



connexions



Fins fa poc existia la percepció estesa que la mortalitat i morbiditat humanes s'havien democratitzat en les societats més desenvolupades econòmicament i que comptaven amb sistemes consolidats de benestar social. Les desigualtats en salut, aparentment s'havien superat. A més, semblava que la proliferació de nous riscos ambientals que impactaven sobre la salut humana i el medi planetari afectaven tots els grups socials de la mateixa manera. Es tractava de la democratització del risc. Malgrat aquesta percepció, en aquest article es posarà de relleu que els riscos socials i ambientals incideixen amb més duresa en els sectors de la societat amb menys recursos, i que això es fa especialment patent en relació a la salut i la pandèmia de la Covid-19. L'article també analitzarà algunes implicacions socials de la pandèmia en la infància i la joventut.

Durant les primeres etapes de la pandèmia de la Covid-19, les autoritats de molts països van presentar a la població el missatge que aquest virus no discriminava. La qual cosa implicava assumir que la pandèmia era socialment neutral i que afectava a tota la societat a parts iguals, des

dels famosos i els estaments més benestants, fins els més vulnerables. Aquest va ser el fil conductor d'una narrativa que ha tingut una llarga història davant de diverses crisis socials i que també s'aplica a la Covid-19 i al canvi climàtic. Segons aquest discurs, els impactes de les pandèmies, la degradació del medi ambient i els desastres naturals es distribuïrien de manera democràtica per tota la societat.

Però aquest discurs és incorrecte: els impactes de la Covid-19 i el canvi climàtic, com molts altres fenòmens de salut i ambientals, es distribueixen de manera desigual i afecten més als col·lectius més vulnerables. A mesura que s'ha desenvolupat la pandèmia, s'ha fet evident que les desigualtats socials tenen un paper important a l'hora d'explicar la difusió i els impactes de la malaltia. Les desigualtats socials en salut són una part integral de les societats contemporànies i estan generades en gran part per la injustícia social intrínseca als nostres sistemes socials. Les desigualtats en salut representen les diferències inacceptables en els nivells de salut causades per condicions socials, econòmiques

i ambientals. La premissa és que les desigualtats socioeconòmiques generen desigualtats en salut. Les circumstàncies socioeconòmiques de les diferents comunitats determinen en gran part les seves condicions de vida i de treball, així com la qualitat del seu habitatge, entorn, educació, accés i ús de serveis de salut i estils de vida. Tots aquests elements tenen un impacte notable en la salut de l'individu. És en aquest escenari on s'hi inscriuen fenòmens com la Covid-19 i el canvi climàtic.

En aquest sentit, segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), un dels problemes més inquietants per a les administracions sanitàries és la persistència, i fins i tot l'augment en alguns casos, de les desigualtats en la salut malgrat la consolidació de l'«estat de benestar social» en molts països occidentals. Durant els darrers anys s'han documentat les enormes diferències —desigualtats— en relació amb el nivell de salut viscudes per diferents col·lectius socials.¹ De fet, l'equitat —amb la seva

1 BORRELL; BENACH, *Evolució de les desigualtats en la salut a Barcelona*; MARMOT, *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*; NAVARRO; MUNTANER, *The Financial and Economic Crises and Their Impact on*

La desigualtat en la salut implica diferències inacceptables causades per les condicions socials i econòmiques

implicació de justícia social— representa per a la OMS, un eix central de les seves polítiques de salut. El fracàs parcial en l'objectiu de reduir les desigualtats, ha obligat a una reflexió sobre les causes d'aquestes, per exemple en l'àmbit de la salut, i sobre com aturar la bretxa en els nivells de salut entre els grups més vulnerables i els grups més benestants de la nostra societat.

Hem assenyalat que la desigualtat o iniquitat en la salut implica diferències inacceptables causades per les condicions socials i econòmiques. Les importants investigacions dutes a terme sobre equitat i salut no deixen cap mena de dubte sobre el fet que les desigualtats socials i econòmiques originen desigualtats en el camp de la salut humana. Alguns dels canvis en el mercat laboral —per exemple la precarietat i l'atur de llarga durada— no han fet més que aguditzar-ne les desigualtats.² Aquesta constatació portaria a pensar necessàriament que cal un replantejament de les polítiques

socials i de salut per poder incidir sobre el preocupant creixement de les desigualtats en la salut. La importància sobre equitat i salut ha tornat a tenir una certa visibilitat política, especialment en el context de la Covid-19. Cal remarcar que el debat sobre les desigualtats en la salut ha estat recurrent en la societat moderna, tot i que habitualment s'ha associat més a l'anàlisi dels efectes de la industrialització, la urbanització i la degradació ambiental.

La investigació actual sobre les iniquitats en la salut té precursors importants —la relació de publicacions, estudis, informes, llibres, articles i cròniques sobre aquest tema és realment àmplia i abasta gairebé dos segles. Tant l'epidemiologia com l'anàlisi i crítica social i la geografia mèdica del segle XIX subratllaven la relació entre pobresa, degradació ambiental i salut. Aquests estudis de la realitat social van abastar qüestions com:

a) L'anàlisi dels determinants ambientals i socioeconòmics de la salut en les noves ciutats industrials.

b) L'estudi de variables per examinar el baix nivell de salut de les comunitats pobres, que incloïen: condicions de l'habitatge, densitat de la població, ingressos econòmics, alimentació, processos migratoris, contaminació de l'aire, aigua i sòl, entre d'altres.

La industrialització i urbanització impulsades durant el segle XIX a l'Europa Occidental, amb la seva innovadora forma de producció, la contaminació ambiental i els nous sistemes de treball, van alterar i canviar de forma radical les condicions de vida i treball d'aquestes societats. Les noves morfologies urbanes van conduir a nous models de segregació social i residencial, així com a noves i profundes desigualtats socials. Els barris obrers, les àrees residencials de classe mitjana i les mansions dels rics ocupaven zones específiques i fàcilment identificables de la ciutat. La descripció de les condicions físiques, dels estils de vida i de les condicions de treball de les noves, enormes, brutes, denses, contaminades, superpoblades i gens saludables ciutats van trobar expressió en obres d'anàlisi de la realitat

Health and Social Well-Being.

² BORRELL; BENACH, *Evolució de les desigualtats en la salut a Barcelona*.

La reivindicació de millora de les condicions de la classe obrera se centrava especialment en les condicions sanitàries, de treball i les relacionades amb el medi ambient

socioeconòmica i també en obres de ficció.³ Tots, independentment de les seves opcions ideològiques, coincidien que s'havien canviat, i ampliat, les dinàmiques de les desigualtats i que aquest procés havia impactat especialment en la salut.

Alguns moviments populars i socials, i fins i tot professionals, van denunciar les brutals desigualtats en la salut i van iniciar campanyes a favor d'introduir mesures i polítiques socials i ambientals per pal·liar aquesta situació. Entre aquests moviments hi havia des de grups filantròpics i reformistes, les noves organitzacions obreres amb els sindicats al capdavant, associacions i grups veïnals, i el moviment per la salut pública.

La reivindicació de millora de les condicions de la classe obrera se centrava especialment en les condicions sanitàries, de treball i les relacionades amb el medi ambient. L'estil, el contingut, la composició social i les estratègies d'aquests moviments

eren molt diverses, igual que les seves crítiques de les desigualtats en la salut i les solucions que proposaven per esmenar-les. Per fer-ne un breu esment, a la fi de segle XIX —a l'Europa occidental— les desigualtats en la salut representaven una important controvèrsia. En efecte, la relació entre classe social i nivell de salut havia estat àmpliament demostrada especialment a l'entorn urbà.

En aquest context, la ciutat va passar a ser objecte d'un profund anàlisi social, concretament en l'atenció a la «divisió espacial del treball» i la distribució de riscos. La ciutat reflecteix, i fins i tot exagera, les característiques fonamentals de la societat en què està ubicada. Per tant, la manera de poder identificar l'estructura jerarquitzada i la distribució de riscos d'una societat, amb la seva conseqüent incidència en la salut, és precisament analitzant la ciutat moderna.

L'expressió més visible de l'estructura social, de les diferències i desigualtats de la ciutat, és la segregació social i residencial. La segregació s'associa generalment a intents formals i premeditats de

separar poblacions específiques entre si —utilitzant, per exemple, el criteri ètnic o racial— com va ser el sistema d'*apartheid* de la Sud-Àfrica pre-democràtica. No obstant això, la segregació imposada per factors estructurals o socioecològics és una realitat en totes les grans ciutats. De fet, aquesta segregació social és, per a la ciutadania, una experiència de sentit comú, viscuda de forma quotidiana: tots ells —la gent— tenen assimilat algun tipus de mapa mental i social de les seves ciutats, de com són per exemple els seus diferents veïnats i àrees residencials, amb les seves molt diferents funcions, condicions ambientals, recursos i serveis urbans i vida cultural. Les persones saben, en general, identificar amb gran facilitat els barris obrers, les zones de marginació, així com les àrees residencials de la classe benestant. En efecte, aquests mapes coincideixen normalment, amb destacable precisió, amb els mapes de segregació social traçats per la geografia, la sociologia i l'ecologia urbana.

La geografia o la sociologia poden guiar-se per una sèrie de claus o «pistes» visuals que es poden

³ Com a llibre de ficció: DICKENS, *Temps difícils*. Com a obres d'anàlisi: ENGELS; *La situació de la classe obrera en Anglaterra*; CHADWICK, *Report on the sanitary condition of the laboring population of Great Britain*.

El coneixement de la localització i de la distribució espacial de les classes socials i dels grups exposats a més riscos és important per a una comprensió de la desigualtat en la ciutat

homologar com a «indicadors», per poder elaborar un mapa fiable de distribució de desigualtats o de segregació residencial —efectivament són les mateixes pistes que utilitza el ciutadà del carrer a l'hora de descriure la diversitat social de la seva ciutat. Aquestes claus visuals o indicadors, simplificant molt, poden incloure des de la densitat i la qualitat de l'habitatge; les condicions ambientals; els tipus i la qualitat de serveis públics; o l'activitat cultural, d'oci i que sigui a l'abast de tothom.

El coneixement de la localització i de la distribució espacial de les classes socials i dels grups exposats a més riscos és important per a una comprensió de la desigualtat en la ciutat. La geografia i la sociologia urbana han pogut mostrar no només la ubicació dels grups desfavorits sinó també l'accés i l'ús de recursos i serveis urbans pels diferents grups socials. La qualitat d'aquests béns i serveis —entre ells la sanitat, l'educació, el transport col·lectiu, l'oferta cultural, els espais verds...— s'ha de tenir en compte a l'hora d'analitzar i quantificar l'accés que se'n té.⁴ L'ex-

posició dels diferents grups a les agressions ambientals, ocupacionals i socials al llarg de la seva vida també és d'imprescindible consideració.

Indicadors, segregació i ciutats

La informació dels padrons municipals, conjuntament amb una diversitat d'indicadors socioeconòmics i les claus visuals, fa possible traçar mapes de la diferenciació i desigualtats socials de les ciutats amb la seva àmplia sèrie de barris afavorits o deprimits amb les seves respectives implicacions per a la salut i el benestar. Alguns barris acumulen més riscos —tant socials com ambientals— i a partir d'aquesta realitat diferenciada de la ciutat es poden identificar grans desigualtats en els nivells de salut. Per mostrar aquestes afirmacions amb un cas real, considerant una ciutat com Barcelona —a partir de les dades de 2015 sobre els 73 barris que la conformen—⁵ trobem, per exemple, que la diferència d'esperança de vida més extrema és d'aproximadament deu anys entre el

districte més ric —Sarrià-Sant Gervasi— i el més vulnerable —Nou Barris. Així mateix, en termes d'iniquitats en salut el mapa de distribució de persones infectades per la Covid-19 de Barcelona és prou il·lustratiu.

S'han utilitzat molts indicadors per formular una comprensió adequada de les dimensions espacials de les desigualtats socials i de la distribució de riscos en la ciutat. No obstant això, es presenten diverses dificultats metodològiques respecte a aquests indicadors. Una qüestió problemàtica per a investigadors que duen a terme treballs sociològics comparats, és que la comparació entre països és particularment difícil —hi ha una creixent demanda d'aquest tipus d'estudis en el marc de la UE. Es fa complicada degut a les considerables variacions en la quantitat, qualitat i fiabilitat dels sistemes de classificació emprats per presentar les estadístiques sobre estatus socioeconòmic. En alguns casos, les autoritats censals proporcionen simples categories d'estratificació com ara les classes socials I a V —entenen la I com a classe alta— mentre que en altres s'ofereix una classificació ocupacional llarga, complexa —i molt ma-

ciones políticas para la Ciudad.

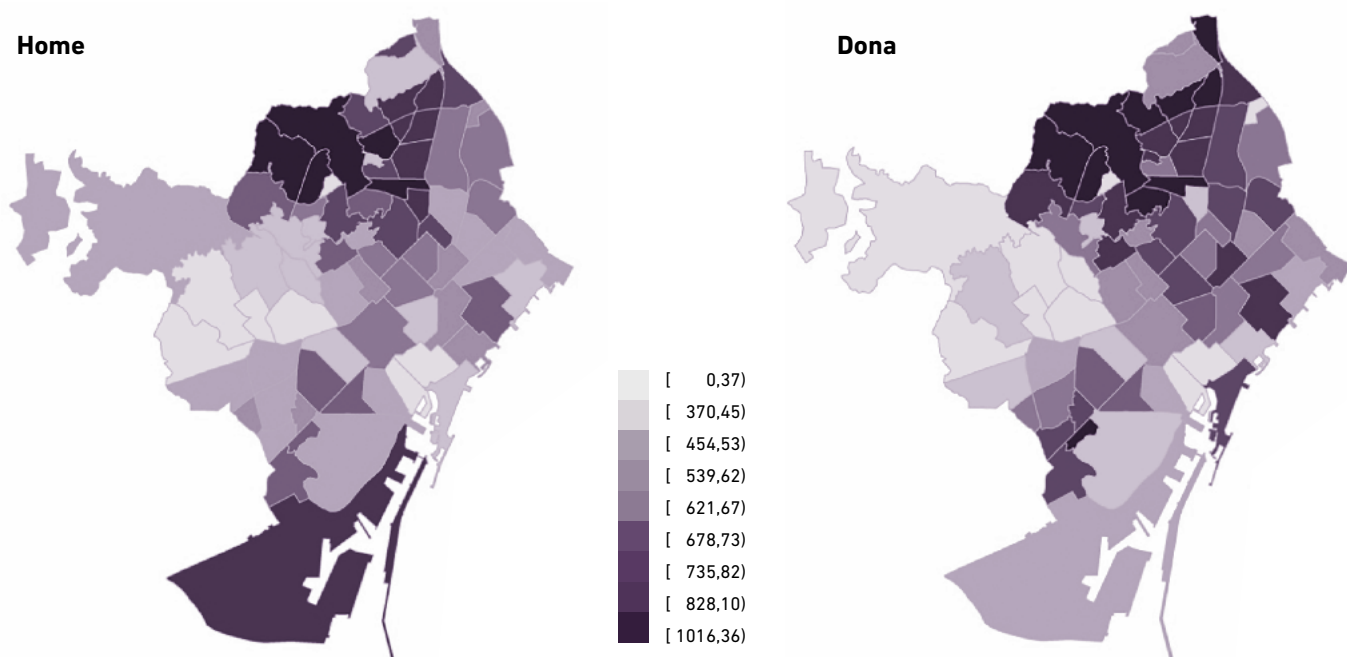
5 BORRELL, «Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona».

4 MIRALLES, CEBOLLADA, *Movilidad y transporte: op-*

La diferència d'esperances de vida més extrema és d'aproximadament deu anys entre el districte més ric –Sarrià-Sant Gervasi– i el més vulnerable –Nou Barris

Figura 1

Incidència acumulada de persones diagnosticades de Covid-19, per 100.000 habitants, per barri de residència i sexe, a la ciutat de Barcelona (12/3/2020-19/4/2020)



Font Mapa extret de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, 2020.

tisada— però també, a vegades, un tant arbitrària. D'aquí la dificultat de comparació. Tot i això, els indicadors que s'han utilitzat per mesurar l'equitat social són ben coneguts i inclouen l'ocupació i el treball; els ingressos personals; el nivell

educatiu adquirit o els anys d'escolarització; l'accés a l'habitatge; i les condicions i qualitat ambiental.

Per descomptat, els indicadors exposats estan relacionats amb les

nocions de classe social, concepte que alguns analistes han qualificat d'ambigu o fosc i que no permet una representació sofisticada i diferenciada de l'equitat social. Tot i les crítiques, el concepte de classe social, és

Els riscos en salut que diversos col·lectius pateixen es multipliquen en el cas de les dones, per motius interseccionals relacionats amb el gènere

encara vigent per a amplis sectors de la sociologia i continua sent considerat rellevant i àmpliament utilitzat en estudis tant empírics com teòrics. En tot cas, i per fugir de debats terminològics, també es pot optar per utilitzar altres categories d'anàlisi que ens condueixen al mateix resultat, com són prendre en consideració a agrupacions socials en situació de risc o grups vulnerables, especialment susceptibles a acumular problemes de salut i benestar. Exemples d'aquest fet serien les minories ètniques; la immigració, especialment l'extracomunitària d'estats en vies de desenvolupament; la població sense feina; les famílies monoparentals, concretament mares solteres; persones amb diversitat funcional o amb algun tipus de necessitat específica; persones sense una ocupació fixa; o persones amb ocupacions de risc.

Els riscos que aquests diversos col·lectius pateixen, es multipliquen en el cas de les dones, per motius interseccionals relacionats amb el gènere —per exemple elements de discriminació múltiple i distintiva en cas de dones migrants, dones amb algun tipus de diversitat funcional,

mares de nuclis familiars monoparentals, personal femení de la neteja d'hospitals...

L'existència d'àrees socialment vulnerables —moltes vegades de fàcil identificació i molt visibles— a la ciutat, amb problemes d'acumulació de desigualtats i riscos té implicacions notables per a les polítiques socials i de la salut. Actualment es pot afirmar que tenim, a dia d'avui a Europa, i com queda palès també a Catalunya a partir dels informes del Síndic de Greuges, unes ciutats molt diferenciades i segregades internament, amb un ampli espectre de desigualtats.⁶

S'ha esmentat que, en el context de la salut, el debat sobre les desigualtats ha persistit durant gairebé dos segles. L'arribada constant de recessions i crisis econòmiques amb les seves seqüeles d'atur, treball precari i altres canvis en el mercat laboral, ha significat una renovada i intensa polèmica sobre l'equitat, els riscos, les desigualtats i les seves conseqüències per a la salut i el ben-

estar social. Un nombre important d'investigacions, van ser publicades des de finals del segle XX. Una de les més conegudes va ser el «Black Report» britànic, encarregat pel govern.⁷ La investigació va destruir el mite establert que durant els anys de postguerra, després de la Segona Guerra Mundial, s'havia arribat a una situació molt més igualitària en relació als nivells de salut dels diferents grups i classes socials. El resum del redactor principal de l'informe, Peter Townsend, va ser contundent:

«Tot i els 30 anys d'un Servei Nacional de Salut expressament dedicat a facilitar una atenció igual per a tots, continua havent-hi un notable classisme en els estàndards de salut. En efecte, aquest nivell de classisme sembla ser més evident a la Gran Bretanya comparat amb altres països comparables i fins i tot sembla ser que les desigualtats van en augment. Durant els darrers 20 anys, fins a començaments dels anys 1970, que abasta l'informe, les taxes de mortalitat tant en homes com en dones de 35 o més anys d'edat i

6 SÍNDIC DE GREUGES, «Informe segregació escolar»; SÍNDIC DE GREUGES, «Pacte contra la segregació escolar a Catalunya, un compromís per a l'èxit educatiu».

7 TOWNSEND, DAVIDSON, *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*.

La retirada d'infants i joves de l'escola presencial sovint ha acabat conduint a una major exclusió i risc de vulnerabilitat de les persones ja excloses

pertanyents als grups I i II han anat disminuint regularment mentre que les dels grups IV i V fins i tot s'ha deteriorat».⁸

La salut del jovent i la pandèmia de la Covid-19

Es pot afirmar que la pandèmia de Covid-19 és molt més que una crisi mèdica/sanitària: és profundament social, i té un molt notable impacte en la vida diària, agreujant les desigualtats socials i la discriminació de gènere.⁹ Un efecte molt concret de la pandèmia, però menys visible per no haver estat en el focus mediàtic ni en les actuacions més urgents a nivell sanitari, ha estat l'impacte de la pandèmia sobre infants i joves, i especialment de les nenes i les adolescents —pels motius

descrits anteriorment relacionats amb la interseccionalitat de gènere. Des de l'inici de la Covid-19, en els casos on ja hi havia una exclusió social d'entrada —o algun tipus de context de vulnerabilitat— la retirada d'infants i joves de l'escola presencial sovint ha acabat conduint a una major exclusió i risc de vulnerabilitat de les persones ja excloses, tal com es va posar de manifest durant el tancament de la primera onada.¹⁰ Alguns exemples d'aquesta exclusió serien: la dificultat d'obtenir suport extra per les tasques escolars en els casos on la realitat socioeconòmica de les famílies els fa difícil l'acompanyament dels deures dels seus infants a casa; les difícils condicions en algunes llars amb problemes de pobresa energètica —com s'ha posat de manifest per exemple en la crisi de la Cañada Real—¹¹ o la bretxa digital que han afectat els processos d'aprenentatge de nenes i nens. I aquests fets que afecten als joves i a infants, també ha replicat als nuclis

familiars, per exemple amb la dificultat de conciliació i especialment de mares monoparentals, on moltes vegades s'hi suma la precarietat laboral i econòmica que moltes ja tenien i el fet d'haver de mantenir l'atenció educativa dels seus infants. I entre moltes d'altres situacions.

Altres aspectes com el confinament i els períodes de quarantena per a infants i joves, ha implicat una sobreexposició —com a consumidors i també com a productors de continguts— a nous riscos relacionats amb el fàcil accés al món digital: han estat un *target* fàcil de marques comercials, xarxes socials i altres internautes amb pocs escrúpols, aprofitant-se de la inexpertesa d'aquests infants.¹² Sense els filtres habituals relacionats amb altres situacions d'activitats extraescolars o trobades amb amics i familiars, on l'accés podria estar més mediat o limitat, els infants s'han vist sobreexposats a les xarxes i també al consum mediàtic

8 Ibídem.

9 REFERENCE GROUP FOR MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN EMERGENCY SETTINGS, «Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak»; LOGIE; TURAN, «How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research»; RAMCHANDANI, «Children and COVID-19»; SAVE THE CHILDREN, «Adolescent girls and COVID-19: GBV risks and response»; STIDHAM, Kelli (et al.), «Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response»; UN WOMEN, «COVID-19 and ending violence against women and girls».

10 ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION, «Technical note on the protection of children during the coronavirus pandemic»; ONU, «The impact of COVID-19 on children».

11 PÉREZ, «Esperando que se haga la luz en la Cañada Real entre la nieve y el hielo».

12 OCDE, «Combatting COVID-19's effect on children»; ONU, «Policy brief: The impact of COVID-19 on children»; GAO, Junling (et al.), «Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak»; TASNIM; HOSSAIN; MAZUMDER, «Impact of rumors or misinformation on COVID-19 in social media».

Rols tradicionals i històricament opressius han ressorgit com a riscos derivats de la pandèmia

de la televisió donat que en alguns casos servia per donar un marge de descans a famílies ja superades per la creixent situació de crisi econòmica i social. D'altra banda el creixent sedentarisme dels infants que ja patien riscos com l'obesitat i asma per la seva situació en contextos de desigualtat socioeconòmica, s'ha vist agreujat amb aquest augment de dependència de les xarxes i el món mediàtic, incrementant també el seu futur risc de patir malalties de tipus cardiovascular o sindèmiques —amb impacte evident sobre les seves futures oportunitats laborals i quotidianes.

Evidentment per als infants la pandèmia també ha significat un greu pèrdua en els seus processos de socialització quotidians, perdent oportunitats de trobada i aprenentatge entre iguals, generant situacions de malestar psicològic i inestabilitat emocional. Aquests efectes, actuen sobre uns infants amb ja poques eines d'autogestió psicològica i que arrossegaran seqüeles en els propers anys.

En relació amb les nenes i les adolescents, aquesta etapa de pandèmia

també ha suposat un greu retrocés en els seus drets i en la cerca de referents alternatius als tradicionalment imposats al seu gènere: en molts casos ha significat tornar a veure's abocades a desenvolupar i internalitzar, per raons d'estereotips de gènere, els rols de cura i d'assumpció de rols de la llar, davant situacions on a la crisi de salut se li sumava la crisi econòmica familiar. Uns rols tradicionals i històricament opressius que han ressorgit com a riscos derivats de la pandèmia. També el major accés per part de les nenes i adolescents a les xarxes, en un context de manca de regulació dels contingut audiovisuals —que comença a posar-se en qüestió amb les reaccions de Twitter, Facebook i altres xarxes davant el creixement del discurs de l'odi i altres discursos retrògrads o sexistes a les xarxes— ha suposat que consumeixin un major nombre de continguts on s'assumeix com a natural una imatge sexista i hipersexualitzada. En aquest sentit s'ha perdut l'oportunitat de visibilitzar, en igualtat de condicions mediàtiques i professionals, a les científiques i les professionals de la salut, qui podien aportar també una informació de gran qualitat informa-

tiva i sanitària a tota la població i, en general, en l'àmbit de l'esfera i acció pública. Malauradament l'aplaudiment del món de la sanitat que es produïa cada nit durant un període dilatat als carrers i balcons, no anava acompanyat del reconeixement *de facto* econòmic, mediàtic ni laboral de moltes d'elles. Davant la situació d'emergència, moltes sanitàries indirectament veien retallada la seva veu i la seva imatge pública com a expertes científiques i de la salut i, en canvi, eren hipervisibilitzades com subordinades als experts científics i acotades bàsicament a l'àmbit de la cura al pacient, tornant així a reprendre la imatge estereotipada tradicional de la dona com a persona dedicada a l'àmbit de les cures.

Aquests són problemes menys visibilitzats, però que malgrat tot, incideixen sobre la infància i la joventut i que sovint són oblidats davant dels impressionants impactes en la morbiditat i mortalitat de la població adulta i especialment entre les persones d'edat més avançada.

En aquest context de vulnerabilitat, el benestar de les nenes i els nens depèn molt de les circumstàncies

socials i econòmiques de l'entorn domèstic. Tot i que s'ha demostrat que la salut física dels infants està menys afectada per la Covid-19, s'ha d'entendre que la salut i el benestar no són només un estat mèdic o físic, sinó que, segons l'OMS, la salut «és un estat de benestar físic, mental i social complet, i no només l'absència de malalties». Amb aquesta definició àmplia del concepte de salut, és rellevant considerar els impactes de la pandèmia en infants i joves, tot i que per raons evidents, s'ha posat més èmfasi mediàtic en la gent gran i el personal sanitari, que han estat el focus de major atenció i preocupació de l'opinió pública. En aquest context s'ha prestat menys atenció a aquells que, de manera indirecta i de manera menys visible, també s'han vist greument afectats, inclosos els infants, i de forma especial hi ha hagut una incidència concreta en les nenes i les joves per motius de discriminació interseccional de gènere.

Tot i que la salut física dels nens i de les nenes sembla estar menys afectada per la Covid-19 en comparació amb la població adulta, el seu benestar i accés a l'educació durant els tancaments es pot veure

greument afectat segons les condicions econòmiques i socials del seu entorn. Una situació que pot conduir a una exclusió efectiva del sistema educatiu que agreujarà la seva vulnerabilitat en el futur. En el seu informe, publicat al 15 d'abril del 2020, l'ONU ja va advertir que «els efectes nocius d'aquesta pandèmia no es distribuïran per igual. S'espera que els més perjudicials siguin per als nens i nenes dels països més pobres i dels barris més pobres i per als que ja es troben en situació de desavantatge o vulnerabilitat». De nou, per tant, es confirma que els impactes a la salut es veuen condicionats pels elements socioeconòmics, tant del país com personals i de l'entorn. Per combatre les desigualtats de salut, cal fer-ho enfrontant-se als condicionants socials que les formen. ■

■ Bibliografia

ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION. «Technical note: Protection of children during the coronavirus pandemic» [en línia]. Disponible a: <www.alliancecpa.org>.

BENACH, Joan (et al.). «La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña». A *Gaceta sanitaria*, núm. 29 (5), pàg. 275-278, 2015.

BORRELL, Carme; BENACH Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Barcelona*. Barcelona: Fundació Bofill, 2005.

BORRELL, Carme. «Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona». A *Gaceta sanitaria*, núm. 34 (1), pàg. 69-76, 2020.

CHADWICK, Edwin. *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. Edinburg: Edinburgh University Press, 1987.

DICKENS, Charles. *Temps difícils*. Barcelona: Edicions 62, 2002.

ENGELS, Friedrich. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Akal, 2020.

ESPLUGA, Josep; LEMKOW, Louis; BALTIERREZ, Josep. *Desempleo juvenil, exclusión social y salud*. Barcelona: Icària, 2004.

GAO, Junling (et al.). «Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak» [en línia]. A *Plos one*, núm. 15 (4), 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

LEMKOW, Louis; ESPLUGA Josep. *Sociología ambiental: Pensamiento socioambiental y ecología social del riesgo*. Barcelona: Icària, 2017.

LOGIE, Carmen H.; TURAN, Janet M. «How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research» [en línia]. A *AIDS and Behaviour*, núm. 24, pàg. 2003-2006, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

MARMOT, Michael. *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*. Londres: The Marmot Review, 2010.

MIRALLES, Carme; CEBOLLADA, Angel. *Movilidad y transporte: opciones políticas para la Ciudad*. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.

NAVARRO, Vicenç; MUNTANER, Carles. *The Financial and Economic Crises and Their Impact on Health and Social Well-Being*. Oxford: Routledge, 2014.

OCDE. «Combating COVID-19's effect on children» [en línia]. 2020. Disponible a: <www.oecd.org>.

OMS. «Constitution of the World Health Organisation» [en línia]. Disponible a: <www.who.int>.

ONU. «Policy brief: The impact of COVID-19 on children» [en línia]. De 15 d'abril de 2020. Disponible a: <www.un2.un.org>.

PÉREZ, Sofía. «Esperando que se haga la luz en la Cañada Real entre la nieve y el hielo» [en línia]. A *Eldiario.es*, de 15 de gener del 2021. Disponible a: <www.eldiario.es>.

SAVE THE CHILDREN. «Adolescent girls and COVID-19: GBV risks and response» [en línia]. 2020. Disponible a: <www.savethechildren.org>.

SÍNDIC DE GREUGES. *Informe segregació escolar* [en línia]. 2016. Disponible a: <www.sindic.cat>.

SÍNDIC DE GREUGES. «Pacte contra la segregació escolar a Catalunya, un compromís per a l'èxit educatiu» [en línia]. 2019. Disponible a: <www.sindic.cat>.

SÍNDIC DE GREUGES. *Informe salut i drets en la crisi de la Covid-19* [en línia]. 2020. Disponible a: <www.sindic.cat>.

STIDHAM, Kelli (et al.). «Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response» [en línia]. A *The Lancet*, núm. 395 (10231), pàg. 1175-1177, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

TASNIM, Samia; HOSSAIN, Md Mahbub; MAZUMDER, Hoimonty. «Impact of rumors or misinformation on COVID-19 in social media» [en línia]. A *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, núm. 53 (3), pàg. 171-174, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

TOWNSEND, Peter; DAVIDSON, Nick. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. Harmondsworth: Penguin Books, 1982.

RAMCHANDANI, Paul. «Children and COVID-19» [en línia]. A *NewScientist*, núm. 246, pàg 3277, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

REFERENCE GROUP FOR MENTAL HEALTH
AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN
EMERGENCY SETTINGS. «**Briefing note on
addressing mental health and psychosocial
aspects of COVID-19 outbreak**» [en línia]. A
IASC, 2020. Disponible a: <[www.cumming.
ucalgary.ca](http://www.cumming.ucalgary.ca)>.

UN WOMEN. «**COVID-19 and ending violence
against women and girls**» [en línia]. 2020.
Disponible a: <www.unwomen.org>.