



ARTÍCULO ESPECIAL

El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria



Soledad Vázquez-Santiago^a y Francisco Garrido Peña^{b,*}

^a Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Departamento de Derecho Penal, Filosofía del Derecho, Filosofía Moral y Filosofía, Universidad de Jaén, Jaén, España

Recibido el 31 de agosto de 2015; aceptado el 9 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 2 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Ambiente;
Desigualdad de género;
Igualdad de género;
Instituciones de la mujer;
Salud;
Sesgo;
Sociosanitario

KEYWORDS

Environment;
Gender inequality;
Gender equality;
Women institutions;
Health;
Bias;
Socio-health

Resumen Las condiciones sociales son el ambiente primero que modulan los factores externos que tienen impacto en la salud. A su vez, el género es un factor decisivo dentro de esos determinantes sociales de la salud. En este trabajo analizamos los sesgos de género del sistema sanitario como parte relevante dentro de los determinantes sociales. Distinguimos 3 tipos de sesgo: cognitivo, social e institucional. En los sesgos institucionales analizamos los riesgos y los costes de género derivados de la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de protección social, y finalmente proponemos una serie de medidas para minimizar estos sesgos y riesgos.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Gender perspective in socio-health care needs

Abstract Social conditions are the first environment that modulate external factors which impact on health. In turn gender is a decisive factor in these social determinants of health. This paper analyzes gender bias in the health system as a relevant part in social determinants. We can distinguish three types of bias: cognitive, social, and institutional. In the institutional biases, we analyze the risks of gender and costs originated from the coordination between the health system and the system of social protection. Finally, we suggest a series of measures to minimize these biases and risks.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fpena@ujaen.es (F. Garrido Peña).

Introducción

Los determinantes sociales de la salud representan un campo de investigación que ya no puede ser eludido, tanto por parte de las ciencias sociales como de las mismas ciencias de la salud¹. La penetración de los factores sociales en la calidad de vida y la salud de los individuos es tan potente, que va más allá de la conocida relación entre pobreza y enfermedad y alcanza a condicionar todo el sistema de salud desde el plano cognitivo hasta el institucional. La desigualdad que se incrusta en el tejido social incide en una construcción científica y/o asistencial sesgada que penaliza los sectores con menos renta o poder político. Los sesgos sociales condicionan el mapa de patologías, pero también la mirada clínica y la atención sanitaria; son la causa principal de múltiples errores, ineficiencias e inequidades que hay que conocer y corregir².

De entre estos determinantes sociales de la salud, uno de los más persistentes, severos e invisibles es aquel que afecta a las mujeres³. Los sesgos de género están presentes en cada uno de los niveles del sistema de salud y son una fuente de mala ciencia, de mala praxis y de un distorsionado enfoque institucional⁴.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión conceptual y teórica sobre la presencia de estos sesgos de género en el sistema de salud en 3 planos: los sesgos cognitivos que inducen a errores en la investigación, en el diagnóstico y en el abordaje de las patologías de las mujeres; el sesgo social, que ignora la situación de las mujeres dentro de la etiología de la enfermedad, y por último el sesgo institucional de los modelos sanitarios que invisibiliza (psicologiza las patologías físicas) y al mismo tiempo sobredimensiona (medicaliza la desigualdad y el estrés social crónico) a las mujeres y a sus condiciones concretas de vida⁵.

Tras esta revisión nos centraremos en analizar básicamente la presencia del sesgo institucional asociado a los modelos de gestión sanitaria. Queremos advertir de manera notoria que los sistemas de señales nos informan sobre los costes ocultos de género tanto en la privatización como en la medicalización. Así, el mayor interés inmediato reside en las alternativas socializadoras (no hospitalocéntricas) que aparecen en los programas de reforma alternativos. A nuestro juicio, una reforma socializadora (comunitaria) que no tenga en cuenta el enfoque de género puede tener, de facto, unas consecuencias perversas similares a lo que en economía se denomina «familiarización» (es decir, hacia un desplazamiento de «costes» desde el sistema público hacia las mujeres).

Entendemos, por tanto, que esta revisión es ahora pertinente, no solo debido a la todavía manifiesta debilidad del enfoque de género en salud, sino principalmente por el momento de cambio que vive nuestro sistema público de salud, asediado tanto por privatizaciones y biotecnología como por las ineficiencias y medicalización. Las reformas, según vayan en un sentido u otro, obligarán a una mayor coordinación de los sistemas sanitario y social, o a una desconexión total y fatal. En el primero de los casos, la integración sociosanitaria, la inclusión de la perspectiva de género en los escenarios y horizontes de futuro, es fundamental si no se quiere incurrir de nuevo en viejos errores y añadir costes que el actual modelo había, al menos en parte, mitigado.

Los sesgos cognitivos de género

La medicina ha utilizado un modelo de cuerpo que formalmente era asexuado (válido para los 2 sexos) pero que en realidad era estrictamente androcéntrico². El cuerpo masculino, como el género gramatical, representaba al universal humano. De ahí que gran parte de la información, la formación y la percepción clínica haya sido insensible a las diferencias de sexo (biológicas) y, aún más, de género (sociales).

Esta insensibilidad hacia la diferencia sexo/género ha tenido como inevitable consecuencia la formación de «marcos cognitivos» clínicos cargados de un profundo sesgo de género que han provocado un fuerte impacto en la formación de los profesionales y las disciplinas médicas⁶. Los mismos indicadores y categorías clínicas están en muchos casos sesgados por una visión androcéntrica del cuerpo, de la salud y de la enfermedad⁷.

El «ojo clínico» ha sido, pues, un «ojo masculino». Esto ha implicado la invisibilización del cuerpo de la mujer en todo aquello que no afectara directamente a la eficacia reproductiva. Este sesgo cognitivo de género ha dado como resultado graves errores desde el punto de vista científico y sanitario, con efectos fatales para la salud y la calidad de vida de las mujeres. A la par que estos sesgos eran el resultado de una desigualdad inicial proveniente del sistema sexo/género social, estos mismos sesgos han contribuido también al mantenimiento y a la legitimación de una visión amputada y dependiente de las mujeres. La medicina ha sido un baluarte esencial en la conversión de las mujeres en exiliadas de su propio cuerpo.

Los sesgos cognitivos en salud se han concentrado en 3 campos concretos: la investigación, el diagnóstico y las terapias².

En la investigación, la orientación reproductiva y patriarcal ha excluido a las mujeres de espacios tan relevantes como los ensayos clínicos o los estudios epidemiológicos. Los grupos en los que se han testado nuevos medicamentos o nuevas terapias han sido ciegos al género. El diseño experimental de los ensayos clínicos ha ignorado el género a la hora de la selección de los grupos experimentales. El resultado es que cada vez que se ha logrado conocer el sexo de los participantes, la presencia masculina era abrumadora, si no absoluta⁸. Igualmente, aunque en menor medida, ha ocurrido en los estudios epidemiológicos. En la selección de las patologías prioritarias y en la asignación de recursos, el sesgo de género también ha estado presente.

En el ámbito de la sintomatología se han asumido como universales los síntomas del cuerpo masculino, ignorando la sintomatología del cuerpo de la mujer. Esto explicaría el gradiente de morbilidad de las mujeres, con respecto a los hombres, en aquellas patologías donde las diferencias de género en los síntomas son más acusadas.

De las distorsiones introducidas por el fuerte sesgo cognitivo en el campo de la investigación y el diagnóstico se ha deducido un abordaje terapéutico muy defectuoso, en el que se han ignorado los efectos adversos específicos de las mujeres y se ha minimizado el esfuerzo terapéutico sobre aquellas patologías o síndromes que tenían una mayor incidencia o gravedad en las mujeres⁶.

El sesgo de género social

La desigualdad, y la desigualdad de género entre ellas, tienen un origen social; esto significa que es en el seno de la sociedad civil donde germinan y se producen las desigualdades sociales en el marco de las sociedades modernas capitalistas. La desconexión tradicional entre el sistema sanitario y las desigualdades sociales en que se articula la sociedad civil (de clase, etnia, o género) ha facilitado que el sistema sanitario fuera, en gran medida, ciego ante las condiciones de vida asimétricas en que se desenvuelven los hombres y mujeres en su vida cotidiana (familiar, laboral, recreativa, sexual, etc.). La medicina no solo operaba como si el cuerpo de las mujeres fuera idéntico al de los hombres, sino también como si las condiciones de vida y de reproducción fueran idénticas.

Pero no existe un único modelo de cuerpo, pues no solo está escindido por el sexo (biología), sino que también lo está por el género, y omitir esta diferencia es en lo que consiste el sesgo social de género en salud, o lo que es igual, de condiciones sociales desiguales.

Este sesgo hace que se ignoren la doble explotación, el trabajo doméstico oculto, las tareas de cuidado y de reproducción. En este sentido, la dominación masculina ante un universo de patologías y de clínicas distintas ha elaborado un tipo de respuesta distinta, aparentemente contradictorio: por un lado, la insensibilidad hacia las condiciones sociales desiguales, y por otro, la medicalización del malestar social de las mujeres, como si de patologías exclusivamente somáticas se trataran. El sesgo cognitivo ignora, o malinterpreta, los síntomas físicos y los psicologiza, mientras que el sesgo social ignora los malestares sociales convirtiéndolos en físicos. En ambos sesgos —y aquí se muestra que la contrariedad era solo una apariencia— se ignora la asimetría y la desigualdad de género en salud, ya que es habitual partir de un paradigma biomédico, olvidando que para una atención integral y equitativa necesitaríamos paradigmas que partan de la teoría biopsicosocial, donde la salud-enfermedad sea un proceso y que en su definición intervenga también la experiencia del o de la paciente tomado como sujeto, y que contemple las relaciones de poder entre hombres y mujeres⁹.

En conclusión, el sesgo social en salud se concreta, pues, en la representación y la naturalización del rol social de las mujeres como subalternas, cuidadoras y reproductoras. Si analizamos cómo operan estos roles sociales en el ámbito sanitario, nos encontramos con la aparición del tercer tipo de sesgo de género que hemos enunciado: el sesgo institucional.

El sesgo institucional

Este sesgo es el resultado de la interacción del sesgo cognitivo y del sesgo social y comporta un diseño institucional de los dispositivos del sistema de salud marcado por la discriminación de género. Hablamos de dispositivos como los de la estructura de las profesiones sanitarias, la asignación y selección de las especialidades o los programas y planes de salud.

El sesgo institucional incorpora y presupone los roles que el sesgo cognitivo y social adjudica a las mujeres, y

que podemos concretar en tres: subalternidad, cuidado y reproducción.

La subalternidad social de género en las profesiones sanitarias ha sido ejemplificada por 2 medios. a) La feminización del estatus profesional, institucional y normativamente subalterno, como el de enfermeras, matronas o auxiliares, profesiones en las que encontramos una infravaloración de sus capacidades y metodologías. Así sucede en el caso de los enfoques comunitarios, sistémicos o socioafectivos de la salud, propios del paradigma enfermero. b) La masiva incorporación de mujeres a la profesión médica, a partir de los años setenta del pasado siglo, ha sido en parte esterilizada a través de currículos ocultos por medio de dispositivos informales de selección y categorización, según el género, de las especialidades o de los estatus profesionales¹⁰.

Se trata, pues, de empezar lanzando una mirada sexuada a la práctica profesional e identificar la presencia de hombres y mujeres, así como de los espacios que ocupan en las profesiones sanitarias y el papel directivo o subordinado que ejercen, tanto en la clínica como en los procesos de selección y evaluación de la sociedad del conocimiento en relación con la salud¹¹.

El acceso a la universidad, que ya es mayoritariamente femenino, en el caso de las ciencias de la salud es una prioridad para las mujeres, aunque existe aún en este campo una tendencia a perpetuar ciertos valores de género asignados a las titulaciones y profesiones. Es por ello que, aunque se han feminizado titulaciones tradicionalmente masculinas como medicina y farmacia, las mujeres se siguen situando mayoritariamente en carreras más relacionadas con los aspectos del cuidado y hasta hace poco consideradas como subalternas, como en el caso de enfermería o matrona, que siempre han sido profesiones feminizadas.

Si analizamos el acceso a tercer ciclo, nos encontramos, que a pesar del aumento significativo de mujeres que realizan la defensa de sus tesis doctorales, siguen infrarrepresentadas en relación al porcentaje de las que se licencian; al ser estudios más prolongados en el tiempo, quizá estén presentes los mandatos de género en relación a la maternidad y las dificultades para la conciliación familiar.

Con relación a los servicios de atención sanitaria, la situación que se vive puede equipararse a la existente en la universidad o en la investigación: las mujeres son mayoría en el sistema sanitario, con más del 70% del personal total, pero ocupan en mayor medida que los hombres puestos no cualificados en la estructura sanitaria, según datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios de Atención Especializada (el 45% médicas, el 89% enfermeras y el 91% técnicas y auxiliares). Por el contrario, los puestos de trabajo cualificado están ocupados, en su mayoría, por hombres¹².

Por especialidades, hay un primer grupo donde en la plantilla existe una clara masculinización. Esta se sitúa en áreas como cirugía, medicina interna, traumatología, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría, servicios centrales, unidad de cuidados intensivos y urgencias, con menos de un 40% de representación femenina. Sobre todo es destacable el caso de dirección y gestión sanitaria, pues las médicas no llegan al 26% en puestos directivos.

El segundo grupo reúne las titulaciones y/o especialidades en las que la representación de las mujeres en la

plantilla total se sitúa entre el 40 y el 60%, y copada por profesiones feminizadas, en su base formativa y laboral, como es el caso de enfermería o matronas, y que se concentra mayoritariamente en hospitales. Aquí ellas, en relación a ocupar cargos de dirección intermedios, llegan al 46%.

En el caso de atención primaria, la tendencia se mantiene: hay un 63% de mujeres, y estas se sitúan fundamentalmente en los niveles más bajos de la estructura de personal, ya que del total de representación femenina (2/3 de la plantilla), el 80% son enfermeras y el 70% personal no sanitario. El tercio restante se encuentra en medicina de familia, donde los hombres son mayoría.

A esto hay que añadir datos relevantes, como que el número de médicos especialistas es mayor al de mujeres, y de cómo se sitúan: ellas más en el sector público y ellos más a caballo entre lo público y lo privado, o circunscritos al privado en exclusividad.

Por último, se deben añadir las diferencias salariales entre las y los profesionales, que se sitúa en torno al 38% y que se explican por la temporalidad de los contratos de las mujeres —y por tanto menos tiempo trabajado— y porque los hombres perciben más complementos, en modo de incentivos o guardias, y ocupan los puestos de mayor rango, con sueldos más elevados.

En definitiva, observamos que el estereotipo de género está aún muy marcado en las profesiones sanitarias. No es casualidad que las mujeres constituyan una clara mayoría en las especialidades relacionadas con el cuidado, y que tienen una menor cualificación (diplomaturas, ciclos superiores) en las especialidades en las que se concentran los hombres. Incluso, dentro del mismo estamento, en los servicios y especialidades más relacionados con lo científico-tecnológico, y en relación a ocupar cargos de responsabilidad, la presencia de hombres es mayor que la de mujeres, que ocupan cargos intermedios o de base¹³.

En la base explicativa de esta realidad laboral, volvemos a toparnos con el dilema entre la presión por la reproducción familiar y la necesidad de desarrollo profesional, un conflicto que no es fácil de resolver y que tiene consecuencias en lo personal y en lo profesional. Por su singularidad, el caso de las médicas es resaltable, ya que, como otras profesiones, la medicina tiene una identidad sexual establecida mediante estereotipos de género, que actualmente sigue siendo masculina. Así, las médicas buscan la manera de armonizar los mandatos de género y la forma de asentarse en la profesión y construir sus propios perfiles identitarios.

En este sentido, diversos estudios señalan que las médicas ejercen un modelo de atención más centrado en la persona, a la que dedican consultas de más tiempo, con transmisión de mayor información y participación del/de la paciente en la toma de decisiones clínicas que le afectan. A pesar de ello, esto no siempre es un valor reconocido, en parte por la presión de la productividad propia del sistema sanitario y su modelo hegemónico androcéntrico.

Otro ejemplo del sesgo institucional es la presencia, mayor o menor, del género en los planes, programas e indicadores de salud, según el criterio analítico propuesto por Dardet, donde se evalúa la visualización del género en virtud de los objetivos simbólicos y de los objetivos operativos de los planes. Los resultados de este estudio muestran la debilidad del enfoque de género en la planificación y la programación sanitaria, lo cual disminuye la eficiencia clínica

y lastra la utilidad social de estos instrumentos de política sanitaria. Si la planificación sanitaria ignora el enfoque de género, está permitiendo la perpetuación de inequidades e ineficiencias que los sesgos introducen en el sistema sanitario¹⁴.

Los costes ocultos de género de la coordinación sociosanitaria

La separación entre el sistema sanitario y las desigualdades sociales es, tal como hemos visto, una fuente vigorosa de sesgos en el sistema de salud. No cabe duda, pues, que para deconstruir esos sesgos es necesario suturar la brecha que separa al sistema de salud y las desigualdades sociales. Y esto en el plano institucional pasa por cambios en el sistema de salud y por incrementar su coordinación con el sistema de protección social.

Pero estos cambios, así como la coordinación con el sistema de protección social, no están exentos de riesgos ocultos y efectos perversos que pueden implicar un aumento indeseado en la desigualdad de género dentro de las políticas de salud. Para entender estos riesgos, primero es necesario contextualizar el momento en que se encuentra el sistema público de salud, atrapado en un círculo diabólico entre el endeudamiento, que lo impulsa hacia privatizaciones y recortes, y los modelos estatales y hospitalocéntricos, que a su vez promueven la socialización de los servicios, como asevera la «crítica artística» de Boltansky¹⁵.

Entre estas tendencias opuestas y enfrentadas, la privatización y la socialización de los servicios sanitarios, hay un punto de equilibrio que los actores (Estado y ONG) en litigio pueden adoptar como óptimo: el desplazamiento hacia el ámbito familiar de los servicios y cuidados, con el apoyo imprescindible de servicios privatizados, y la retirada del Estado en muchas prestaciones. El Estado gasta menos, las empresas cogen parte del pastel y las ONG ven su modelo teórico (la desmedicalización) y sus intereses de autorreproducción corporativa fortalecidos.

Si a este perverso punto óptimo de acuerdo entre privatizadores y socializadores le unimos que el sistema de protección social está básicamente privatizado en su gestión (a diferencia del sistema de salud), entenderemos la enorme viabilidad que una alternativa de este tipo puede encontrar sin que nadie intencionalmente lo haya previsto¹⁶.

Pero ¿qué significa desplazar hacia «la comunidad» o hacia «la familia» los servicios que hoy están en manos del Estado? La comunidad, y en mayor medida «la familia», son expresiones eufemísticas que ocultan la asignación de costes de género que nadie quiere asumir ni pagar. Como ya hemos indicado, la «familiarización de la economía» es sinónimo de feminización de los costes ocultos de la reproducción social y económica.

Para evitar estos efectos perversos, es fundamental la colocación de filtros y controles reflexivos e institucionales en los que el enfoque de género juegue un papel central en el diseño y la monitorización de las reformas. Entre los objetivos centrales de estas reformas y la coordinación sociosanitaria hay que desalojar a la eficacia económica y a la familiarización de los servicios y prestaciones. Por el contrario, debe ser la eficiencia clínica, el bienestar, la autonomía y la igualdad los indicadores que presidan el cuadro de mandos de las reformas. No se trata de reducir

recursos económicos públicos, sino de reorientar y reasignarlos. Tan necesario es convertir a los y las pacientes en expertos sanitarios, como convertir a los profesionales sanitarios en expertos de las dimensiones sociales de la salud.

Por último, todos los planes, programas y proyectos sobre las reformas y la coordinación sanitaria han de ser cribados por el enfoque de género mediante estudios de evaluación del impacto de género de los mismos. Por ello entendemos que es fundamental seguir insistiendo en investigaciones empíricas que visibilicen el trabajo oculto (cuidado informal) que las mujeres realizan en el trabajo doméstico y en el mismo sistema de salud público¹⁷.

Conclusiones

Proponemos un conjunto de conclusiones que pueden ser vistas a su vez como propuestas aproximativas que tienen el doble propósito de integrar los determinantes (género) y de depurar lo máximo posible los sesgos de género en el sistema de salud.

1. Existe un triple sesgo de género en el sistema de salud: sesgo cognitivo, sesgo social y sesgo institucional.
2. Este triple sesgo tiene un fuerte impacto sobre la calidad científica, la atención clínica y el bienestar y la salud de las mujeres.
3. Estos sesgos suponen también consecuencias negativas sobre la equidad de género, pues contribuyen al mantenimiento y a la legitimación de un estatus subalterno y dependiente de las mujeres.
4. La necesaria coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de prestaciones sociales puede conllevar efectos perversos, al desplazar al ámbito del trabajo oculto de las mujeres, costes y tareas que deberían ser asumidos por el Estado o por la totalidad de la comunidad.
5. Para remover estos sesgos resulta imprescindible la introducción en las enseñanzas regladas y no regladas de las titulaciones sanitarias de los estudios de género en salud.
6. El establecimiento de indicadores de género en los protocolos de autorización y validación de los ensayos clínicos por parte de los comités de ética de la investigación y de las agencias evaluadoras.
7. La creación de unidades de igualdad de género en los distritos sanitarios.
8. El pilotaje de la enfermería comunitaria en la coordinación de los sistemas sanitario y social. La enfermería es la disciplina sanitaria que ha desarrollado con mayor extensión y profundidad la incorporación de los determinantes sociales y, por tanto, también de género en la salud. Y esto es así tanto en el plano teórico (paradigma enfermero) como en el asistencial (gestión de casos)¹⁸.
9. Avanzar en las investigaciones sobre el trabajo oculto de las mujeres en el sistema de salud que se esconde tras los cuidados informales sobre dependientes, enfermos crónicos, infancia, etc.
10. La elaboración de un protocolo de impacto de género en los servicios de atención primaria.
11. El sometimiento prescriptivo a informes de evaluación (pre y post) de impacto de género para todo plan, campaña o programa sanitario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Palomino Moral P, Grande Gascón ML, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en las sociedades del siglo XXI. *Rev Int Soc.* 2014;27:71-91.
2. Montesó Curto P, Ferrer-Grau C, LleixaFortuño M, Albacar Riobóo N, Ljeune M. Diagnosed, identified, current and complete depression among patients attending primary care in Southern Catalonia: Different aspects of the same concept. *Arch Psychiatr Nurs.* 2014;28:50-4.
3. Fugate Woods N, Ong Tsui A. Epidemiologic approaches to women's health. *Epidemiol Rev.* 2014;36:1-4.
4. Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:317-33.
5. Ham Ch, Dixon A, Brooke B. Transforming the delivery of health and social care. The case of fundamental change. London: The Kings Fund; 2012.
6. Colomer Revuelta C. El sexo de los Indicadores y el género de las desigualdades. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;2:91-3.
7. Rohifs I, García MM, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinya D, Baltazar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004;18:51-64.
8. Laguna Goya N, de Andrés Rodríguez-Trelles F. Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2007. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82:343-50.
9. Fillingim R, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *J Pain.* 2009;10:447-85.
10. Delgado A, Saletti L, Sánchez Cantalejo C, López Hernandez B, Guijosa Campos P, Acosta Ferrer M, et al. Derivación en los centros de salud de Andalucía según el sexo de los profesionales y pacientes. Un análisis de género. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88:359-68.
11. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit* [revista en Internet] [consultado 28 Ene 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400030&lng=es.
12. Álvarez Díaz N, Bueno Salinero R, Castellanos Torres E, Colomer Revuelta C, Elola Ruiz de la Sierra B, Espiga López I, et al. Informe Salud y género 2007-2008: mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Informes, estudios e investigación 2009.
13. Pastor I, Belzunegui A, Pontón P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuad Relac Labor.* 2012;30:497-518.
14. Peiro R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac San.* 2004;18:36-46.
15. Boltansky L, Chiapello E. El nuevo espíritu del capitalismo. Madrid: Akal; 2002.
16. Palencia L, Malmusi D, de Moortel D, Artazcoz L, Backhans M, Vanroelen C, et al. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Soc Sci Med.* 2014;117:25-33.
17. Carrasco C, Mayordomo M. Los modelos y estadísticas de empleo como construcción social: la encuesta de población activa y el sesgo de género. *Polit Soc.* 2000;34:101-12.
18. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. *Enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014;24:79-89.