerabilidad, que fue redefinido según se identificaron aspectos que necesitaban una mayor información que la obtenida por la búsqueda bibliográfica. Se tuvo en cuenta la experiencia cercana al terreno durante la pandemia, la accesibilidad para la entrevista y la procedencia de diferentes CCAA. Los perfiles incluidos fueron: profesionales de medicina, enfermería y trabajo social de atención primaria; profesionales de epidemiología tanto de servicios de epidemiología de las CCAA como de universidades y escuelas de salud pública; profesionales de la salud comunitaria; profesionales de trabajo social de la administración pública; profesionales de ayuntamientos; ONGs relacionadas con la salud, minorías étnicas, infancia, y organizaciones sociales que trabajan sobre derechos humanos, condiciones laborales o migración.

Se realizaron 22 entrevistas, obtenido el consentimiento informado oral para el uso de la información con el fin de la realización de este trabajo.

3.5. Análisis y elaboración de recomendaciones

El análisis se contextualizó en los tres puntos críticos de vulnerabilidad epidemiológica identificados:

- 1) Exposición a la infección.
- 2) Diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos.
- 3) Cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena.

Se trabajó en un proceso inductivo desde la información específica recogida en cada una de las tablas de las diferentes fuentes de información, hacia conceptos generales que involucran varias de las situaciones específicas encontradas.

Fruto de este análisis se identificaron también una serie de **factores transversales a las situaciones de vulnerabilidad**, que se repetían en todas las fuentes de información relacionados con los determinantes sociales de la salud. Se seleccionaron los más frecuentes: condiciones laborales, vivienda, entorno residencial, ingresos y situación económica, servicios de salud y sociosanitarios, cuidados, estigma y discriminación, situaciones no reguladas y brecha digital.

Se diseñó una matriz cruzando los puntos críticos con los determinantes detectados, que fue completada y triangulada por cada uno de los grupos de pares del grupo de trabajo. Se incluyó en la matriz para cada determinante y situación identificada un apartado que incluía las variables de interés relacionadas con el abordaje: los mecanismos de coordinación, las buenas prácticas en las medidas realizadas, así como las propuestas de acción identificadas.

Las recomendaciones se propusieron sobre el resultado final del proceso inductivo de los determinantes, de los puntos críticos, así como de las variables de interés para el abordaje, incluyendo la información recogida de buenas prácticas en las medidas realizadas, las necesidades detectadas, las propuestas identificadas de la documentación y las recibidas de las personas encuestadas y expertas entrevistadas, así como de las conclusiones en materia sanitaria recogidas en las Conclusiones para reconstrucción social y económica (10) .

Las recomendaciones se agruparon en tres bloques:

- 1) Recomendaciones generales.
- 2) Recomendaciones específicas sobre las medidas de prevención, detección y control.
- 3) Recomendaciones intersectoriales de medidas estructurales para mejorar las condiciones sociales.

4. Resultados

Los resultados obtenidos del análisis de la revisión bibliográfica y la consulta a actores clave se presentan, en primer lugar, según los diferentes determinantes sociales que se ha visto que están influyendo en la vulnerabilidad epidemiológica, analizando las diferentes situaciones que se han identificado en cada uno de ellos y ofreciendo ejemplos a modo ilustrativo.

En segundo lugar, se presentan los resultados según los tres puntos críticos de vulnerabilidad epidemiológica identificados: mayor exposición a la infección, dificultades para el diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos, y dificultades para cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena.

4.1. Determinantes sociales de vulnerabilidad epidemiológica a la COVID-19

4.1.1. Condiciones de empleo y trabajo

Los empleos que se ejercen de manera presencial, sin posibilidad de seguir las recomendaciones de priorización del teletrabajo, suponen mayor riesgo de exposición a la infección. Entre éstos, destacan los empleos esenciales, por ej. en alimentación o en transporte, y especialmente aquellos que presentan contacto estrecho con potenciales casos de COVID-19: trabajos sanitarios, sociosanitarios y empleadas del hogar y de cuidados (tanto en situación formal como informal) (1, 11–15).

Las medidas de prevención, incluyendo la disponibilidad y uso correcto de materiales de protección en los centros de trabajo, son indispensables para la seguridad de las personas empleadas y la prevención de brotes en estos lugares. La falta de seguimiento de estas medidas es especialmente preocupante en aquellas situaciones carentes de marco regulatorio (p.ej.: prostitución, economía sumergida, etc.), donde se puede dar un contacto estrecho con potenciales casos de COVID-19. Otras condiciones laborales comprometen la efectividad de las medidas de prevención, como los espacios cerrados, la mala ventilación o el trayecto en medios de transporte compartidos hasta el centro de trabajo que no cumplen las medidas de seguridad. Varios brotes recientes en empresas de procesamiento cárnico u hortofrutícolas ponen de relieve la importancia de estas condiciones (16).

Las condiciones laborales precarias pueden aumentar las reticencias a acudir al sistema sanitario ante la presencia de síntomas o a cumplir con la cuarentena/aislamiento por el miedo a perder la fuente de ingresos. Además, las personas con condiciones laborales precarias suelen presentar un peor estado de salud, lo que aumenta el riesgo de COVID-19 grave (1,12).

Otra barrera en el diagnóstico y estudio de los casos y contactos es una alta movilidad entre territorios por la naturaleza de la actividad económica (p. ej.: personas temporeras, prostitución), dificultando el seguimiento en la atención o la identificación de los contactos estrechos.

Según distintos ejes de desigualdad, algunos **grupos de población** están más expuestos a las condiciones laborales descritas (17). Se ha observado un impacto diferencial según el género por la feminización de algunos empleos esenciales como sanidad, limpieza o cuidados (18–21). También se ha asociado un menor nivel socioeconómico, migración o pertenecer a minorías étnicas con ocupaciones en empleos esenciales, con menor acceso al teletrabajo y con condiciones laborales precarias (6,11–13,22-24). El ejercicio de la prostitución está asociado con condiciones precarias extremas, alta movilidad y dificultades de acceso al sistema sanitario (25).

Entre las acciones que se han realizado en relación con el empleo destacan:

- a) Protocolos sobre la actuación de los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición de COVID-19 (26), que concretan la participación de las empresas, a través de estos servicios, y las medidas contempladas en la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales, destacando la protección de las personas que trabajan y son especialmente vulnerables y las medidas que se deben adoptar, incluyendo la incapacidad temporal.
- b) La legislación sobre la consideración de manera excepcional del periodo de aislamiento y cuarentena como situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social (27).
- c) Medidas de mitigación del impacto social como la prestación por desempleo, expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE), prórroga de contratos temporales, moratorias y exoneraciones para autónomos y aprobación del ingreso mínimo vital (IMV) (17).
- d) Guía para la prevención y control de la COVID-19 en las explotaciones agrícolas que vayan a contratar a temporeros (28) y las diferentes normativas y guías de las Comunidades Autónomas para proteger a dichos trabajadores.

Sin embargo, estas medidas pueden estar siendo insuficientes o estar generando nuevas situaciones de exclusión que hay que atender para mitigar su impacto social y ayudar a un mejor control de la pandemia. Esto ocurre, por ej., con el cese de actividad en sectores precarios o de la economía sumergida, sin opción de acogerse a algunas de las medidas de apoyo aprobadas - como la venta ambulante, las empleadas de hogar sin contrato o las mujeres en contexto de prostitución.

4.1.2. Vivienda y situación material

Las situaciones de hacinamiento conllevan dificultades para mantener las medidas de prevención y control de la infección como el aislamiento y la cuarentena. Esta situación adquiere mayor relevancia en caso de que convivan diferentes generaciones en una misma vivienda (1,13,15,29,30). La precariedad de algunas viviendas, sin acceso a agua o a lavandería, imposibilita las medidas de higiene. Además, pueden estar en lugares sin acceso cercano a recursos básicos, como en los asentamientos de personas trabajadoras temporeras. La alta densidad de la vivienda junto a las condiciones precarias de las mismas (techos de uralita, escasa ventilación) dificulta permanecer dentro en el domicilio en caso de confinamiento, así como cumplir adecuadamente con las medidas de aislamiento o cuarentena.

Por otro lado, las viviendas colectivas -como residencias o albergues- son potenciales focos de brotes cuando no disponen de medios para garantizar las medidas de distancia e higiene (31). Por la magnitud y características propias de estos colectivos, se necesita una atención específica sanitaria y de salud pública, que se ha descrito como insuficiente o inadecuada en muchos casos (32,33).

Las personas sin hogar se encuentran más expuestas a la infección por la pernoctación en diferentes refugios colectivos, por falta de alternativa habitacional y por el cierre de servicios de aseo públicos. Además, el hecho de no estar ubicadas en un alojamiento y la falta de empadronamiento dificulta el acceso a la atención sanitaria y el seguimiento por los servicios de salud pública (34–39).

Algunos grupos poblacionales más afectados según este eje de desigualdad son la población migrante, especialmente aquellas personas en situación administrativa irregular (24,38,40–43). Las personas en situación socioeconómica desfavorecida viven con mayor frecuencia en viviendas multigeneracionales y con alta densidad de convivientes, presentan mayor riesgo de desahucio, pobreza energética, menor acceso a agua y sinhogarismo (1,6,13,44,45). Aunque menos explorado en nuestro entorno, las minorías raciales y étnicas están afectadas por estas condiciones

habitacionales precarias (33,40,46–48). Las personas mayores y las personas con diagnóstico de trastorno mental grave habitan en viviendas colectivas con mayor frecuencia (19,32,49,50).

Por otro lado, el confinamiento ha tenido impacto en las situaciones de vulnerabilidad relacionadas con la violencia de género, como muestra el aumento de llamadas al 016 para asesoramiento y el descenso en las denuncias por violencia de género. Además del aislamiento familiar y social, el acceso a los sistemas de protección, seguridad y apoyo puede ser limitado. El Ministerio de Igualdad aprobó rápidamente un Plan de Contingencia y se han realizado diversas acciones en las Comunidades Autónomas y municipios incluyendo recursos habitacionales de emergencia, cuya cobertura y efectividad es necesario evaluar (18,51,52).

El impacto socioeconómico de la pandemia ha incrementado la precariedad de las condiciones habitacionales. La paralización de la actividad económica ha puesto en situación de vulnerabilidad social a muchas personas, aumentando el riesgo de desahucio o de cortes en el suministro de bienes energéticos básicos (energía eléctrica, agua y gas) (19).

Entre las acciones llevadas a cabo para mitigar estas situaciones de vulnerabilidad, se han instaurado alternativas habitacionales para el aislamiento de las personas con infección. En muchas ciudades, se ha derivado desde el sistema sanitario a hoteles que contaban con un equipo sanitario. Sin embargo, estas alternativas no han existido en todo el territorio, en algunos casos no han incluido a personas con comorbilidades o dependencias y el tiempo hasta el aislamiento efectivo ha sido excesivo. Además, no siempre han tenido una continuidad, siendo una de las medidas importantes para posibilitar un aislamiento y cuarentena efectivos.

Desde los servicios sociosanitarios y de salud pública se ha reforzado la vigilancia y control en viviendas colectivas. También se han establecido albergues y otro tipo de espacios (p.ej.: pabellones feriales, centros municipales, etc.) para personas sin hogar, a menudo sin capacidad para cubrir la necesidad completa. Además, en algunas partes del territorio estas medidas no han continuado tras el estado de alarma.

En cuanto a medidas más generales, se han regulado moratorias de deuda hipotecaria y de alquiler, suspensión de desahucios y lanzamientos durante el Estado de Alarma, aplazamiento temporal del pago de la renta, ayudas para el pago de alquiler, garantía de suministro de energía eléctrica,

derivados del petróleo, gas y agua. Estas medidas no han sido suficientes en muchos casos para las personas más vulnerables, y algunas han finalizado a pesar de que la necesidad social ha continuado.

4.1.3. Ingresos y situación económica

Una situación económica precaria está frecuentemente asociada al desempeño de trabajos que conllevan una mayor exposición a la infección (6,13) y a condiciones peores de vivienda (1,6,13,44,45).

La precariedad determina una mayor dificultad para acceder y seguir las medidas preventivas y normas. En algunas ciudades, se ha distribuido material preventivo, como mascarillas y solución hidroalcohólica, de manera gratuita. Sin embargo, se han identificado barreras administrativas en algunos casos por falta de tarjeta sanitaria.

Por otro lado, las enfermedades crónicas presentan un gradiente social relacionado con la situación económica, que conlleva un gradiente de vulnerabilidad a desarrollar COVID-19 grave (1,6,13–15).

En situaciones económicas precarias, el miedo a perder una fuente de ingresos, como resultado del confinamiento, o de un aislamiento o cuarentena, puede motivar reticencias para reportar síntomas y acudir al sistema sanitario a recibir un diagnóstico.

Tener ingresos bajos también puede suponer un menor acceso a herramientas telemáticas. Esto conlleva un menor acceso a la información relativa a la pandemia, una menor conexión social, desigualdades relacionadas con la empleabilidad y calidad del empleo, incluso una menor posibilidad de diagnóstico y seguimiento (53). En algunos lugares se ha dotado de dispositivos electrónicos y de acceso a internet a las familias sin conexión.

El impacto de la pandemia ha agravado o creado nuevas situaciones económicas precarias. La inseguridad alimentaria y habitacional se ha incrementado debido a la pérdida de ingresos y de medidas protectoras como el cheque comedor por el cierre de colegios. Se ha observado un aumento muy significativo en la demanda a los servicios sociales y comedores sociales, por encima de la capacidad de los mismos. La mayor movilidad y las largas filas de personas para el acceso a algunos repartos de alimentos y productos esenciales pueden haber supuesto una mayor exposición

a la infección. Ante esto, algunos comedores sociales han realizado entregas a domicilio o entrega de tarjetas monedero para la continuación de sus servicios.

Las medidas relacionadas con las prestaciones por desempleo y baja laboral, así como la aprobación del IMV han sido importantes para mitigar estos efectos. Aunque supongan un apoyo indispensable, estas ayudas no consiguen revertir la situación de pobreza y precariedad de muchas personas. Es importante identificar las diferentes barreras administrativas, digitales (53), educativas o idiomáticas para el acceso a estas prestaciones ya que pueden agravar o generar nuevas situaciones de exclusión. Algunas organizaciones apuntan a la necesidad de su expansión en términos de presupuesto y de población beneficiaria, y a la utilidad de un acompañamiento individualizado para hacer efectivo el acceso. Por ejemplo, las personas en situación administrativa irregular suelen tener situaciones económicas precarias, y no tienen acceso a muchas de las prestaciones de protección social (24,38,40,41). Ésta es una de las razones por las que, desde diferentes ámbitos, se ha propuesto la regularización de la situación administrativa de todas estas personas (24).

Es de destacar el papel que han tenido las redes comunitarias en la mitigación del impacto de la pandemia entre las personas con ingresos bajos. Una labor importante ha sido el apoyo para garantizar la seguridad alimentaria, creándose y reforzándose una gran cantidad de redes informales de reparto de alimento a nivel de barrios. También han contribuido a la elaboración y distribución de material preventivo, como mascarillas, en una situación de desabastecimiento global, o a la disminución de la brecha digital mediante donación de dispositivos electrónicos. Muchas de estas redes han estado coordinadas con los servicios sociales y sanitarios, llegando a ser incluso un lugar de derivación ante la saturación de estos servicios.

4.1.4. Entorno residencial

Al igual que otras enfermedades, la COVID-19 puede distribuirse de manera desigual por áreas geográficas (1,2). En países como Estados Unidos o Reino Unido se ha descrito una mayor incidencia en territorios más vulnerables, asociándose con menor nivel socioeconómico y con mayor proporción de personas pertenecientes a minorías raciales (30,48,54). La evidencia en España es aún muy limitada, si bien algunos datos preliminares indican una posible asociación entre la incidencia y gravedad de la infección con barrios menos favorecidos en ciudades como Madrid y Barcelona.

Esta distribución desigual se podría explicar por una suma e intersección de factores, entendiendo que las personas que habitan los barrios desfavorecidos presentan menor renta, empleos más precarios y presenciales, peores condiciones de vivienda, etc. (30,48,54,55). Destaca la importancia de la respuesta a la vulnerabilidad con elementos protectores y mitigadores como las redes comunitarias o el acceso a la alimentación básica a través de distintas vías. De hecho, una menor disponibilidad de redes comunitarias o de servicios sociales en una zona con mayor población vulnerable puede dificultar el seguimiento de las medidas implementadas.

La especificación de los usos del suelo en las ciudades puede conllevar una mayor movilidad interna entre los lugares de residencia y los lugares de trabajo, aumentando la necesidad de desplazamientos prolongados. A su vez, la contaminación es un factor de riesgo para ciertas enfermedades pulmonares y cardiovasculares, y por tanto es un factor que también contribuye a la vulnerabilidad clínica para COVID-19. Por otro lado, en las ciudades, el reparto del espacio público condiciona que se pueda contar con mayor o menor espacio para mantener la distancia de seguridad en la calle.

En cuanto al transporte público, las medidas de prevención e higiene establecidas tienen el objetivo de reducir el riesgo de infección, y debe priorizarse su potenciación y mejora, no sólo para evitar la transmisión en estos medios de transporte, sino también por su importancia para la salud pública en global, al ser un modo de transporte sostenible y equitativo. Se debe evitar fomentar el transporte privado, que tiene un impacto negativo desde el punto de vista de la equidad, la salud pública y la sostenibilidad. En este sentido, muchas ciudades, como por ej. París o Valladolid, han aumentado el número y la frecuencia en el transporte público, y han fomentado el uso de bicicletas, facilitando infraestructuras y reorganizando del reparto del espacio público a favor de caminar e ir en bicicleta.

En otros países se ha señalado la asociación entre áreas desfavorecidas y la falta de acceso a servicios esenciales y preventivos en el entorno cercano como un factor de riesgo para una mayor exposición a la infección (56). En España, se ha descrito una relación inversa en algunas ciudades (aunque el fenómeno de la gentrificación puede estar invirtiendo esta relación). En algunos casos ha afectado más a zonas rurales y a lugares concretos, como asentamientos y poblaciones excluidas, aunque el aislamiento geográfico también ha actuado como un factor protector.

En cuanto al tamaño de la localidad, se ha identificado una falta de recursos en algunos ayuntamientos pequeños para realizar una estrategia de comunicación adecuada o para implementar medidas que faciliten el control de la transmisión.

4.1.5. Servicios sociosanitarios

El sistema sanitario y sociosanitario ha sido uno de los pilares a la hora de contener el impacto de la COVID-19 en la salud y bienestar de la ciudadanía. No obstante, presentan una serie de características que suponen un mayor riesgo de brote en caso de que se produzca algún caso (57,58).

Durante el confinamiento, en algunas de las CCAA más afectadas se llevó a cabo una reorganización de los Servicios de Salud que supuso el cese de la actividad en algunos Centros de Atención Primaria, así como la adaptación de una parte de los servicios ofrecidos de forma presencial a una modalidad telemática. Esta situación ha podido dificultar el acceso al sistema sanitario en aquellas zonas donde hay una mayor proporción de personas en situación de vulnerabilidad y ha provocado que la población de estas zonas se viera obligada a acudir a los Servicios de Urgencia hospitalarios para ser atendidos (bien sea por cuadros clínicos relacionados con la COVID-19 o no). Aunque en general la modalidad telemática ha facilitado la atención sociosanitaria durante la pandemia, también ha supuesto una barrera más para aquellas personas que no accedían al sistema sanitario ya antes de la pandemia (53). En algunos casos, el teléfono de atención COVID-19 no estaba gestionado por personal preparado para identificar y abordar situaciones de vulnerabilidad, generando dificultades en la comunicación que han generado una barrera para el diagnóstico y seguimiento.

Es fundamental para controlar los brotes y la transmisión del SARS-CoV-2 llevar a cabo un diagnóstico precoz y un seguimiento tanto de los casos como de los contactos estrechos de los mismos. Sin embargo, se han detectado una serie de barreras para que estas tareas puedan llevarse a cabo de la manera más efectiva posible.

Una de las principales barreras identificadas es la falta de una cobertura sanitaria universal efectiva, sobre todo en casos de estancia temporal, situación administrativa irregular y otras situaciones relacionadas con el estatus migratorio (31,59). En línea con las recomendaciones de organismos internacionales, algunos países como China o en cantones de Suiza han implementado las reformas

necesarias para extender la cobertura a todas las personas (38,60). En nuestro país, a pesar del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud y del documento aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre 2013 sobre “Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública”., se han detectado las barreras en el acceso descritas previamente, identificándose como áreas de mejora tanto a nivel legislativo como de implementación en las CCAA. Algunas CCAA han aprobado normativa en este sentido haciendo efectiva la cobertura sanitaria universal a toda la población independientemente de la situación administrativa, cuya vigencia iba ligada al Estado de Alarma, o se ha facilitado un número identificativo a aquellas personas del sector hortofrutícola para garantizar su acceso o seguimiento (61,62).

La falta de personal para realizar tareas de interpretación o de mediadores interculturales complica el acceso al sistema sanitario o la comunicación con sus profesionales de algunos grupos poblacionales (22,24,42). Entre las medidas realizadas, la administración del Estado y de las Comunidades Autónomas han elaborado infografías en diversos idiomas para que la información relacionada con el SARS-CoV-2 o con las medidas implementadas sea accesible para toda la ciudadanía. Se ha realizado la contratación de personal para facilitar la interlocución de las autoridades sanitarias y la administración con minorías raciales o étnicas, permitiendo un mayor acceso al sistema.

Se han señalado también las diferencias existentes en el acceso al sistema sanitario entre el ámbito urbano y rural, que se han visto agravadas en alguna situación debido al cese de la actividad de algunos de los circuitos de movilidad y transporte durante el confinamiento (56).

Respecto a los servicios sociosanitarios, se ha detectado la falta de acceso a pruebas diagnósticas en residencias o centros que atienden a personas dependientes, así como en otro tipo de centros sociosanitarios, lo que dificulta la identificación de los casos (50). Se ha señalado que una comunicación ineficaz entre estos centros, tanto privados como públicos, y el Sistema Nacional de Salud hace que el seguimiento de los casos y el rastreo de los contactos no se realice en las condiciones ideales.

La capacidad insuficiente de los servicios sociales y otros recursos públicos de apoyo social, así como las barreras a los servicios telemáticos, han condicionado la atención social y el cumplimiento del

confinamiento a muchas personas en situación de vulnerabilidad (p.ej.: personas con adicciones a sustancias (31), con patología de salud mental o que reciben ayudas a domicilio).

Las diferentes experiencias de coordinación establecidas entre los servicios de salud (centros de atención primaria y hospitalaria), los de salud pública y los servicios sociales para armonizar tanto las acciones o la comunicación han sido clave en la detección y abordaje de las situaciones de vulnerabilidad social. También se han facilitado los trámites administrativos para que la activación de recursos sociales se lleve a cabo de manera ágil en los diferentes niveles y sectores de los servicios de salud y servicios sociales, así como añadir una valoración social en los circuitos del sistema sanitario.

Desde el punto de vista comunicativo, se han detectado barreras relacionadas con la falta de adaptación de los mensajes sobre las medidas de prevención o relacionadas con la enfermedad a personas con discapacidad, además de las dificultades asociadas al idioma para algunos grupos de población o a las vías de comunicación de los mensajes (11,50). Por otro lado, cuando se han contemplado alternativas a las medidas planteadas para aquellos que no pueden seguirlas debido a una situación de dependencia, no siempre se han comunicado de forma adecuada. Se han detectado dificultades en el acceso a la atención médica por parte de las personas con discapacidad y/o dependencia (63).

4.1.6. Trabajo doméstico y cuidados

Los trabajos relacionados con los cuidados suponen una mayor exposición por contacto estrecho con personas con la infección y por lavado de utensilios, de ropa, limpieza de superficies, etc., en muchos casos sin las medidas de protección adecuadas y sin la formación e información suficientes. Se describe un mayor riesgo en viviendas que no reúnen unas condiciones habitacionales adecuadas y con bajos ingresos. Además, en contextos de exclusión, los cuidados con frecuencia se llevan a cabo en redes familiares extensas, lo que puede generar varias cadenas de transmisión.

Puede existir un retraso diagnóstico y terapéutico e incapacidad para el aislamiento o cuarentena por dificultad de delegar los cuidados, sobre todo en familias monoparentales (39). La falta de una infraestructura de sostén pública en los cuidados a menores y personas con dependencia para las actividades de la vida cotidiana es una de las causas de las dificultades descritas.

Las medidas de distancia físico han contribuido a un aumento de la carga doméstica de los cuidados por el cierre de centros de día, escuelas o campamentos, conllevando importantes dificultades para la conciliación, especialmente a las mujeres, en familias monoparentales y en familias que no podían acogerse a la modalidad de teletrabajo, y que no disponen de una red de apoyo (29,64).

Por otro lado, las personas que reciben cuidados por necesitar apoyos para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana presentan un mayor riesgo de exposición a la infección, y con mayor frecuencia presentan comorbilidades asociadas a COVID-19 grave (19,50,65,66). En España, aproximadamente el 30% de los mayores de 65 años son dependientes (50). En cuanto al aislamiento, no se han habilitado alternativas habitacionales para personas con infección o contactos con ciertas comorbilidades o dependientes, haciendo imposible el aislamiento completo (66). Se debe señalar que preocupa la paralización, durante el estado de alarma, de los trámites de las ayudas a domicilio y valoraciones relacionadas con las ayudas a la dependencia, así como en algunos casos la fragmentación y desconexión entre los servicios de salud y los sociales (39,50), lo cual puede haber aumentado la vulnerabilidad. Se han identificado, asimismo, dificultades para la adquisición de comida o de medicamentos en este sector de la población.

El impacto diferencial de los trabajos de cuidados por género se ha hecho aún más evidente con la COVID-19. En todos los países de la OCDE las mujeres dedican más tiempo que los hombres al trabajo doméstico y de cuidados. En España, más del 75% de las personas que prestan cuidados a personas dependientes son mujeres. Las mujeres cuidan de manera más intensa que los hombres y realizan con mayor frecuencia los cuidados de atención personal, como alimentación, aseo o vestido, y que requieren un contacto más estrecho con las personas a las que cuidan (18-21,67).

4.1.7. Otros determinantes sociales

4.1.7.1. Estigma y discriminación

El estigma y discriminación hacia algunas poblaciones por motivos de identidad de género, orientación sexual, origen, clase social, etnia, trastorno por consumo de sustancias o comorbilidades, influyen negativamente en la demanda y en la atención de servicios sanitarios (33,35,41,49,55,68,69). También suponen barreras en el acceso a la información sobre la pandemia y las medidas de prevención y control. En una encuesta realizada durante los meses del estado de alarma, la población gitana percibió un aumento de situaciones de discriminación (70).

4.1.7.2. Situaciones administrativas irregulares

La situación administrativa irregular de algunas personas migradas genera que éstas tengan miedo al uso de los servicios de salud por temor a un expediente de expulsión. En este sentido se ha propuesto la regularización de la situación de todas las personas que viven en el país, así como la paralización de las deportaciones (24,42,71).

4.1.7.3. Privación de libertad

Las instituciones penitenciarias presentan características específicas que pueden suponer mayor vulnerabilidad epidemiológica. En otros países, se ha observado una transmisión elevada en centros penitenciarios, relacionada con la superación de la capacidad de aforo, las características de los espacios comunes y las deficiencias en la atención sanitaria (39,72-74). En respuesta a los brotes y a las restricciones de derechos, se han generado problemas de seguridad. Para reducir la exposición, se han favorecido los permisos de estancia en domicilio para las personas internas en régimen abierto o tercer grado, aliviando de esta manera el aforo de los centros. Las restricciones de la comunicación y salidas se han intentado compensar favoreciendo el contacto con el exterior por medios telemáticos (72-74).

Las medidas de prevención y control de la enfermedad adoptadas en los centros penitenciarios españoles parecen haber demostrado su efectividad al constatar que la prevalencia de infección entre los internados en prisión es muy inferior a la estimada en la población general (75).

4.1.7.4. Brecha digital

La brecha digital se puede dar tanto por una desigualdad en el acceso físico a las herramientas digitales como en la alfabetización digital. Ha afectado a la posibilidad de teletrabajo y de una educación a distancia adecuada, de gestión de trámites diversos, de suministro de productos de primera necesidad, de acceso y uso de los servicios sanitarios y sociales, de acceso a la información, de apoyo social, dando lugar a una mayor vulnerabilidad a la infección. Las personas más afectadas han sido las personas mayores y la infancia, las personas de clases sociales desfavorecidas, las personas sin hogar, las personas migrantes y las personas con discapacidades (39,53).

4.2. Situaciones de vulnerabilidad epidemiológica

Se han identificado tres puntos críticos para el abordaje de la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales:

1. Exposición a la infección.
2. Diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos.
3. Cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena.

A continuación, se presenta una tabla en la que se detallan los elementos que comprometen la efectividad de las medidas en las situaciones de vulnerabilidad social, resultando en una mayor vulnerabilidad epidemiológica, en los tres puntos críticos: dando lugar a situaciones de mayor exposición a la infección, falta o retraso en el diagnóstico, estudio de contactos o seguimiento, o a dificultades para el cumplimiento del aislamiento y la cuarentena. Es, por ello, imprescindible que las situaciones de vulnerabilidad social sean contempladas y abordadas con la adopción de medidas más inclusivas de carácter general para conseguir un control epidemiológico eficaz.

La comunicación es un tema transversal que atraviesa estos tres puntos críticos. De ahí la importancia de realizar estrategias de comunicación inclusivas, con información rigurosa, comprensible y accesible a todas las personas, sin excepciones, difundida por canales que aseguren que dicha información llega y es comprendida por toda la población.

4.2.1. Mayor exposición a la infección

Se han identificado una serie de barreras relacionadas con la comunicación de la información, ya que la comunicación es un aspecto clave para facilitar el cumplimiento de las medidas de prevención (mascarilla, distancia interpersonal e higiene de manos) por parte de la población, ya sea la comunicación institucional o la que se lleva a cabo de forma directa entre profesionales y ciudadanía. Por otra parte, se han identificado limitaciones a la adopción de las propias medidas de prevención, que reducen su efectividad dando lugar a una mayor exposición en las situaciones de vulnerabilidad social.

Aunque el confinamiento forma parte de las medidas de distancia física/interpersonal se ha separado de éste por ser una medida específica y que implica mayores restricciones que el distanciamiento.

Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación en el acceso a la información sobre los mecanismos de transmisión del SARS-CoV-2: barreras idiomáticas, digitales, de comprensión, formatos, canales de distribución, etc. - Mensajes contradictorios y culpabilizadores en la información, que dificultan seguir las medidas de prevención. - Mensajes genéricos que no permiten que todas las personas se identifiquen con el mensaje o lo comprendan, y que no dan alternativas en caso de no poder cumplir las indicaciones genéricas. - Falta de comunicación de las medidas preventivas en algunos entornos laborales, con falta de capacitación y formación del personal.
Confinamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajos esenciales presenciales (alimentación, sanidad, transportes, logística, limpieza, recogida de residuos, cuidados, etc.). - Precariedad laboral y de ingresos, que hace necesario seguir trabajando durante el confinamiento (sueldos bajos, contratos temporales o por horas, falsos autónomos, no tener acceso a las ayudas o a las bajas por enfermedad o cuarentena). - Viviendas precarias y hacinamiento: facilita contactos más estrechos, problemas de ventilación, dificulta que las personas permanezcan dentro de las viviendas, haciéndose más vida fuera del hogar. - Falta de vivienda, imposibilidad de confinamiento. - Carencia de plazas en recursos de acogida y alojamientos de emergencia. - Falta de acceso a servicios esenciales en el entorno cercano. - Cierre de recursos durante el estado de alarma, como comedores sociales o comedores escolares, ha provocado más movilidad de las personas que necesitan esos recursos. - Carencia de habilidades emocionales y sociales para afrontar mejor el confinamiento. - Algunas respuestas a la vulnerabilidad (bancos de alimentos, respuestas comunitarias, redes de apoyo) han facilitado el confinamiento.
Higiene de manos	<ul style="list-style-type: none"> - Cierre de servicios públicos de aseo y baño y fuentes públicas, que ha generado que las personas en situación de calle queden sin acceso a ellos. - Las viviendas con falta de acceso a servicios básicos como agua corriente. - Entornos laborales sin las condiciones de higiene necesarias.
Mascarillas	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras económicas para adquirir mascarillas y cumplir con su uso. - Barreras geográficas para adquirir mascarillas, cuando no hay farmacias u otros

	<p>distribuidores en el barrio o pueblo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barreras administrativas para el acceso a mascarillas gratuitas por falta de tarjeta sanitaria o tarjeta de desplazados. - Barreras en el entorno laboral, por falta de material de protección suficiente para las personas trabajadoras. - Barreras en el acceso a materiales de protección en viviendas colectivas como residencias o albergues.
<p>Distancia física/interpersonal de seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de hacinamiento en viviendas colectivas. - Condiciones en los centros penitenciarios. - Condiciones habitacionales que dificultan la distancia en residencias, centros sociosanitarios, centros de acogida y centros de protección de menores. - Empleos cuyas condiciones laborales dificultan cumplir con las medidas de prevención: espacios cerrados, distancia cercana entre trabajadores o la mala ventilación. - Tareas profesionales que exigen contacto directo con personas para su cuidado y asistencia, en lugares no habilitados (camas, bañeras en domicilios, etc.). - Transporte sin las adecuadas medidas de seguridad: insuficiente transporte público para acceder a servicios esenciales y falta de transportes colectivos seguros para personas temporeras. - El aumento de la restricción de horarios y el cierre de servicios ha originado largas colas que afectan especialmente a las personas con acceso limitado a herramientas digitales. - Las colas y la falta de organización para el acceso a alimentación u otros enseres de primera necesidad.

4.2.2. Dificultades para el diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos

Se han detectado una serie de barreras en la comunicación que retrasan que la población acuda a ser diagnosticada, bien por dificultad para transmitir de manera sencilla la clínica de COVID-19 o porque no se comunican de manera clara los circuitos asistenciales disponibles.

Además, se han detectado una serie de factores relacionados con el sistema sanitario o con las implicaciones sociales y económicas del contagio que pueden dificultar la identificación de los casos, el estudio de contactos y el seguimiento.

<p>Comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de acceso a la información sobre identificación de síntomas, especialmente en personas que no acceden a redes sociales o a internet o por idioma. - Cobertura de prensa centrada en los hospitales, en ocasiones transmitiendo la idea de que el centro de salud no estaba disponible para atención, provocando retrasos diagnósticos. - En algunas situaciones, debido a una falta de coordinación de los servicios sanitarios, se han generado instrucciones contradictorias a los pacientes a la hora de gestionar la realización de pruebas diagnósticas a contactos estrechos de los casos confirmados.
<p>Factores del sistema sanitario relacionados con el acceso al diagnóstico, el estudio de contactos y el seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de acceso al diagnóstico y atención sanitaria en viviendas colectivas como residencias, comunidades religiosas, albergues para personas en situación de calle, centros de protección a la infancia (menores tutelados, no acompañados, etc.). - Falta de centros sanitarios en el entorno cercano: por el cierre de muchos centros de salud y consultorios en algunas CCAA, por la distancia a algunos asentamientos, viviendas de personas temporeras y zonas rurales y por la ausencia de transporte público. - Barreras administrativas en el acceso, por barreras en la garantía de derecho a la cobertura sanitaria universal. - Dificultades para compatibilizar horarios de atención sanitaria con trabajo. - Movilidad entre territorios (personas temporeras, prostitución, etc.). - La excesiva protocolización, la complejidad de las instrucciones y el cambio a la atención telefónica ha dejado fuera casuísticas y realidades que se salen de esos protocolos, como es el caso de las personas que no pueden coger el teléfono porque trabajan, o que tienen tarjeta de prepago que no admite llamadas de centralita, o que cambian de teléfono porque tienen situaciones muy precarias. - Barreras idiomáticas. Falta de intérpretes. - Barreras interculturales. Falta de mediadores interculturales. - Barreras telemáticas para la gestión de citas y dificultad de acceso por saturación de líneas telefónicas. - No considerar en la priorización de pruebas diagnósticas durante el estado de alarma a trabajadores esenciales de sectores precarizados (agricultura, jornaleros, tiendas de

	<p>alimentación, etc.) y cuidadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento de actitudes racistas, xenófobas y discriminación en el acceso a los servicios sanitarios.
<p>Consecuencias sociales y económicas del diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a perder el empleo: en empleos precarios o irregulares, un diagnóstico de COVID-19 y su correspondiente aislamiento o cuarentena puede suponer la pérdida de trabajo, sin acceso a un ERTE, o prestación por desempleo, o baja laboral no remunerada. - Miedo al cierre en pequeñas empresas. - Miedo al aislamiento social: especialmente en centros penitenciarios, puede notificarse menos los síntomas si el diagnóstico supone mayores medidas de aislamiento. - Miedo a perder la vivienda: por el estigma asociado a la COVID-19 (pisos patera). - Dificultad de delegar los cuidados en caso de diagnóstico (cuidados a menores y personas con dependencia, familias monoparentales). - Miedo a ser detenido: personas migradas no reguladas que demoran en comunicar enfermedad o no lo hacen. - Miedo a infectarse: ante síntomas inespecíficos o leves, se acude menos a los servicios sanitarios por el miedo a infectarse. - Miedo a la culpabilización en el entorno laboral y social.

4.2.3. Dificultades para el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena

Se han identificado una serie de barreras relacionadas con la comunicación de las medidas de aislamiento o cuarentena, o de trasladar la relevancia de las mismas para la salud colectiva o el planteamiento de alternativas en aquellas situaciones en las que las condiciones no facilitaban su cumplimiento.

Asimismo, se han detectado situaciones de precariedad laboral o de falta de disponibilidad de redes de apoyo y de cuidados que suponen una barrera para el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena.

<p>Comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limitaciones en la información sobre medidas de aislamiento e higiene que suponen barreras idiomáticas, telemáticas, de comprensión, formatos, canales de distribución. - Barreras idiomáticas y culturales a la hora de entender las razones de las medidas o la priorización de la salud pública. - Falta de comunicación de medidas adaptadas a los contextos y de opciones alternativas.
<p>Recursos para hacer el aislamiento o cuarentena</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Viviendas con alta densidad de convivientes, con condiciones malas de higiene y viviendas hacinadas que dificultan el aislamiento. - Falta de vivienda: sinhogarismo, empleadas del hogar que han perdido empleo y alojamiento, mujeres en contexto de prostitución y víctimas de trata. - Viviendas colectivas como residencias o albergues sin espacios individuales. - Las alternativas habitacionales para el aislamiento no han existido en todo el territorio y en algunos casos se han limitado a personas con un buen estado de salud y no dependientes. - Falta de provisión de material de protección para personas sin recursos. - La brecha digital y la falta de acceso a teléfonos dificulta realizar la cuarentena en el domicilio. - Discrepancia entre las recomendaciones y las realidades de los territorios. - Insuficiencia de recursos públicos para dar respuesta a las situaciones en las que personas en aislamiento/cuarentena no pueden adquirir los recursos básicos de alimentación e higiene.
<p>Redes de apoyo y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El cuidado de menores y personas dependientes dificulta el aislamiento y cuarentena de las personas cuidadoras. A su vez, las personas dependientes tienen dificultades para realizar un aislamiento adecuado. - Precariedad de la red de atención a personas mayores dependientes. - Falta de red de atención a personas con enfermedades mentales graves y no graves, sin familia o que se han visto afectadas por cierre de centros de día o de actividades de socialización: imposibilidad de realizar aislamiento y cumplir medidas. - Falta de legitimación de las redes de apoyo.
<p>Consecuencias de la precariedad laboral en el</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En empleos con condiciones precarias o irregulares, el aislamiento o cuarentena puede suponer la pérdida de trabajo, sin ERTE o prestación por desempleo, o baja laboral no remunerada. Además, en hogares sin recursos económicos el no ir a

cumplimiento del aislamiento o la cuarentena	trabajar puede suponer el no poder hacer frente a las necesidades básicas diarias.
---	--

5. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se han elaborado a partir del análisis de las buenas prácticas, las necesidades y las propuestas identificadas. Además, algunas de las recomendaciones están basadas en otros documentos publicados recientemente como las “Conclusiones para la reconstrucción social y económica” (10) y en documentos clave para la equidad en salud en España, como la Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (9).

5.1. Recomendaciones generales

Como recomendación básica se considera imprescindible incorporar el objetivo de equidad en la elaboración e implementación de las medidas dirigidas a la prevención y control de la pandemia de modo que resulten universales, inclusivas y que no aumenten las desigualdades o produzcan nuevas situaciones de vulnerabilidad (Anexo II).

5.1.1. Identificación y análisis de situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica

1. Reforzar la identificación de las situaciones de vulnerabilidad de forma proactiva a través de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta y la Ponencia de Promoción de la Salud, impulsando la **Vigilancia de la Equidad** y los Determinantes Sociales de la Salud.
2. Incorporar, para la identificación de las situaciones de vulnerabilidad, **fuentes informales y canales de participación** que incluyan a profesionales de diferentes niveles administrativos de los servicios sociales y de los servicios de salud, así como de la sociedad civil organizada que represente a diferentes grupos poblacionales.
3. **Desagregar y analizar los datos epidemiológicos por variables sociodemográficas** al menos sexo, edad, localización geográfica y país de nacimiento. Valorar la inclusión de otras variables sociales que pudieran tener relación con el impacto desigual de la pandemia (como la clase social, nivel de ingresos, nivel educativo, índice de privación del territorio, situación de empleo, ocupación y actividad laboral). Incorporar a los datos epidemiológicos la información relativa al código postal o a la unidad territorial más pequeña disponible, que permitan hacer análisis de los datos a este nivel y orientar mejor los recursos y medidas de apoyo.

4. Analizar el papel de los determinantes sociales en la aparición de los **brotes**, así como de las medidas adoptadas y su seguimiento.

5.1.2. Coordinación efectiva entre los agentes implicados

1. Establecer y/o reforzar estructuras y mecanismos de coordinación estrecha **a nivel de cada territorio** entre los servicios de salud pública, los centros de atención primaria, los servicios hospitalarios, servicios municipales de salud, salud laboral y dispositivos de salud mental, para el abordaje compartido de las situaciones de vulnerabilidad identificadas.
2. Establecer y/o reforzar estructuras y mecanismos de **coordinación sociosanitaria** entre los sectores de bienestar social y salud:
 - 2.1. Articular la coordinación local, autonómica y estatal entre los servicios sociales y los de salud, especialmente los de atención primaria y de salud pública,
 - 2.2. Reforzar el papel de los Servicios Sociales del Sistema de Salud y avanzar hacia un modelo de integración de la red de servicios sociales y los servicios sanitarios.
3. Establecer y/o reforzar estructuras y mecanismos de coordinación **a nivel intersectorial** y de la administración:
 - 3.1. Avanzar en el trabajo intersectorial a nivel estatal y autonómico, para avanzar hacia la salud y equidad en todas las políticas, incluyendo de manera sistemática, el análisis del impacto tanto positivo como negativo que tienen las políticas públicas en la salud.
 - 3.2. Fomentar la coordinación entre niveles administrativos. Especialmente con el nivel municipal para algunas de las actividades de apoyo social como distribución de bienes básicos y preventivos en los domicilios, y la coordinación de las actividades de voluntariado.
4. Favorecer mecanismos que aseguren la **participación de la sociedad civil** en la planificación y evaluación de medidas. Fomentar la coordinación sociosanitaria con las redes comunitarias y las ONG, trabajando conjuntamente, no solo en la acción, sino en la planificación, implementación y evaluación de las medidas.
5. Se recomienda **reconocer y partir de las estructuras y mecanismos ya existentes** (incluidos los informales), que con su conocimiento y experiencia previa permiten una actuación adecuada, rápida y eficiente.

5.1.3. Comunicación

1. Contemplar en las estrategias de comunicación la **accesibilidad universal**, prestando especial atención a las **diferentes necesidades lingüísticas, de comprensión y accesibilidad de las poblaciones**, tanto en el contenido y formato de los mensajes, como en los canales.
 - 1.1. Adaptar los mensajes a distintos grupos poblacionales.
 - 1.2. Utilizar los idiomas necesarios según cada contexto.
 - 1.3. Formatos subtítulos, empleo de lengua de signos, audio-descripción, medidas de accesibilidad cognitiva como lectura fácil, pictogramas, etc., números de teléfono accesibles por mensajería instantánea para personas con problemas de audición.
 - 1.4. Informar de las alternativas que existan a las medidas que determinadas personas por su situación no pueden cumplir.
 - 1.5. Usar los canales de comunicación apropiados, incluyendo a la sociedad civil, las entidades sociales e instituciones. Tener en cuenta la brecha digital y ofrecer canales de distribución de material físico en lugares estratégicos (centros para personas mayores, centros sanitarios, centros sociales, farmacias, buzono, etc.).
2. Potenciar la **bidireccionalidad** de la información entre las autoridades sanitarias y la población, estableciendo canales para la escucha a la ciudadanía, que permitan evaluar si la información está llegando y está siendo comprendida, y adecuar la comunicación en cada momento y lugar.
3. Ofrecer **interpretación y mediación intercultural** para mejorar la comunicación entre profesionales de salud y sociales y las personas atendidas en todos los casos necesarios, y de manera especial en situaciones de emergencias de salud o en zonas con brotes o transmisión comunitaria descontrolada.
4. Dotar de **dispositivos electrónicos y de conexión a internet, así como de apoyo para la alfabetización digital**, a las personas afectadas por la brecha digital, para mejorar su acceso a la información sobre la pandemia y las medidas, y la comunicación con los servicios sociales y sanitarios y las redes comunitarias. Facilitar alternativas de vías de comunicación para aquellos grupos que presentan más dificultades para hacer uso de las telemáticas.

5.1.4. Refuerzo de las capacidades de los sistemas de salud y bienestar social

1. Garantizar una **capacidad suficiente de recursos humanos y materiales** en los servicios de Salud Pública, Atención Primaria (incluyendo Trabajo Social), Servicios Sociales y Sanidad Penitenciaria

que permita realizar la vigilancia epidemiológica y la implementación de medidas de prevención y control con enfoque de equidad.

2. Priorizar la **continuidad de los servicios asistenciales** no relacionados con la COVID-19 para aquellos pacientes que presenten una situación de **mayor vulnerabilidad**.
3. Priorizar la continuidad de los servicios de **Atención Primaria**, garantizando la posibilidad de ofrecer atención presencial en aquellas situaciones imprescindibles con las medidas de seguridad pertinentes.
4. Priorizar la continuidad de los **Servicios Sociales**, contemplando la posibilidad de ofrecer atención presencial en aquellas situaciones imprescindibles, asegurando las medidas de prevención necesarias para ello. Asimismo, priorizar los servicios de atención a personas con trastorno por consumo de sustancias.
5. Reforzar las capacidades de los profesionales sanitarios para el **abordaje de situaciones de vulnerabilidad social**.
6. Reforzar las capacidades del sistema en **mediación intercultural, traducción, interpretación y educación social**.

5.1.5. Respuesta cercana al territorio

1. Reforzar y capacitar los servicios públicos que están en contacto directo con las personas en situaciones de vulnerabilidad. **Reorganizar o reforzar los recursos con un enfoque de equidad**, priorizando cubrir las necesidades de la población más vulnerable.
2. Favorecer unos **servicios de salud pública** con presencia en todo el territorio, para posibilitar el desempeño de sus competencias y funciones relacionadas con la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud, la prevención, la protección de la salud y la administración sanitaria también a un nivel próximo a la realidad local.
3. Potenciar las **redes comunitarias locales**, reconociéndolas como agentes e integrándolas en el diseño e implementación de las medidas de prevención y control.
4. Integrar a los/as **profesionales asistenciales** en el diseño e implementación de las estrategias de prevención y control, según el ámbito pertinente.
5. Trabajar conjuntamente con **agentes cívicos municipales**.

5.1.6. Cobertura sanitaria universal

Se considera necesario en términos de equidad:

1. Tal y como recogen las Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica: «Impulsar y adoptar las modificaciones normativas, legales y reglamentarias necesarias para **garantizar la efectividad del derecho a la protección a la salud a través del acceso universal al Sistema Nacional de Salud**. El RD Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, se tramitará como una ley que derogue definitivamente el RD Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y que, junto al reglamento que la desarrolle, garantice en todo caso los siguientes extremos:

- a) trabajar conjuntamente entre la Administración Central y las comunidades autónomas,
- b) extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española, o de otro país comunitario,
- c) garantizar la recuperación de la cobertura sanitaria gratuita en nuestro país a los ciudadanos y ciudadanas españoles que residen fuera de España y
- d) cualesquiera otros cambios necesarios para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria como un derecho subjetivo de todas las personas.

Independientemente de futuras reformas legislativas, todas las administraciones se comprometen a hacer efectivo, de forma inmediata y sin excepciones, el derecho a la protección de la salud, garantizando la atención sanitaria en aquellos colectivos que gozan de una especial protección en nuestra legislación y en los convenios internacionales suscritos por el Estado, como es el caso de los menores, las mujeres embarazadas y los solicitantes de protección internacional.»

2. Promover los mecanismos necesarios para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud en todo el territorio, **flexibilizando los trámites administrativos** para la obtención de la tarjeta sanitaria, asegurando la asistencia a la población en situación de mayor vulnerabilidad social, y fomentando la transparencia y rendición de cuentas en el cumplimiento correcto de las normativas.

5.1.7. Evaluación de la efectividad y equidad de las medidas de respuesta

1. Incorporar herramientas de análisis que permitan evaluar la efectividad y la equidad de las medidas de respuesta a la pandemia y de mitigación del impacto socioeconómico en las situaciones de vulnerabilidad social, con el fin de adaptarlas, de modo que resulten lo más universales e inclusivas que sea posible.

5.1.8. Investigación

1. Destinar financiación y recursos humanos para la investigación en equidad en salud, con especial atención a los determinantes sociales, con el fin de comprender su impacto durante las crisis sanitarias. Por ejemplo: reservar en los planes de investigación y las respectivas convocatorias de proyectos de fondos económicos específicamente dedicados al análisis de las desigualdades en salud relacionadas con la pandemia.

5.2. Recomendaciones específicas sobre las medidas de prevención, detección y control

En el caso de detectar situaciones de vulnerabilidad que requieran de indicaciones o recursos específicos para seguir las recomendaciones generales de prevención y control, se recomienda una planificación de recursos que garantice su disponibilidad y accesibilidad, asegurando que las personas beneficiarias reciben la información y evitando las trabas burocráticas.

5.2.1. En relación con la mayor exposición a la infección

1. Garantizar **condiciones de trabajo y de acceso al trabajo seguras.**
 - 1.1. Facilitar el acceso y uso correcto de materiales preventivos e información sanitaria adecuada en el medio laboral.
 - 1.2. Formar y/o reforzar los equipos de coordinación y protocolos de actuación entre los Servicios de Epidemiología, Salud Laboral, Promoción de la Salud, Atención Primaria, Servicios Hospitalarios y Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para mejorar la identificación y respuesta a las situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el ámbito laboral.
 - 1.3. Reforzar las inspecciones de trabajo en los lugares con riesgo de vulnerabilidad.

- 1.4. Garantizar el cumplimiento de condiciones laborales seguras.
- 1.5. Desarrollar reglamentariamente la Ley 33/2011 General de Salud Pública al objeto de agilizar y facilitar la imposición de eventuales sanciones por incumplimiento de las instrucciones de salud pública por empresas y servicios de prevención.
- 1.6. Favorecer las adecuadas medidas de prevención en el transporte colectivo a los lugares de trabajo.
2. Garantizar el acceso y uso correcto de **materiales preventivos, recursos e información sanitaria adecuada en las viviendas colectivas** como residencias, albergues, centros de acogida y de estancia temporal de personas migrantes, centros de protección de menores, etc.
 - 2.1. Identificar las viviendas colectivas y establecer una comunicación estrecha y valoración (presencial o telemática) de las medidas preventivas puestas en marcha por parte de los servicios de salud pública, atención primaria, atención hospitalaria, servicios de coordinación sociosanitaria o recursos municipales.
 - 2.2. Articular la coordinación con los sectores implicados: servicios sociales, ayuntamientos, migraciones, entidades sociales responsables del funcionamiento de las viviendas colectivas y de acogida.
3. **Garantizar soluciones habitacionales** con las condiciones de seguridad adecuadas para la población que no puede cumplir el **confinamiento o las medidas preventivas**.
 - 3.1. Ofrecer alternativas para las personas con comorbilidades o con dependencia para las actividades cotidianas.
 - 3.2. Implementar un sistema de vigilancia o inspección que asegure que las soluciones habitacionales sean efectivas y suficientes.
 - 3.3. Establecer mecanismos que provean de recursos de acceso inmediato que posibiliten el cumplimiento de las medidas de prevención mientras existan retrasos o listas de espera a las alternativas habitacionales, como habilitación de duchas y lavanderías públicas, camiones cisterna con agua potable, etc.
 - 3.4. Aumentar la oferta de alojamientos y recursos de acogida y de protección a víctimas de violencia de género, violencia intrafamiliar, mujeres en contexto de prostitución, personas solicitantes de asilo, personas sin hogar, personas liberadas de centros penitenciarios.
4. **Aumentar** la frecuencia, cobertura geográfica y cantidad de **transporte público**, y facilitar las medidas de prevención e higiene en los trayectos, evitando la recomendación de utilización de transporte privado.
5. **Establecer un reparto del espacio público** que aumente el espacio destinado a peatones y bicicletas, garantizando el espacio necesario para cumplir con la distancia de seguridad.

6. **Garantizar el acceso a mascarillas** adecuadas en todas las situaciones de vulnerabilidad social, a través de la distribución gratuita sin requisitos administrativos.
7. **Favorecer** la difusión de la información sobre los **recursos sanitarios y sociales disponibles**, centrada en los servicios de Atención Primaria y comunitarios.
8. **Establecer** mecanismos para la atención específica y segura a **pacientes vulnerables durante el confinamiento** o situaciones de restricciones de la movilidad especialmente a los pacientes con patologías crónicas, diagnósticos de trastornos de salud mental, trastorno por consumo de sustancias y a los pacientes de alta complejidad, tanto de forma presencial como telemática.
9. **Establecer** las medidas oportunas para la **dispensación de medicamentos en modalidad no presencial**, garantizando la óptima atención con la entrega, si procede, de los medicamentos en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.
10. **Mitigar el efecto que el confinamiento** puede tener en los casos de personas privadas de libertad, compensando las restricciones de las salidas y actividades cotidianas con **mayor comunicación** con el exterior por medios telemáticos y actividades adaptadas.

5.2.2. En relación con el diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos

1. **Garantizar el diagnóstico y estudio de contactos necesario en las viviendas colectivas** como residencias, albergues, centros de acogida y de estancia temporal de personas migrantes, centros de protección de menores, etc., de manera coordinada con las personas responsables de los centros, atención sanitaria y salud pública.
2. **Acercar** el diagnóstico y seguimiento de la infección a los lugares con acceso limitado a los servicios de salud, por ejemplo, utilizando **unidades móviles en los asentamientos** generados por la falta de recursos habitacionales.
3. **Impulsar acciones masivas de comunicación con enfoque de equidad** sobre las medidas de prevención y control, con el fin de disminuir las reticencias al diagnóstico y aislamiento, facilitar el cumplimiento de las medidas y mejorar la comprensión social sobre las causas sociales y estructurales de los casos, más allá de la culpabilización individual.
4. Cuando la estrategia diagnóstica contemple priorizar determinados grupos o sectores, considerar incluir en el **personal prioritario para la realización de pruebas diagnósticas** a trabajadores esenciales de sectores precarizados: agricultura, jornaleros, tiendas de alimentación, personas cuidadoras, etc.

5. Formar e informar a pequeños y medianos empresarios sobre la importancia de la identificación de contactos estrechos en el medio laboral y la realización de cuarentenas, si procede, para cortar cadenas de transmisión en los centros de trabajo.
6. Proteger a las personas empleadas en condiciones de precariedad en los estudios de contactos y colaborar con los servicios de riesgos laborales para una **comunicación clara y no culpabilizadora en el ámbito laboral**.
7. Agilizar e **integrar los sistemas de vigilancia epidemiológica y sociosanitaria** autonómicos y locales, que permita un seguimiento sencillo entre CCAA.

5.2.3. En relación con el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena

1. Garantizar **soluciones habitacionales** para las personas que no pueden cumplir **el aislamiento o cuarentena**.
 - 1.1. Establecer mecanismos ágiles para la derivación de las personas con infección confirmada y posible en las 24 horas siguientes a la detección.
 - 1.2. Incluir una valoración por parte de Trabajo Social en las derivaciones cuando se vea necesario, con el fin de trabajar las condiciones sociales del paciente y su entorno.
 - 1.3. Facilitar la derivación desde centros sociosanitarios privados a recursos públicos de apoyo social en los casos en que sea necesario.
 - 1.4. Ofrecer alternativas para las personas con comorbilidades o con dependencia para las actividades cotidianas.
2. Asegurar la **prestación económica de incapacidad temporal** para los casos de aislamiento y cuarentena por COVID-19, y extenderla u **ofrecer alternativas** económicas a las personas que no están accediendo a esta prestación.
3. Ofrecer un **apoyo personalizado para el aislamiento** en situaciones de vulnerabilidad, personas que viven solas o en viviendas con todos los convivientes en aislamiento.
 - 3.1. Realizar un cribado social en la atención sanitaria.
 - 3.2. Disponer de un plan de atención COVID-19 en domicilio liderado desde la Atención Primaria y Comunitaria y Servicios Sociales, que incluya visitas presenciales para apoyo en la realización del aislamiento y cuarentena, facilitando el equipamiento de protección adecuado y dando respuesta a las necesidades básicas y de los cuidados de las personas dependientes.
 - 3.3. Facilitar apoyo técnico para la implementación de las medidas de aislamiento y cuarentena de personas en viviendas colectivas.

4. Disponer de instalaciones sanitarias para el aislamiento y cuarentena dentro de los centros penitenciarios, evitando el aislamiento en celdas o similares.

5.3. Recomendaciones intersectoriales de medidas estructurales para mejorar las condiciones sociales

Durante la elaboración de este trabajo se han identificado algunas recomendaciones de medidas más estructurales que mejorarían las condiciones sociales, ligadas a los aspectos estudiados sobre vulnerabilidad social y epidemiológica, sin perjuicio de otras medidas que se puedan identificar al respecto.

5.3.1. Avanzar en la prevención de la pobreza y la exclusión social

1. Asegurar el acceso efectivo al Ingreso Mínimo Vital (IMV).
2. Asegurar el acceso a una alimentación saludable para todas las personas en situación de vulnerabilidad social, como por ejemplo adaptando los comedores sociales y escolares, posibilitando entregas a domicilio o entrega de tarjetas monederos.

5.3.2. Mejorar las condiciones laborales

1. Avanzar en medidas específicas para mejorar las condiciones laborales de las personas empleadas del hogar.
2. Avanzar en medidas específicas para mejorar las condiciones laborales de las personas migrantes incluyendo específicamente a las personas trabajadoras temporeras.
3. Facilitar los procesos de denuncia de situaciones de incumplimiento de la normativa vigente laboral o de las indicaciones relacionadas con la pandemia de obligado cumplimiento, que posibiliten orientar las intervenciones y prevenir la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a la precariedad laboral.

5.3.3. Mejorar las condiciones de vivienda

1. Garantizar el **suministro de energía eléctrica, gas y agua**.
 - 1.1. Avanzar en la implementación de la Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética.

2. **Garantizar una seguridad habitacional** con las condiciones adecuadas especialmente a personas en situación de vulnerabilidad social ofreciendo alternativas como ayudas al alquiler, vivienda social, etc.

5.3.4. Organizar los recursos sociosanitarios y la actividad económica de manera que se posibiliten los cuidados

1. Trabajar hacia un modelo nuevo de cuidados de las personas mayores, centrado en la persona, que potencie el apoyo a domicilio, en condiciones de excelencia tanto para las personas usuarias como las trabajadoras, y la transformación de los modelos residenciales.
2. Establecer una infraestructura de sostén pública para los cuidados a menores y personas con dependencia para las actividades de la vida cotidiana.
 - 2.1. Habilitar los permisos laborales necesarios para garantizar el cuidado de las personas menores o con dependencia en las situaciones que surjan consecuencia de la pandemia, como la indicación de aislamiento, cuarentena o confinamiento o el cierre de los recursos sociales o los centros educativos.
 - 2.2. Reforzar el enfoque de género en las medidas en el ámbito laboral y en el ámbito de los cuidados.

5.3.5. Protección de la inmigración en situación de vulnerabilidad social

1. Mejorar las gestiones para regular la situación administrativa de personas extranjeras.
2. Garantizar una adecuada atención sanitaria en los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIEs).

5.3.6. Planificación urbana saludable

1. Realizar una planificación urbana saludable, reorganizando el reparto del espacio público, con usos mixtos y complejidad de uso adecuados para tener ciudades de proximidad.

5.3.7. Prevenir y eliminar el estigma

1. Prevenir y eliminar el estigma y discriminación de profesionales y población general hacia algunas poblaciones por motivos de identidad de género, orientación sexual, origen, clase social, etnia, trastorno por consumo de sustancias o comorbilidades.

Anexo I: Material consultado de entidades de la sociedad civil y sociedades científicas

1. Consejo Estatal de ONGs de Acción Social.
2. Comité asesor y consultivo de ONGs del Plan Nacional sobre el Sida.
3. Asociación Estatal Directores y Gerentes de Servicios Sociales.
4. Rights International Spain. Racismo y xenofobia durante el estado de alarma en España, 2020.
5. Territorio Doméstico. Comunicados y notas de prensa.
6. Cáritas. Análisis y propuestas de Cáritas para paliar los efectos del COVID-19 en las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social.
7. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Informes.
8. European Anti Poverty Network. Necesidades observadas por las entidades sociales ante el coronavirus.
9. Fundación Secretariado Gitano. Impacto de la crisis del COVID-19 sobre la población gitana.
10. Intermón Oxfam. Aprendamos de nuestros errores.
11. Save the Children. COVID-19: cerrar la brecha, impacto educativo y propuestas de equidad para la desescalada.
12. Trabajando en positivo. Informe sobre el impacto de la COVID-19 en colectivos en exclusión social y sus necesidades prioritarias.
13. Médicos del Mundo. Coronavirus.
14. Yo Sí Sanidad Universal.
15. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Posicionamiento SESPAS sobre el impacto de la COVID19 en los colectivos más vulnerables.
16. Ilustre Colegio de Abogados de Madrid. Guías sectoriales COVID-19. Sección de Derechos Humanos.
17. European Public Health Association. Migrant and Ethnic Minority Health.
18. Comisión para la reconstrucción social y económica. Dictamen y Conclusiones.

Anexo II: Aspectos a considerar para incorporar el enfoque de equidad en la elaboración e implementación de las medidas dirigidas a la prevención y control de la pandemia

- 1. ¿La medida es asumible por toda la población? Si / No.**
- 2. ¿Hay algún grupo específico que se prevé que tendrá dificultades para llevar a cabo la medida? Cual, porqué y qué actuaciones adicionales se pueden llevar a cabo para solucionarlo.**
- 3. ¿Es posible reformular la medida para hacerla más inclusiva? Si / No.**
- 4. De no poder modificarse: ¿Qué recursos o instrucciones específicas se precisarían para favorecer la equidad en la medida?**
- 5. ¿A quién corresponde su implementación?**
- 6. ¿Cómo se van a dotar de recursos?**
- 7. ¿Cómo se va a informar a la población?**
- 8. ¿Qué barreras pueden existir en su implementación y cómo solventarlas?**

Anexo III: Lista de verificación para el abordaje de las situaciones de vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales.

	Responsables	Fecha de ejecución
MEDIDAS GENERALES		
1. Identificación y análisis de situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica		
Se ha realizado una identificación y análisis de situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica		
2. Coordinación efectiva entre los agentes implicados		
Se ha establecido/reforzado estructuras y mecanismos de coordinación:		
-Dentro del sector salud, especialmente salud pública y atención primaria, a nivel de cada territorio		
-Entre los servicios sociales y los de salud		
-Entre los servicios de prevención de riesgos laborales y los de salud		
-Entre las EELL y los servicios de salud		
-Entre otros sectores (indicar cuáles: educativo, de transportes, etc.)		
-Con las redes comunitarias y con las organizaciones de la sociedad civil		
3. Comunicación		
Se ha diseñado un Plan de comunicación adaptado en contenido, canales de comunicación y formato:		
-Mensajes adaptados a los distintos grupos poblacionales en función de sus necesidades.		
-Varios idiomas según cada contexto.		
-Formatos subtítulados, lengua de signos, medidas accesibilidad cognitiva, etc.		
-Información sobre alternativas que existan para aquellas personas que por su situación no pueden seguir determinadas medidas.		
-Compensada la brecha digital.		

Se han establecido canales para la escucha de la ciudadanía.		
Se ofrece interpretación y mediación intercultural para la atención de las personas.		
4. Refuerzo de las capacidades de los sistemas de salud y sociales		
Se ha reforzado de manera suficiente los servicios de:		
-Salud Pública.		
-Atención Primaria (incluyendo Trabajo Social).		
-Servicios Sociales.		
-Sanidad Penitenciaria.		
Se prioriza la continuidad de servicios sociales asegurando las medidas de prevención necesarias para ello.		
Se ha capacitado a los/as profesionales sanitarios/as para el abordaje de situaciones de vulnerabilidad social		
Se ha reforzado la capacidad de mediación intercultural, interpretación, educación social.		
5. Respuesta cercana al territorio		
Se han reforzado y capacitado los servicios en contacto directo con las situaciones de vulnerabilidad, reorganizado o reforzado los recursos con enfoque de equidad, priorizando cubrir las necesidades de la población más vulnerable.		
En los servicios de salud pública se fomenta la función de intervención en la salud de las comunidades.		
Se integra a las redes comunitarias locales en el diseño e implementación de estrategias/medidas. (considerar Anexo II)		
Se integra a los/as profesionales asistenciales en el diseño e implementación de estrategias/medidas. (considerar Anexo II)		
Se trabaja conjuntamente con agentes cívicos municipales		
6. Cobertura sanitaria universal		
Se garantiza la efectividad del derecho a la protección a la salud a través del acceso universal al Sistema Nacional de Salud.		
7. Evaluación de las medidas		

Se evalúan los efectos de las medidas de respuesta en las situaciones de vulnerabilidad (considerar Anexo II).		
8. Investigación		
Se ha destinado financiación para la investigación en equidad en salud		
MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL		
1. En relación con la mayor exposición a la infección		
Se han elaborado normativas y protocolos que faciliten condiciones de trabajo seguras en aquellos sectores más vulnerables. (considerar Anexo II)		
Se han reforzado las inspecciones de trabajo en los lugares de trabajo con situaciones/riesgo de vulnerabilidad.		
Se ha mapeado las viviendas colectivas, se ha establecido comunicación estrecha con su personal y se ha valorado de manera presencial o telemática las medidas preventivas.		
Se ha garantizado soluciones habitacionales con las condiciones de seguridad adecuadas para la población con dificultades para el cumplimiento del confinamiento o las medidas preventivas (describir cuáles y para qué poblaciones).		
Se ha aumentado la frecuencia, cobertura geográfica y cantidad de transporte público, facilitando las medidas de prevención en los trayectos.		
Se ha distribuido mascarillas adecuadas en todas las situaciones de vulnerabilidad social a través de distribución gratuita y sin requisitos administrativos.		
Se difunde la información sobre los recursos sanitarios y sociales disponibles centrada en la Atención Primaria y los servicios comunitarios.		
Se han establecido mecanismos para la atención segura a pacientes vulnerables durante el confinamiento o situaciones de restricciones de la movilidad, especialmente a pacientes con patologías crónicas, trastornos de salud mental, trastorno por consumo de sustancias.		
Se han establecido mecanismos para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial.		
En las personas privadas de libertad que se encuentren en confinamiento, se compensa las restricciones de las salidas y actividades con mayor comunicación con el exterior (medios		

telemáticos, adaptar actividades).		
2. En relación al diagnóstico, estudio y seguimiento de los casos y contactos		
Se ha establecido el diagnóstico y estudio de contactos necesario en las viviendas colectivas.		
Se acerca el diagnóstico y seguimiento a lugares con acceso limitado a los servicios de salud (unidades móviles).		
Se impulsa acciones de comunicación con enfoque de equidad sobre las medidas de prevención y control. (considerar Anexo II)		
En caso de priorización en la estrategia diagnóstica, se ha considerado incluir en el personal prioritario a trabajadores esenciales de sectores precarizados (agricultura, cuidados, etc.).		
Se protege a las personas empleadas en condiciones de precariedad en los estudios de contactos.		
Se ha agilizado e iniciado la integración de los sistemas de vigilancia epidemiológica y socio sanitaria.		
3. En relación al aislamiento y cuarentena		
Se han establecido soluciones habitacionales para las personas que no pueden cumplir el aislamiento o cuarentena.		
-Se han establecido mecanismos ágiles de derivación.		
-Se ha incluido una valoración por Trabajo Social.		
-Se facilita la derivación desde centros socio sanitarios privados a recursos públicos de apoyo social en los casos necesarios.		
Se asegura la tramitación de la prestación económica de incapacidad temporal u ofrecer alternativas.		
Se ofrece apoyo personalizado para el aislamiento en situaciones de vulnerabilidad social.		
-Se realiza un cribado social en la atención sanitaria.		
-Se dispone de un plan de atención COVID-19 en domicilio que incluye visitas presenciales, dando respuesta a las necesidades básicas y los cuidados de personas dependientes.		
-Se facilita apoyo técnico en las viviendas colectivas.		
Se dispone de instalaciones sanitarias para el aislamiento y cuarentena en los centros penitenciarios (no celdas).		

Bibliografía

1. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020 Jun; jech-2020-214401.
2. Glover RE, van Schalkwyk MC, Akl EA, Kristjansson E, Lotfi T, Petkovic J, et al. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *J Clin Epidemiol*. 2020 Jun;
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic Key messages. 2020.
4. Ramasco-Gutiérrez M, Heras-Mosteiro J, Garabato-González S, Aránguez-Ruiz E, Aguirre Martín-Gil R. Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2017 Sep 1;31(5):432–5.
5. Arteaga Botello N. Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica (Méx)*. 2008;23(68).
6. Patel J, Nielsen F, Badiani A, Assi S, Unadkat V, Patel B, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health [Internet]*. 2020;183:110–1. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1475->
7. World Health Organization Western Pacific Region. Actions for Consideration in the Care and Protection of Vulnerable Population Groups for COVID-19. 2020.
8. Marmot M. Society and the slow burn of inequality. *Lancet*. 2020;395:1414.
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Informe, estudios e investigación. 2015.
10. Conclusiones para la reconstrucción social y económica. 2020 Disponible en: http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf
11. Farley JH, Hines J, Lee NK, Brooks SE, Nair N, Brown CL, et al. Promoting health equity in the era of COVID-19. *Gynecol Oncol*. 2020;158(1):25–31.
12. Office for National Statistics. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales deaths registered between 9 March and 25 May 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbyreligiousgroupenglandandwales/2marchto15may2020>
13. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(8):620–3.
14. SESPAS. Posicionamiento SESPAS sobre el impacto de la COVID19 en los colectivos más vulnerables [Internet]. 2020. Disponible en: <https://sespas.es/2020/04/06/posicionamiento-sespas-sobre-el-impacto-de-la-covid-19-en-los-colectivos-mas-vulnerables/>
15. Intermón Oxfam. Aprendamos de nuestros errores [Internet]. 2020. Disponible en: <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/OxfamWeb-Documentos/OxfamWeb-Informes/medidas-crisis-covid-19-oxfam-intermon.pdf>
16. Ministerio de Sanidad. Los ministros Illa y Planas se reúnen con las CC. AA. para abordar la situación epidemiológica de los trabajadores temporeros. Notas de Prensa [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?metodo=detalle&id=5003>
17. Heras RL. Impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo: un análisis de los colectivos vulnerables. *Inst Univ Anal Econ Soc*. 2020;1–29.
18. Castellanos-Torres E, Tomás Mateos J, Chilet-Rosell E. COVID-19 en clave de género. *Gac Sanit*. 2020;
19. Roldán PG, Carrasco AM. Crisis por COVID-19 y abordaje integral de la salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]*. 2020; Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/crisis-por-covid-19-y-abordaje-integral-de-la-salud/>
20. García-Calvente M del M, del Río Lozano M, Maroto Navarro G. Género, cuidados y coronavirus: antes, durante y después de la pandemia. *Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]*. 2020; Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/genero-cuidados-y-coronavirus-antes-durante-y-despues-de-la-pandemia/>

21. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;(xx):8–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008>
22. Gallardo PS. COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. *Enfermería Clínica*. 2020 May;
23. Koh D. Migrant workers and COVID-19. *Occup Environ Med*. 2020 Jun 8;:oemed-2020-106626.
24. Azarola A, Cortázar A de, Pernet J, Piñan O. Repercusiones del coronavirus en poblaciones en situación de vulnerabilidad social: personas migrantes y minorías étnicas. *Escuela Andaluza de Salud Pública* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/repercusiones-del-coronavirus-en-poblaciones-en-situacion-de-vulnerabilidad-social-personas-migrantes-y-minorias-etnicas/>
25. Rojas Herra LA. Territorios: Respuestas sociales y de resistencia desde grupos LGBTIQ en la ciudad frente al COVID-19. *Rev Rupturas*. 2020;10:73–82.
26. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL_COVID-19.pdf
27. Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. «BOE» núm. 62, de 11 de marzo de 2020, páginas 24169 a 24177. 2020.
28. Ministerio de Sanidad. Guía para la prevención y control de la COVID-19 en las explotaciones agrícolas que vayan a contratar a temporeros. Madrid, 2020.
29. Cáritas. Análisis y propuestas de Cáritas para paliar los efectos del COVID-19 en las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social. 2020.
30. Harlem G, Lynn M. Descriptive analysis of social determinant factors in urban communities affected by COVID-19. *J Public Health (Bangkok)*. 2020 Jun 12;:078.
31. Trabajando en positivo. Informe sobre el impacto de la Covid-19 en colectivos en exclusión social y sus necesidades prioritarias [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.trabajandoenpositivo.org/documentos/informe_necesidadesycolectivos_covid19.pdf
32. Editorial. Tackle coronavirus in vulnerable communities. *Nature*. 2020;581:239–40.
33. Turner-Musa J, Ajayi O, Kemp L. Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. *Healthcare*. 2020 Jun 12;8(2):168.
34. Barbieri A. CoViD-19 in Italia: la popolazione senza dimora ha bisogno di protezione. *Recent Prog Med*. 2020;111:e1–2.
35. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*. 2020;136:38–41.
36. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *Lancet Respir Med*. 2020 May 1;8(5):447–9.
37. Lima NNR, de Souza RI, Feitosa PWG, Moreira JL de S, da Silva CGL, Neto MLR. People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;288.
38. Bodenmann P, Pahud-Vermeulen B, Bouche L, Zozaya JS, Bauermeister M, Berzig A. Left behind populations, COVID-19 and risks of health inequities: a guide of the local social-health network (Vaud, Switzerland). *Rev Med Suisse*. 2020;16(N° 691-2):859–62.
39. EAPN. Nuevas necesidades observadas por las entidades sociales ante el coronavirus [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.eapn.es/covid19/publicaciones/10/nuevas-necesidades-observadas-por-las-entidades-sociales-ante-el-coronavirus>
40. Bhopal RS. COVID-19: Immense necessity and challenges in meeting the needs of minorities, especially asylum seekers and undocumented migrants. *Public Health*. 2020;182:161–2.
41. Devakumar D, Shannon G, Bhopal SS, Abubakar I. Racism and discrimination in COVID-19 responses. *Lancet*. 2020;395(10231):1194.
42. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet*. 2020;395(10232):1237–9.
43. EUPHA. Declaración de la sección Salud de migrantes y minorías étnicas (MEM) sobre el COVID 19 - Llamado a la acción [Internet]. Disponible en: https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/EUPHA MEMHcovid19_CASTELLANO.pdf
44. Wang ML, Behrman P, Dulin A, Baskin ML, Buscemi J, Alcaraz KI, et al. Addressing inequities in COVID-19 morbidity and mortality: research and policy recommendations. *Transl Behav Med*. 2020 Jun 16;:ibaa055.

45. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Heal Promot J Aust.* 2020;31(2):158–60.
46. Abuelgasim E, Saw LJ, Shirke M, Zeinah M, Harky A. COVID-19: Unique public health issues facing Black, Asian and minority ethnic communities. *Curr Probl Cardiol.* 2020 Aug 1;45(8).
47. Laster Pirtle WN. Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Inequities in the United States. *Heal Educ Behav.* 2020 Aug 1;47(4):504–8.
48. Niedzwiedz CL, O'Donnell CA, Jani BD, Demou E, Ho FK, Celis-Morales C, et al. Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: Prospective cohort study using UK Biobank. *BMC Med.* 2020 May 29;18(1).
49. Kavoor AR. COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities. *Asian J Psychiatr.* 2020;51(102051).
50. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería Clínica.* 2020 May 16; [In press].
51. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gac Sanit.* 2020;
52. Gallo Rivera MT, Mañas Alcón E. Territorios vulnerables a la violencia de género en tiempos de confinamiento [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.iaes.es/uploads/2/0/8/6/20860996/dt_05_20.pdf
53. Beaunoyer E, Dupéré S, Guitton MJ. COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Comput Human Behav.* 2020 Oct 1;111.
54. Kim SJ, Bostwick W. Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Heal Educ Behav.* 2020 Aug 1;47(4):509–13.
55. Fundación Secretariado Gitano. Impacto de la crisis del COVID-19 sobre la población gitana [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.gitanos.org/upload/15/60/Resultados_Encuesta_a_Participantes_FSG_-_Covid-19__1_.pdf
56. Shah GH, Shankar P, Schwind JS, Sittaramane V. The Detrimental Impact of the COVID-19 Crisis on Health Equity and Social Determinants of Health. *J Public Health Manag Pract.* 2020;26(4):317–9.
57. Bouza E, Pérez-Granda MJ, Escribano P, Fernández-del-Rey R, Pastor I, Moure Z, et al. Outbreak of COVID-19 in a nursing home in Madrid. *J Infect.* 2020;81(4):647–679.
58. Giesen C, Diez-Izquierdo L, Saa-Requejo CM, Lopez-Carrillo I, Lopez-Vilela CA, Seco-Martinez A, et al. Epidemiological characteristics of the COVID-19 outbreak in a secondary hospital in Spain. *Am J Infect Control.* 2020 Jul 11; [In press].
59. Médicos del Mundo. ¿Qué pasa con quienes no tienen casa ni acceso a la sanidad? [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/que-pasa-con-quienes-no-tienen-casa-ni-acceso-la-sanidad>
60. Wang Z, Tang K. Combating COVID-19: health equity matters. *Nat Med.* 2020 Apr 1;26(4):458.
61. Gobierno de Aragón. El Gobierno de Aragón dará de alta a todos los migrantes en el sistema sanitario de forma temporal hasta el 30 de mayo. *Aragón Hoy* [Internet] 2020 [citado el 23/09/2020]. Disponible en: <http://www.aragonhoy.net/index.php/mod.noticias/mem.detalle/area.1050/id.258553>
62. Gobierno de Navarra. El Gobierno de Navarra toma medidas para garantizar la capacidad de la red sanitaria y afrontar el coronavirus. *Navarra.es* [Internet] 2020 [citado el 23/09/2020]. Disponible en: <https://www.navarra.es/es/noticias/2020/03/16/el-gobierno-de-navarra-toma-medidas-para-garantizar-la-capacidad-de-la-red-sanitaria-y-afrontar-el-coronavirus>
63. CERMI. Las personas con discapacidad y sus familias ante la crisis sanitaria del coronavirus: prontuario de necesidades en la gestión inmediata de la pandemia [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/Documento_Discapacidad_y_coronavirus_-_recomendaciones.pdf
64. Save the Children. COVID-19: cerrar la brecha. Impacto educativo y propuestas de equidad para la desescalada [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7086
65. Pineda VS, Corburn J. Disability, Urban Health Equity, and the Coronavirus Pandemic: Promoting Cities for All. *J Urban Heal.* 2020 Jun 1;97(3):336–41.
66. Huete García A. Pandemia y discapacidad. Lecciones a propósito del confinamiento. *Rev Española Discapac.* 2020;8(1):203–7.

67. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK, Morgan R, Klein SL. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ*. 2020 May 25;11(1).
68. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020;14(5):817–23.
69. Jenkins WD, Bolinski R, Bresett J, Van Ham B, Fletcher S, Walters S, et al. COVID-19 During the Opioid Epidemic – Exacerbation of Stigma and Vulnerabilities. *J Rural Heal*. 2020;00:1–3.
70. Arza J, Català L, Francés F, Gil D, González ME, La Parra D, et al. Encuesta Impacto COVID19 Población Gitana [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/COVID-19_Impacto_PoblacionGitana.pdf
71. Rights International Spain, Afrodescendientes. Crisis sanitaria COVID-19: racismo y xenofobia durante el estado de alarma [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.rightsinternationalspain.org/uploads/publicacion/d0b782ac0452e9052241b17a646df19ad4edf12c.pdf>
72. Rodríguez Yagüe C. COVID-19 y prisiones: un desafío no sólo sanitario y de seguridad, también humanitario. *Rev Gen Derecho Penal*. 2020;33.
73. Henry BF. Social Distancing and Incarceration: Policy and Management Strategies to Reduce COVID-19 Transmission and Promote Health Equity Through Decarceration. *Heal Educ Behav*. 2020 Aug 1;47(4):536–9.
74. Burki T. Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10234):1411–2.
75. Medidas de desescalada en centros penitenciarios en relación al COVID-19. 2020.