

Original

Respuesta a la crisis sanitaria de la COVID-19 desde la perspectiva de género: lecciones aprendidas



Christian Llobera Ribera^{a,*,1}, María Teresa Ruiz-Cantero^{b,c,1}, Mar García-Calvente^{d,e}, Gemma Torrell^f, Diana González Bermejo^g, Carmen Olmedo^h, Emma Moatassimⁱ y Amaia Bacigalupe^{j,k}

^a Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España

^b Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^e Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

^f Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^g Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Madrid, España

^h Programa de Vacunación, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Madrid, España

ⁱ Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

^j Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico, Leioa (Bizkaia), España

^k Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco, Leioa (Bizkaia), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2023

Aceptado el 28 de noviembre de 2023

On-line el 14 de febrero de 2024

Palabras clave:

COVID-19

Inequidad de género

Diferencias de sexo

Sesgo de género

Roles de género

R E S U M E N

Objetivo: Profundizar desde la perspectiva de género en las lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19 para hacer frente a futuras crisis de salud.

Método: Estudio con informantes clave con experiencia en salud pública y género del Ministerio de Sanidad, Consejerías de las comunidades autónomas, Institut Català de la Salut, Hospital de La Princesa, Escuela Andaluza de Salud Pública y Universidad del País Vasco. Fuente de información: cuestionario individual de respuestas abiertas sobre inequidades o desigualdades de género sanitarias y en salud relacionadas con la COVID-19. Tras presentar los hallazgos, el grupo de informantes clave se reunió y debatió hasta llegar a un consenso sobre las lecciones aprendidas.

Resultados: La falta de estadísticas clínicas por sexo pudo comprometer la vigilancia epidemiológica, perdiendo una oportunidad para caracterizar la enfermedad. El desempeño de los servicios esenciales recayó más en las mujeres, extenuándolas con dobles y triples jornadas, lo cual, junto con las diferencias según sexo en la presentación clínica de la COVID-19 y los criterios de hospitalización y de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, disminuyó su acceso a la atención sanitaria. Aumentaron la violencia de género y los problemas de salud mental, retrasando el reconocer los efectos secundarios de las vacunas en las mujeres parcialmente por sesgos de información en los ensayos clínicos. La perspectiva de género faltó en los ámbitos académicos, asistenciales y de gestión sanitaria.

Conclusiones: Las dimensiones de género de las mujeres determinaron su mayor frecuencia de COVID-19 y desempeñaron un papel fundamental en su control. Considerar las lecciones aprendidas fortalecerá los sistemas de prevención y permitirá poder dar respuestas eficaces a futuras crisis de salud.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Response to the COVID-19 Health Crisis from a Gender Perspective: Lessons Learned

A B S T R A C T

Objective: To delve deeper from a gender perspective into the lessons learned during the COVID-19 pandemic to address future health crises.

Method: Study with key informants with experience in public health and gender from the Ministerio de Sanidad, ministries of the autonomous communities, Institut Català de la Salut, Hospital de La Princesa, Escuela Andaluza de Salud Pública and Universidad País Vasco. Source of information: individual open-ended questionnaire on health and health inequalities/gender inequalities related to COVID-19. After presenting the findings, the key informants group discussed them in a meeting until reaching a consensus on the lessons learned.

Results: The lack of clinical statistics by sex could compromise epidemiological surveillance, losing the opportunity to characterize the disease. The performance of essential services fell more on women, exhausting them with double and triple shifts; with the differences according to sex in the clinical presentation of COVID-19, and the criteria for hospitalization/admission to the intensive care unit, their access

Keywords:

COVID-19

Gender inequity

Sex-differences

Gender-bias

Gender roles

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chlloberaribera@gmail.com (C. Llobera Ribera).

¹ Ambos autores han contribuido de igual manera en la elaboración del artículo.

to health care decreased. Increased: gender violence and mental health problems; delaying recognition of the second effects of vaccines in women; partially due to information biases in clinical trials. The gender perspective was lacking in academic, healthcare, and health management areas.

Conclusions: Women's gender dimensions determined their higher frequency of COVID-19 and played a fundamental role in its control. Broadly considering the lessons learned will strengthen prevention systems and be able to provide effective responses to future health crises.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La anticipación de la respuesta ante emergencias sanitarias es clave para garantizar una vigilancia, un control y una gestión adecuados de los riesgos sanitarios, incluidos los brotes de enfermedades transmisibles, como la pandemia de COVID-19. Desde la perspectiva de género, contar con estadísticas de la COVID-19 por sexo y conocer su diferente expresión clínica son retos primordiales para determinar las potenciales desigualdades del impacto en la salud. La Organización de las Naciones Unidas publicó en 2016 un informe para fortalecer los sistemas nacionales e internacionales de prevención y respuesta eficaz a futuras crisis de salud, en el que reconocía el papel fundamental de las mujeres en la resolución de estas¹.

La respuesta a la pandemia se vio condicionada por la definición de «caso de COVID-19», al asociarse inicialmente a síntomas respiratorios, cuando la población, y en concreto las mujeres, no siempre los experimentó^{2,3}. En el Reino Unido propusieron ampliar la definición de caso y la elegibilidad para las pruebas sintomáticas⁴, pues limitarlas a quienes presentaban los síntomas «oficiales» retrasó la identificación de casos y condicionó la prevención de la transmisión^{5,6}.

La gravedad de la infección respiratoria, rápidamente reconocida como más frecuente en los hombres, facilitó el mayor acceso de estos a los hospitales y a las pruebas diagnósticas confirmatorias de COVID-19^{3,7,8}, con un registro superior, y más real, de casos y de fallecimientos. Alternativamente, se identificó un exceso de mortalidad mayor en las mujeres⁹, por otras causas o con diagnóstico de COVID-19 sospechosa o confirmada fuera de los hospitales^{2,10}.

Pese a que la información desagregada por sexo aporta puntos de vista únicos y pertinentes para el diseño y el análisis de políticas y medidas de control de una nueva enfermedad, no siempre estuvieron disponibles^{7,11}. La información de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) incorporó la desagregación por sexo, pero no permitió un análisis de género¹¹, y además, 6 meses después del comienzo de la pandemia, la RENAVE dejó de proporcionar la información clínica sobre la COVID-19 según el sexo^{2,7,8,12}.

Durante el año 2020 fueron numerosas las publicaciones rápidas sobre hallazgos del ámbito clínico, sobre la gravedad y la letalidad de la infección, y sobre su relación con factores biológicos¹³, quedando en segundo plano los estudios de los contextos y las desigualdades en grupos de riesgo, los distintos riesgos de la COVID-19 y sus consecuencias por razones de género¹⁴.

El confinamiento afectó negativamente más a las mujeres. Conciliar el trabajo remunerado con el reproductivo aumentó la brecha de género hacia la ideología patriarcal más conservadora^{15,16}. Las personas que cuidaron (en su mayoría mujeres) experimentaron miedo, incertidumbre, carga y soledad¹⁷, y no solo por la COVID-19. La violencia de género aumentó en todo el mundo (un 12% en España)¹⁸. También se agravó la brecha de género en productividad académica¹⁹ y profesiones sanitarias (el 70% mujeres) al percibir poca preparación para afrontar la pandemia, desafíos emocionales, equipo e información insuficientes, agotamiento laboral²⁰ y problemas de salud mental por estrés postraumático¹⁷.

Una revisión sistemática indica que la eficacia de la vacuna, superior al 70%²¹, fue mayor en los hombres, pero los efectos secundarios, leves y de corta duración²², afectaron más a las mujeres^{23,24}. La COVID-19 persistente, para la cual ser mujer es determinante²⁵, también ha interesado desde la perspectiva de género.

Existen publicaciones sobre lecciones para el futuro partiendo de la pandemia de COVID-19, como las de la *Lancet Commission*, que identifican problemas y emiten algunas recomendaciones desde la perspectiva de género²⁶. El presente artículo pretende profundizar en los retos y las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 en España desde la perspectiva de género para poder aplicarlo en futuras crisis de salud.

Método

Estudio cualitativo interpretativo con informantes clave sobre la crisis sanitaria de la COVID-19. Para recoger información acerca de la realidad de las mujeres en la pandemia de COVID-19 se seleccionaron nueve informantes clave (ocho mujeres y un hombre) pertenecientes al ámbito de la gestión y la atención sanitaria, la docencia y la investigación, que desarrollan su actividad en la Subdirección General de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad), la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Área de Programas de Vacunación de la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad), la Escuela Andaluza de Salud Pública, el Institut Català de la Salut, el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa y la Universidad del País Vasco; además, una formadora-especialista en perspectiva de género y coeducación.

La selección de informantes clave se realizó mediante una revisión bibliográfica de autores/as del ámbito nacional con publicaciones sobre COVID-19 que hubieran mencionado el concepto de género, y mediante el Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad), con el que la investigadora principal contactó.

Tras el envío de un cuestionario de respuesta abierta para que las personas informantes clave respondieran individualmente (v. **Anexo B**), las respuestas fueron identificadas y agrupadas en códigos abiertos, estableciendo después las categorías y los temas, de los que emergieron los siguientes perfiles de contenidos:

- Ausencia de datos y diferencias sanitarias por sexo.
- Consecuencias de la interrupción o falta de interrupción de servicios sanitarios y sociales.
- Sesgos en la atención sanitaria, problemas de salud pública, COVID-19 persistente y vacunas.
- Falta de paridad en la producción científica y en gestión sanitaria.

El análisis de las respuestas fue realizado por un investigador y una investigadora, quienes en caso de duda debatieron hasta llegar a un consenso. Posteriormente se presentaron los hallazgos en una reunión *online* con el grupo de informantes clave y fueron debatidos hasta acordar las lecciones aprendidas desde la perspectiva de género para abordar mejor futuras crisis de salud.

Resultados

Los resultados se presentan en tablas clasificados por temas, categorías y códigos.

En la [tabla 1](#) se detallan las principales respuestas sobre la falta de datos por sexo de la COVID-19 durante la pandemia, y sus causas y consecuencias. La respuesta más frecuente es que no se priorizan los análisis por sexo de los datos, aunque estos se recojan, probablemente por presiones de tiempo, políticas, económicas y fatiga de la Administración. Las consecuencias podrían derivar en desigualdades de género en cuanto a prevención, diagnóstico y acceso al sistema de salud, impidiendo identificar e intervenir en grupos vulnerables. En la evaluación de fármacos, advierten que en los ensayos clínicos la ausencia de variables relacionadas con el sexo puede condicionar la respuesta al fármaco; además, la desagregación por sexo es más frecuente si la primera autora es mujer.

La [tabla 2](#) muestra cómo afectó a los roles de las mujeres la interrupción o la descoordinación de los servicios sociosanitarios. En concreto, sobre su asunción de servicios esenciales imprescindibles, sus consecuencias y la dificultad para planificar e implantar la conciliación. La mayoría manifestaron que las mujeres asumieron una doble carga con el trabajo doméstico y laboral, convirtiéndose en triple jornada con los cuidados, reforzándose así la ideología patriarcal, según la cual las tareas de cuidados son gratuitas. Coinciden en que la sobrecarga de trabajo provocó problemas de salud mental y agravamiento de la violencia de género, con peores repercusiones (sobre todo socioeconómicas) para las mujeres. Observan que la conciliación se implantó de manera injusta e irrazonable: para las mujeres fue una obligación, mientras que para los hombres fue una opción. La carencia de visión de género creó un gran problema al cerrar los colegios antes de autorizar el teletrabajo.

La [tabla 3](#) incluye las respuestas sobre posibles sesgos de género en atención sanitaria, problemas de salud pública por la pandemia, vacunas y COVID-19 persistente. En concreto, manifiestan que los síntomas característicos de la COVID-19 se observaron más en los hombres, y que el padecimiento de síntomas inicialmente leves más en las mujeres pudo provocar, aunque se complicaran, un retraso en su atención sanitaria. Indican que las personas en centros sociosanitarios (mayormente mujeres) fueron menos hospitalizadas y, por lo tanto, menos diagnosticadas. Ser cuidadoras pudo causar un retraso o una falta de búsqueda de atención sanitaria. Las enfermedades concomitantes pudieron enmascarar la COVID-19, contribuyendo a un desenlace fatal. Una razón de género para que las mujeres no se realizaran pruebas fue el no poder dejar el rol de cuidadora por el alto riesgo de despido.

También concuerdan en que los criterios de hospitalización consideraban los síntomas respiratorios, quedando fuera los inflamatorios, más frecuentes en las mujeres, y en que los criterios de acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) excluían a pacientes en peor estado de salud, con mayor carga farmacológica y menor probabilidad de sobrevivir (mayormente mujeres de edad avanzada).

Un sesgo de supervivencia por la mayor mortalidad en los hombres podría explicar la frecuencia más alta de COVID-19 persistente en las mujeres, y que pacientes con una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva (la mayoría hombres) ahora presentan secuelas, mientras que, sin PCR positiva, podrían padecer COVID-19 persistente por no ser hospitalizados durante el primer confinamiento (la mayoría mujeres), así como que la mayor producción de anticuerpos IgG en las mujeres pudo resultar en un mejor pronóstico, pero perpetúa los síntomas.

Un problema de salud pública relevante apuntado es el sesgo de información sobre la mayor frecuencia de efectos secundarios de las vacunas en las mujeres, lo que indica que faltó evidencia desagregada por sexo. Sobre el impacto mediático, opinan que se debió a la novedad y la rapidez de su desarrollo.

Las observaciones de las personas informantes sobre falta de paridad en la autoría y la producción científica ([Tabla 4](#)) inciden en que el trabajo doméstico y de cuidados restó tiempo a las investigadoras. Respecto a la gestión sanitaria, mencionan la necesidad de abordar medidas preventivas para el personal sanitario, como disponer de *stocks* de medidas de protección individuales y de protocolos previos en los centros sanitarios. Coinciden en la falta de recursos humanos del sistema sanitario y sociosanitario, con más impacto de la salud física y mental en las mujeres por soportar una mayor carga de trabajo, falta de conocimientos especializados y experiencia, conflictos éticos y gran preocupación y frustración por la baja calidad en la atención sanitaria. En el sistema sanitario, su impacto se produjo en otras patologías, descensos de las vacunaciones, retrasos en las cirugías menores y frustración con el sistema.

A partir de lo expuesto en los apartados anteriores, en la [tabla 5](#) se resumen los principales retos, las lecciones aprendidas y los puntos de mejora para afrontar futuras crisis sanitarias desde la perspectiva de género.

Discusión

Los hallazgos de este estudio sobre los principales retos de género durante la pandemia de COVID-19 surgen de informantes con experiencia en distintas áreas profesionales sanitarias, de género y salud pública, quienes manifiestan las deficiencias de las cuales las mujeres fueron afectadas y partícipes de su control; los retos asociados a las causas y las consecuencias de la falta de información según el sexo en la vigilancia epidemiológica, los sesgos de género en su atención sanitaria y los problemas de salud pública. También, sobre el impacto de la interrupción o la descoordinación de los servicios sociosanitarios en los roles de las mujeres, y la falta de paridad en producción científica y gestión sanitaria, incluida la prevención del personal sanitario. Se presentan las lecciones aprendidas, con un llamamiento a las instituciones que se consideren implicadas a considerar la perspectiva de género en futuras crisis de salud.

La ausencia de incorporación de la perspectiva de género en una crisis sanitaria tiene consecuencias en la calidad de la vigilancia epidemiológica y supone la pérdida de una oportunidad de caracterizar una enfermedad desconocida. No desagregar por sexo y edad conjuntamente la información de la COVID-19 implica una observación androcéntrica y normalmente sesgada²⁷. Existen variables fisiológicas²⁸ y socioestructurales¹⁴ de la COVID-19 asociadas al sexo y al género. No contar con que las dimensiones de género adjudicadas al sexo biológico son probablemente el eje de estratificación social con mayor capacidad para establecer desigualdades en el reparto de recursos materiales y simbólicos en la población ha impedido caracterizar mejor la relación entre el género, la COVID-19 y sus consecuencias²⁹. Por lo tanto, la falta de datos estadísticos por sexo^{7,11,12} muestra una falta de rigor científico³⁰ y provoca una injusticia epistémica³¹. Esta ausencia de información contraviene la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que explícitamente indica que los datos producidos por las administraciones públicas deberán estar adecuadamente estratificados por sexo³².

Sin un marco hermenéutico a comienzos de la pandemia, la asistencia sanitaria se realizó en un contexto clínico de desconocimiento y dificultad para «ver», centrándose la asistencia en la enfermedad respiratoria grave, más frecuente en los hombres, y dificultando que los nuevos síntomas calaran entre la población y los profesionales.

Una investigación en España concluyó que, a igual gravedad de COVID-19 aguda, las mujeres fueron menos hospitalizadas, ingresadas en la UCI y tratadas con oxígeno, antivirales y antiinflamatorios

Tabla 1
Ausencia de datos por sexo y diferencias de salud por sexo durante la pandemia

Categoría	Código	Ejemplos de respuestas
Tema 1. Invisibilidad de datos por sexo		
Causas de la ausencia de datos	Presiones externas y fatiga	«Presión de tiempo para realizar el cálculo y analizarlo, fatiga por parte de la Administración que centraba la atención en otros aspectos que no eran la desagregación por sexo de los indicadores, y en relación con este último punto, presiones políticas sobre la gestión de la pandemia tras el confinamiento, presiones económicas, o incluso una falsa seguridad androcéntrica.» (Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS)
	No priorización	«Los análisis basados en las estadísticas segregadas por sexo no siempre están hechos o disponibles, y no son prioritarios.» (Mujer, formadora de género y coeducación)
	Implementación transversal	«La perspectiva de género aún no se ha incorporado, de forma transversal, en todo el sistema estadístico. El proceso requiere que la variable sexo se trate como una variable transversal, y que todas las estadísticas sobre individuos sean recogidas, recopiladas y presentadas desglosadas por sexo. El proceso puede requerir combinar diferentes fuentes de información y realizar un análisis crítico de toda la información generada, considerando los sesgos y las limitaciones de las propias fuentes de información.» (Mujer, AEMPS)
	Centralización de la información	«Es crucial disponer de un organismo estatal potente y fortalecido a nivel nacional, que permita centralizar toda la información, coordine todos los organismos a nivel interterritorial, y disponga de una amplia dotación de presupuestos, recursos y personal especializado, así como de un conjunto de buenas prácticas que desarrolle los roles y responsabilidades, los conceptos, métodos, indicadores y el resto de variables que se vayan a analizar en todo su conjunto.» (Mujer, AEMPS)
	Buscar la sencillez	«A veces no se trata de praxis conscientemente mal hecha por parte de los responsables de la monitorización epidemiológica, aunque sí puede ser una práctica consciente que intenta evitar complejizar la información, ya que ofrecer información por sexo complica la descripción e interpretación de los resultados, y se sacrifica en favor de ofrecer una información más sencilla.» (Mujer, docente e investigadora)
	Tríada androcentrista	«La investigación biomédica no incluye suficientes mujeres en sus muestras, la investigación es realizada fundamentalmente aún por hombres, con lo que los resultados se desagregan muy poco por sexo, y si no se hace, se asume que el patrón típico masculino es de aplicación universal a hombres y mujeres.» (Mujer, docente e investigadora)
	Consecuencias de las carencias de información	Caracterización de la enfermedad
Desigualdades de género en salud		«No disponer de esta información implica desconocer desigualdades en prevención, diagnóstico, tratamiento y, en general, acceso y utilización de los servicios de salud, en función del sexo, y no poder abordarlas, por tanto, perpetuando o incluso, en algunos casos, contribuyendo a que aumenten estas brechas de género en la atención sanitaria prestada en nuestro país.» (Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública)
Prevención e intervención		«Hubiese permitido identificar mejor a grupos vulnerables (mujeres en residencias de ancianos, por ejemplo), detectar precozmente la enfermedad si los síntomas eran diferentes en hombres y mujeres. En cuanto a los síntomas por sexo, lo que no se conoce no se busca. Se podría haber dado esa información a la población para detectar antes la enfermedad y cortar antes la cadena de transmisión. Lo que no se conoce, cuando se encuentra, se niega. Así ocurrió también con los síntomas persistentes. En las políticas públicas también. Para alertar a la población de otros síntomas existentes y no solo de fiebre, tos y disnea como síntomas iniciales de COVID-19.» (Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS)
Mantenimiento de la mirada androcentrista		«La ausencia de información segregada por sexo impacta en las políticas públicas, sanitarias, sociológicas, etc. Si no desagregamos estamos viendo los problemas de forma sesgada y, por tanto, todas las políticas serán sesgadas, y en una sociedad patriarcal, el sesgo normalmente va a favorecer al sexo masculino. Lo que no se analiza no se ve, no existe y, obviamente, no se tiene en cuenta.» (Mujer, Subdirección General de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad)
Ausencia de información por sexo en las evaluaciones de fármacos	Ensayos clínicos	«Es fundamental incorporar el análisis específico por sexo en las evaluaciones de fármacos, para empezar, porque la farmacodinámica, la farmacocinética, el volumen corporal u otras características biológicas y relacionadas con la salud, determinadas por el sexo, pueden condicionar la respuesta a los fármacos. Es cierto que estas variables se recogen y se trata de que en los estudios esté balanceada la muestra por sexo; sin embargo, no lo analizan, y ni en la ficha técnica, ni en las posologías, ni en ningún otro documento de la evaluación, suelen tener finalmente en cuenta estos resultados.» (Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad)
	Potencia estadística	«En los ensayos clínicos que requieren una intervención diagnóstica o terapéutica, o el tratamiento con placebo, el limitado número de participantes podría comprometer la potencia estadística al desagregar los análisis. En estos casos, en los que se registra el sexo/género de los participantes, pero los análisis no tienen poder estadístico para desglosar los resultados, deberían ponerse a disposición del público para su combinación con el resto de la evidencia científica.» (Mujer, AEMPS)
	Desagregación de los resultados por sexo	«La desagregación de los resultados por sexo fue significativamente más frecuente cuando las mujeres eran las primeras autoras. Las autoras fueron menos (42,5%), y menos aún que con anterioridad a la pandemia, según un estudio publicado del que replicamos la metodología (Tornero et al., 2017). La variación mensual de la autoría en el transcurso de la pandemia indica que las mujeres siempre fueron menos propensas a publicar como primeras autoras. Es, de facto, imposible realizar una gestión de la política de utilización de fármacos con mirada de género cuando no tenemos ni idea del impacto diferencial que pueden tener en hombres y mujeres.» (Mujer, docente e investigadora)

Tabla 2
Consecuencias de la interrupción o de la falta de coordinación de los servicios sanitarios, sociales, de ayudas a domicilio y de cuidados de larga duración

Categoría	Código	Ejemplo de respuesta	
Tema 1: Rol de cuidados			
Asunción de los servicios esenciales e imprescindibles	Profesiones asociadas a los cuidados	«(...) profesiones asociadas al cuidado de personas se interpretan como algo gratuito, no valorado y que no va más allá de una prolongación del cuidado informal. Este sector, eminentemente femenino, abarca diferentes tipos de actividades, algunas muy profesionalizadas, como es el caso de enfermería o trabajadoras sociales, pero otras, como los servicios de hogar y de cuidados a personas, están todavía poco profesionalizados y mucho menos considerados, con una connotación social de informalidad que invisibiliza a las mujeres y la labor que desempeñan para la sociedad, endureciendo sus condiciones de trabajo, por no entenderse como una profesión más, con sus derechos y obligaciones.» (Mujer, AEMPS)	
	Doble y triple jornada	«Muchas de estas mujeres asumieron una doble carga extra de cuidados: en el ámbito informal (familiar frecuentemente) y en el ámbito profesional (la gran mayoría del personal sanitario, de atención social, de ayuda a domicilio, de trabajo doméstico y de atención residencial son mujeres).» (Mujer, docente e investigadora)	
	Ideología patriarcal	«Esto no solo ocurre en pandemia, es la situación habitual. En la pandemia ha ocurrido en mayor medida, ya que los apoyos sociales y sanitarios con que se contaba no existieron o fueron reducidos o de más difícil acceso. Al final, ocuparse del trabajo doméstico y del cuidado obligaba a trabajar muchas más horas para cumplir con el trabajo remunerado (también en hombres corresponsables).» (Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública)	
	Consecuencias para las mujeres	Salud mental	«Quizás también se haya producido un reforzamiento de la ideología patriarcal en torno a quiénes son las personas responsables de los cuidados dentro de los hogares, y quiénes serán las que, nuevamente, ante futuros problemas del sistema, vuelvan a tener que realizarlos.» (Mujer, docente e investigadora)
		Violencia de género	«La sobrecarga emocional de la organización, gestión y realización de los cuidados, asumidos mayoritariamente por las mujeres durante la pandemia, tiene consecuencias sobre su salud en forma de riesgos psicológicos, derivados de soportar elevados niveles de estrés y ansiedad, falta de descanso y de desconexión.» (Mujer, AEMPS)
		Extenuación laboral y poca protección social	«(...) el impacto se ha agravado por la violencia doméstica de género. El confinamiento ha generado las condiciones idóneas para que la violencia de género se potencie ante el más mínimo estímulo.» (Mujer, AEMPS)
		Autocuidado	«Entre las mujeres que han conservado su empleo como cuidadoras internas, que han permanecido con las personas a las que cuidaban durante todo el confinamiento, se han constatado largas jornadas de trabajo, desempeño de tareas adicionales a las habituales y menos tiempo de descanso y desconexión. Entre las que no conservaron su empleo, en la gran mayoría de los casos nos encontramos con un sector que trabaja ampliamente en la economía informal y que pueden haberse visto excluidas de las medidas formales de protección social dirigidas a los trabajadores afectados económicamente por la pandemia.» (Mujer, AEMPS)
Vulnerabilidad	«Menor cuidado de su propia salud, con retrasos adicionales en la búsqueda de atención y tratamiento. Estilos de vida menos saludables, como consecuencia de la mayor dedicación a los cuidados de otros durante la pandemia: trastornos del sueño, falta de ejercicio físico, malos hábitos alimenticios. . . » (Mujer, docente e investigadora)		
Tema 2: Conciliación			
Planificación e implantación erróneas	Perjuicio femenino	«Mayor vulnerabilidad por mayor exposición, y posiblemente peor acceso a los servicios sanitarios, por su rol de cuidadora, agravada por la dificultad de acceder a servicios saturados.» (Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública)	
	Escolarización	«La mal llamada “conciliación”, a mi entender, nunca ha alcanzado cotas justas y razonables de implantación. Debería llamarse de “compatibilidad”. Parece que para las mujeres es una obligación y para los varones es una opción. El trabajo a domicilio online, para la mayor parte de las madres trabajadoras, es un peso más sobre sus espaldas: atender a la vez todo lo que venga a la vez, sin perder calidad en lo que hacen.» (Mujer, formadora de género y coeducación)	
		«Las medidas para favorecer la conciliación que se pusieron en marcha desde el gobierno (Plan Me-Cuida), consistentes en facilitar la adaptación o la reducción de la jornada laboral para facilitar la conciliación, no han sido suficientes. De hecho, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, para el segundo trimestre de 2021, el 94,4% de las reducciones de jornada para el cuidado de hijos, mayores o dependientes fueron solicitadas por mujeres. También siguen siendo ellas las que optan por el trabajo a tiempo parcial.» (Mujer, Consejería de Salud de Asturias)	
		«Uno de los problemas para muchas madres (porque la mayoría éramos madres) surgió cuando se suspendieron las clases varios días antes de autorizar el teletrabajo, no teniendo en cuenta que los niños y las niñas se quedaban solos/as en casa. Esta falta de “visión” o enfoque de género (los que tomaban las decisiones probablemente nunca se han visto en la tesitura de conciliar) supuso un estrés importante que, aunque se solucionó parcialmente al autorizar el teletrabajo con el confinamiento, también supuso el añadido de jornada laboral como docentes, con lo que viene a ser una triple jornada.» (Mujer, Subdirección General de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad)	

Tabla 3

Sesgos en atención sanitaria, problemas de salud pública causados por la pandemia, causas de la COVID-19 persistente y discusión en torno a las vacunas de la COVID-19

Categoría	Código	Ejemplo de respuesta
Tema 1: Frecuencia de hospitalización e ingreso en la UCI		
Diferencias en la presentación clínica	Sintomatología	«Es posible que la diferente presentación en hombres y mujeres hubiera provocado una minusvaloración de la gravedad en mujeres (síntomas como la fatiga, la inapetencia, la cefalea), pero por otro lado creo que también pudo tener que ver con un contexto general de desconocimiento (no teníamos un marco hermenéutico) y dificultad para “ver”, dar valor a lo que observábamos y a lo que nos relataban las pacientes, y emitir un juicio clínico. Sobre todo se centró la atención en los protocolos y la enfermedad respiratoria grave y potencialmente mortal. Luego fue difícil que los nuevos síntomas calaran entre la población y los/las profesionales.» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>)
	Sesgo de género en atención sanitaria	«Es previsible que, si se parte de una investigación clínica androcentrista y la presencia de un sesgo de género en la producción y difusión del conocimiento científico, este aspecto se vea reflejado en el conocimiento médico, el manejo clínico y la prestación de la asistencia sanitaria, con repercusión en la salud de las mujeres, pero también en la de los varones. Los sesgos y errores en el diagnóstico pueden atribuirse a la presentación de una sintomatología silente o atípica, pero también a fallos de carácter organizativo o cognitivo (relacionados con la percepción y el razonamiento).» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
	Atención telefónica	«La evaluación por teléfono pudo implicar que las personas que contactaron simplificaran la narración de sus síntomas y, por otro lado, que exploráramos menos los síntomas que nos narraban, con mayor asunción de riesgo por parte de los profesionales ante síntomas poco evaluables por teléfono.» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>).
Acceso a los hospitales	Criterios de ingreso	«Los criterios de ingreso eran muy estrictos y solo contemplaban el tema respiratorio y la existencia de una neumonía con una saturación baja o una fiebre persistente. Muchos casos que probablemente fueron graves, pero a nivel inflamatorio sistémico y no solo respiratorio, no tuvieron acceso a hospitalización por no responder a los criterios de ingreso, y quizás si esos síntomas inflamatorios (cefalea, fiebre, fatiga, malestar general, inapetencia) eran más frecuentes en las mujeres.» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>)
	Priorización de la atención primaria	«Aparte del sesgo de género, la comorbilidad asociada no parece ser motivo de esta diferencia. Una posible razón a sumar podría ser el uso más frecuente de las mujeres de la atención primaria, frente al uso de los hombres de la atención hospitalaria.» (<i>Mujer, Consejería de Salud de Asturias</i>)
	Rol de cuidadoras	«El rol de cuidadoras no remuneradas asignado socialmente a las mujeres las lleva a descuidar su propia salud en beneficio de la atención prestada a la salud de otras personas en el hogar o la familia, especialmente si en ella existen personas menores, mayores, con patologías crónicas o con discapacidad o dependencia. Este hecho podría ser un motivo de retraso diagnóstico.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
Acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos	Condiciones de ingreso	«Por un lado, me inclinaría a pensar que las mujeres que ingresaban quizás eran más mayores, se identificaron más tarde los síntomas de gravedad que podrían no ser puramente respiratorios (por tanto, llegaron más graves al ingreso), quizás también con mayor deterioro cognitivo establecido y con mayor carga medicamentosa (psicofármacos, opiáceos), en general visualizadas por los/las profesionales sanitarios/as (y por los protocolos) como personas con menos probabilidades de sobrevivir a los procedimientos de la UCI.» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>)
	Criterios de ingreso	«Los criterios de acceso a la UCI ya restringen por edad, comorbilidad y situación basal del paciente. Las más vulnerables fueron mayores y en centros residenciales, que son mayoritariamente mujeres, y por tanto, eso pudo ser causa de menor ingreso.» (<i>Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública</i>)
Exceso de mortalidad	Mortalidad por causas desconocidas	«(...) en las mujeres se produjo más mortalidad por causas desconocidas durante las primeras olas de la pandemia. La mayor carga y la responsabilidad familiar de las mujeres puede haber sido un factor de menor ingreso en casos leves, algunos de los cuales posteriormente pudieron complicarse.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
	Edadismo	«La mayor esperanza de vida hace que las personas más vulnerables, con más de 80 años y en centros residenciales, también sean mayoritariamente mujeres. En este sentido, en cuanto al número de fallecimientos, puede ser también que sea más alto en mujeres, pero que no figure en las estadísticas, ya que hubo muchos fallecidos por COVID que no fueron ni diagnosticados ni hospitalizados, debido a los problemas en la gestión de los centros residenciales durante la pandemia.» (<i>Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública</i>)
	Enfermedades concomitantes	«En este sentido, también puede deberse a otras patologías que emergieran durante la pandemia o que ya padecieran y no se diagnosticaran o trataran de forma adecuada, y se presentaran de forma concomitante con la COVID-19, enmascarando los síntomas de la COVID-19 y contribuyendo ambas a la causa del desenlace.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)

Tabla 3 (continuación)

Categoría	Código	Ejemplo de respuesta
Tema 2: Prevención de la COVID-19 persistente		
Síntomatología	Síntomas característicos	«Podría jugar un papel el hecho de que los síntomas más característicos de la COVID, como la tos, la fiebre, la neumonía o la disnea, hayan sido siempre más frecuentes en los hombres, lo que ha podido provocar un posible retraso diagnóstico de la enfermedad en las mujeres.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
	Secuelas	«Cabe esperar que todos los pacientes con secuelas (mayoritariamente varones) hayan tenido acceso a la realización de una PCR para el diagnóstico de la infección y hayan permanecido en seguimiento en las consultas hospitalarias. Pero no habría sucedido lo mismo con los pacientes con COVID persistente (en su mayoría mujeres), ya que al presentar una sintomatología inicial más leve, no requirieron ingreso hospitalario.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
Sesgos	Sesgo de supervivencia	«Podría existir un sesgo de supervivencia al realizar las comparaciones entre hombres y mujeres. La enfermedad en los varones podría haber evolucionado de forma grave, en muchos casos con desenlace mortal, mientras que en las mujeres se habría presentado de forma más leve y persistente en el tiempo.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
	Sesgo de notificación	«El sesgo de notificación también puede estar contribuyendo a la disparidad de género en pacientes con COVID persistente. En general, se cree que las mujeres son más conscientes de su salud y buscan con más frecuencia la atención sanitaria. Es más aceptable socialmente que las mujeres notifiquen con más frecuencia síntomas de fatiga, ansiedad, dolor y estrés. Como resultado, los datos pueden reflejar más frecuencia de COVID persistente en las mujeres porque podría existir una menor representación de los varones que notifican sus síntomas.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
Falta de atención médica	Inflamación mal resuelta	«Creo que esa línea de pensamiento (muchas personas sin criterios de ingreso en ese momento estuvieron en casa solas con sensación de ahogo y fatiga intensas, aisladas en una habitación durante semanas porque mantenían síntomas, sin posibilidad de ser atendidas en un centro médico) nos llevaría a plantear que el mecanismo de la persistencia de síntomas es una inflamación mal resuelta, y a la posibilidad de que esa inflamación pudiera haber sido revertida con alguna terapia (que no teníamos tampoco en ese momento).» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>).
Tema 3: Interacción sexo/género determinante de la COVID-19 persistente		
Diferencias biológicas	Respuesta inmunitaria intensa	«Según algunas publicaciones, las hormonas pueden desempeñar un papel en la perpetuación del estado hiperinflamatorio de la fase aguda de la COVID, incluso después de la recuperación. Asimismo, se ha demostrado que las mujeres producen anticuerpos IgG de forma más intensa en la fase temprana de la enfermedad, lo que puede resultar en un pronóstico mejor de la enfermedad, pero también podría desempeñar un papel en la perpetuación de los síntomas, ya que se puede prolongar la inflamación si tales anticuerpos persisten elevados.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
Rol de género	Rol de cuidadoras	«No querer hacerse test para no detectar la COVID y tener que confinarse, obligar a otras personas, incluso dependientes de ellas, a prescindir de sus cuidados e incluso a hacerse cargo de ellas o encontrar sustitución, y a la mayor morbilidad entre las mujeres.» (<i>Mujer, formadora de género y coeducación</i>)
	Precariedad laboral	«El caso de la mayor precariedad laboral de las mujeres con riesgo de despido si se ausentan también puede ser una causa.» (<i>Mujer, formadora de género y coeducación</i>)
	Cuestionamiento de síntomas	«Algunos otros estudios (...) han atribuido el hecho de la mayor persistencia de síntomas (sin incidir claramente en el hecho de que un 83% de la muestra de su estudio son mujeres) a haber sido infectados en la primera ola de la pandemia y, por tanto, sometidos a mayor estrés. Me parece relevante poner de manifiesto este estudio porque en ningún caso se atribuyeron los síntomas persistentes en hombres hospitalizados en UCI con un cuadro grave al estrés postraumático secundario, sino a las secuelas de la enfermedad grave. En cambio, los síntomas persistentes predominantes en las mujeres, muchas de las cuales pertenecen a la primera ola y no pueden acreditar con una prueba diagnóstica la infección por SARS-COV-2, y que nunca llegaron a ingresar, son constantemente cuestionados.» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>).

Tabla 3 (continuación)

Categoría	Código	Ejemplo de respuesta	
Tema 4: Revuelo y efectos secundarios de las vacunas de la COVID-19 A favor y en contra	A favor del revuelo mediático	«Era una vacuna nueva, con desarrollo novedoso y con un proceso acelerado para su autorización. Gran impacto mediático de todo lo relacionado con una herramienta de prevención que podía hacer que se volviera a la normalidad y, por tanto, susceptible de ser utilizada como herramienta política, ideológica. . . Grupos antivacunas magnificaban cualquier acontecimiento negativo relacionado con las vacunas. Posibilidad de que fuera cierto.» (<i>Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública</i>)	
	En contra del revuelo mediático	«Probablemente ha sido una de las vacunas más probadas de la historia de la vacunación, antes de ser autorizadas. Los ensayos clínicos que se hicieron tenían mayor número de pacientes que lo habitual. Los resultados de seguridad de los ensayos clínicos y la exhaustiva farmacovigilancia posterior a su autorización tras la utilización masiva aseguraban identificar estas posibles relaciones, estudiarlas y tomar medidas, como ocurrió por ejemplo con la vacunación de AstraZeneca y los fenómenos tromboembólicos.» (<i>Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública</i>)	
	Efectos secundarios	Ausencia de relación causal	«El conjunto de datos disponibles hasta ese momento no apoyaba la hipótesis de una posible relación causal de estos trastornos con las vacunas frente a la COVID-19 autorizadas. Tampoco se detectó un patrón común determinado en el perfil de las pacientes y se estimó que la frecuencia observada de estos trastornos en los casos notificados no superaba la frecuencia esperada en la población general de mujeres sin vacunar.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
		Esencialismo de género	«No existe evidencia que sugiera que las alteraciones menstruales tengan algún impacto en la reproducción o en la fertilidad de la mujer. Prácticamente el único debate abierto públicamente en torno al impacto del género en la pandemia ha sido este, lo que ha podido contribuir, involuntariamente, a esencializar la realidad de las mujeres en torno a su función reproductiva y sus características biológicas, que tan solo explican una parte de la desigualdad de género que ha mostrado la pandemia por COVID-19.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
		Sangrado menstrual	«Muy recientemente, la AEMPS ha publicado, en uno de sus últimos informes de farmacovigilancia sobre vacunas, que el sangrado menstrual abundante es una posible reacción adversa de las vacunas de ARNm, y recomienda que se incluya en la ficha técnica y el prospecto de estas vacunas.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
Tema 5: Problemas de salud pública en la vacunación Sesgos de información	Investigación androcentrista	«No se realiza trabajo ni investigación suficiente en el caso de las mujeres, sus ciclos hormonales y distintas edades, se trata el tema sin afinar: "por si acaso". Que las mujeres padezcan carencias en muchos sentidos forma parte aún de nuestra cultura patriarcal aligerada o "de consentimiento".» (<i>Mujer, formadora de género y coeducación</i>)	
	Recogida de datos	«Por otra parte, recoger información sobre este tema más allá de encuestas (por ejemplo, con datos de historias clínicas) era sumamente complejo teniendo en cuenta que este tipo de trastornos no se registra en la historia clínica, así como la dificultad de comparar con un grupo de mujeres no vacunadas como grupo control.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)	
	Datos desagregados por sexo	«En este sentido, una revisión acerca de vacunas para la COVID ha descrito (Vasallo, 2021) que, de diez estudios con datos de eficacia, solo tres (30%) presentaron resultados desagregados por sexo/género. Solo un 34% de los estudios con datos de seguridad presentaron datos por sexo/género. Para aquellos que presentaron datos desagregados, en general, la mayoría de los participantes que informaron eventos adversos fueron mujeres. En conclusión, creo que, en términos generales, generar debate social que empuje la investigación sobre los cuerpos de las mujeres es positivo, siempre y cuando esto no invisibilice la reflexión en torno a una realidad, la de las desigualdades de género en salud, que es mucho más compleja que la "salud de las mujeres".» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)	

Tabla 4
Observaciones de la falta de paridad en la autoría y la producción científica, y en la gestión sanitaria

Categoría	Código	Ejemplo de respuesta
Tema 1: Autoría y producción científica		
Legislación	Inspección, evaluación y cumplimiento de leyes	«La verdad es que tenemos una legislación encomiable, pero el grado de inspección del cumplimiento de la misma y su evaluación son casi nulos. Por tanto, en muchos aspectos no se cumple y no pasa nada, simplemente siguen las inercias y prejuicios: “no hay mujeres, las mujeres no quieren o no están disponibles ni dispuestas, las mujeres sirven más para otras cosas, les viene grande”, etc. Estas cosas tan simples seguirán actuando si no se toma en serio la inspección, la evaluación y el cumplimiento de las leyes de paridad y de igualdad, que tanto trabajo y tanto tiempo ha costado conseguirlas.» (<i>Mujer, formadora de género y coeducación</i>)
Rol femenino dentro y fuera del mundo académico	Rol doméstico y de cuidados	«Los estereotipos de género o la dificultad para combinar el cuidado de los hijos y el trabajo pueden explicar que el tiempo adicional que es necesario dedicar a la investigación sea menor en las mujeres. En muchos casos, las propias mujeres se autoexcluyen, bien para poder conciliar mejor, tienen otras preferencias o porque piensan que no son lo bastante adecuadas, ya que conocen los prejuicios hacia las mujeres que les esperan.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
	Valores en la producción científica y techo de cristal	«A menudo la cultura competitiva que impregna el desarrollo profesional es un freno para las mujeres, puesto que competir no encaja con las características asignadas a su género. Las mujeres suelen chocar con el llamado techo de cristal y en general se les exige mucho más para demostrar la misma capacidad. Los hombres tienen más margen de error que una mujer antes de que se le impute una falta de capacidad. Para incentivar la presencia femenina, habría que mejorar los permisos parentales, velar por la equidad en el desarrollo profesional y promover unas organizaciones menos competitivas, más acorde con la cultura femenina, que tiende a ser más colaborativa, democrática y participativa.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
	Posiciones de poder	«En ausencia de medidas positivas para evitarlo, las mujeres siguen estando infrarrepresentadas en las posiciones de toma de decisión y de prestigio en el ámbito sanitario.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
Tema 2: Gestión sanitaria		
Medidas preventivas para el personal sanitario	Perspectiva de género	«La inclusión de la perspectiva de género, en la investigación, en las políticas sanitarias, en la formación de los/las propios/as sanitarios/as, en los protocolos de actuación, en la recogida de información. . . hubieran permitido una mejor prevención.» (<i>Mujer, Consejería de Salud de Asturias</i>)
	Medidas de protección y protocolos	«Disponer de un stock de medidas de protección individuales como parte del material intrínseco de un centro de salud o de un hospital (EPI, mascarillas FFP2) y ambientales (consultas con ventilación, filtros HEPA). Protocolos previos y previsión de circuitos para evitar el tránsito de los pacientes en la sala de espera, disponer de espacios, etc. Y quizás un pack de ayuda a la reflexión clínica en casos de brotes, para ayudar a mantener la calma y los ojos y oídos bien abiertos en la práctica diaria, como proceso de creación de conocimiento.» (<i>Mujer, especialista en medicina familiar y comunitaria, ICS</i>)
	Salud mental	«Los profesionales sanitarios vieron comprometida su salud física y mental, y además de la falta de equipos de protección adecuados tuvieron que soportar una mayor carga de trabajo, falta de conocimientos especializados y de experiencia, conflictos éticos y una gran preocupación sobre la baja calidad en la atención sanitaria. A todo ello se añade el sentimiento de abandono y de falta de reconocimiento que sufrieron los trabajadores en residencias de ancianos, mientras que aquellos que se asentaron en barrios marginales padecieron además miedo a la violencia.» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
	Categoría laboral	«(. . .) Sin embargo, nuevamente, la categoría laboral dentro del sector salud parece que ha podido incidir en diferencias en el riesgo de contagio, de forma que las medidas, siguiendo un esquema de “universalismo proporcional” de reducción de desigualdades en salud deberían aumentar en intensidad a medida que el nivel de exposición y la vulnerabilidad aumentan.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)
Cartera de sanitarios	Carencia de personal de salud pública	«(. . .) Así mismo, la carencia de personal de salud pública se hizo notar en algunas comunidades autónomas más que en otras. La Comunidad de Madrid, que en años anteriores había desmantelado el Instituto de Salud Pública, fue una de las más afectadas por la primera ola y una en las que más se hizo notar el déficit de profesionales de salud pública, bajo mi punto de vista.» (<i>Mujer, Subdirección General de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad</i>)
	Escasez de profesionales sanitarios	«Abordar la escasez de profesionales sanitarios (carteras de profesionales sanitarios).» (<i>Mujer, AEMPS</i>)
Tema 3: Problemas de salud pública a consecuencia de la pandemia y su gestión		
Sistema sanitario	Recursos humanos	«Falta de recursos humanos, sobre todo, necesidad de fortalecimiento de los programas, aumento de patología crónica por no acceso al sistema y necesidad de fortalecimiento de la atención primaria.» (<i>Mujer, Área de Programas de Vacunación, Dirección General de Salud Pública</i>)
	Sistema de salud	«Globalmente todos los indicadores de salud pública han empeorado: descensos en vacunaciones de otras enfermedades, retrasos en programas de cribado de cáncer y otras enfermedades crónicas, incremento de listas de espera de visitas y cirugía menor y mayor, crispación del sistema, frustración de los profesionales sanitarios, mayor burocratización. . . Quizás el único aspecto positivo ha sido la mayor telemedicina y la incorporación de los seguimientos clínicos a distancia, y más hospitalizaciones a domicilio.» (<i>Hombre, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa</i>)
Sistema sociosanitario	Soledad y salud mental	«La soledad de las personas mayores e institucionalizadas durante la pandemia ha repercutido también en la salud de las mujeres por su mayor esperanza de vida. La afectación en la salud mental por el aumento del estrés parece ser también mayor en las mujeres que en los hombres.» (<i>Mujer, Consejería de Salud de Asturias</i>)
	Personas mayores y dependientes	«Los servicios de cuidados de las personas mayores y dependientes se han visto cuestionados por la situación y las consecuencias vividas durante la pandemia. Se reclama una reorientación del modelo de cuidados de larga duración a personas mayores y dependientes, especialmente de cuidados residenciales.» (<i>Mujer, docente e investigadora</i>)

Tabla 5

Respuesta a las crisis sanitarias desde la perspectiva de género: lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19

Sección I. Paridad en las decisiones, recolección y análisis de la información desde la perspectiva de la interacción sexo-género

1. Conseguir la paridad de género en la toma de decisiones y en los puestos de liderazgo puede contribuir a la diversidad de perspectivas y experiencias en la formulación de estrategias y políticas, mejorando la capacidad de respuesta ante crisis y situaciones emergentes.
2. Reconociendo que la diversidad de género en los procesadores y analistas contribuye a la creación de soluciones más inclusivas y a la consideración de perspectivas diversas en el diseño y el análisis de sistemas tecnológicos y estrategias, establecer mecanismos para la paridad de género en los equipos técnicos encargados del manejo y la gestión de información.
3. Desarrollar las medidas necesarias para que el Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad sea eficaz en la recolección y la centralización de la información relacionada con la salud, con el fin de que sirva como punto focal para coordinar las acciones entre las diferentes regiones y organismos.
4. Reconociendo la importancia de comprender y abordar las disparidades de género en la salud para identificar y abordar de manera específica los impactos diferenciados de la crisis en hombres y mujeres, se precisa priorizar la recopilación y el análisis de datos desglosados por sexo.
5. Desagregación de datos sanitarios por sexo en vacunación, incluyendo el tipo de vacuna utilizada, los motivos de vacunación o no vacunación, para comprender los patrones y las necesidades específicas de género en el proceso de vacunación.
6. Incluir en la evaluación de calidad de los servicios el indicador de coordinación entre servicios sociales de atención a situaciones de dependencia y servicios sanitarios para una atención más efectiva.
7. Reconociendo la importancia crítica de facilitar una comunicación fluida y efectiva de los equipos técnicos que procesan y analizan la información con quienes toman decisiones, establecer canales de comunicación claros y procesos que permitan una comprensión mutua de la información técnica y la toma de decisiones informada.
8. Establecer un mecanismo efectivo de rendición de cuentas para garantizar el cumplimiento de la Ley de Igualdad en la vigilancia epidemiológica.
9. Considerando que la información debe estar disponible para el público de manera clara y comprensible, promoviendo la confianza y la colaboración entre la población y las autoridades sanitarias, tomar medidas objetivas para aumentar la transparencia y accesibilidad de los datos recopilados, incluso si no existe un posterior análisis.
10. Formación a profesionales de la vigilancia epidemiológica, así como de la atención sanitaria, desde la perspectiva de la interacción sexo-género, con el fin de que conozcan evidencias científicas sobre la importancia de analizar y desagregar los datos por sexo.
11. Implementar estrategias para combatir la desinformación de los medios de comunicación, estableciendo canales de información más eficientes y ágiles dirigidos a los profesionales de la salud.

Sección II. Atención sanitaria

1. Reevaluar la caracterización de la enfermedad por sexo fuera de los marcos iniciales establecidos, adoptando un enfoque no androcentrista. Implica reconocer y abordar las dimensiones sexo/género en la respuesta a la enfermedad.
2. Prestar atención a la evolución natural de la enfermedad infecciosa por sexo, considerando los pródomos, la progresión de los síntomas y la duración del cuadro. Facilitará una comprensión más completa de la enfermedad y permitirá una intervención temprana y efectiva.
3. Valorar la narrativa de las personas afectadas por la enfermedad, mediante una actitud de apertura, reconocimiento y valor epistémico elevados a su narrativa, para comprender plenamente las experiencias de quienes padecen antes de traducirlas a categorías clínicas conocidas.
4. Eliminar la tendencia a «psicologizar» los síntomas en las mujeres, reconociendo la importancia de abordar los síntomas de manera objetiva y sin sesgos de género, para evaluar de forma precisa y justa el problema de salud, independientemente del género de quienes lo padecen.
5. Facilitar espacios de reflexión clínica en los centros de atención primaria y hospitalaria ante la aparición de una nueva enfermedad, que permitirán a los profesionales compartir observaciones, estimular el juicio clínico y mejorar la toma de decisiones más allá de los protocolos establecidos.
6. Ser capaces de modificar las estrategias a medida que se obtiene más información sobre la enfermedad, incluyendo la posibilidad de ajustar la definición de caso, ampliando el enfoque según se adquiere un conocimiento más profundo de la enfermedad y sus manifestaciones.
7. Evitar la implementación de protocolos sexistas o edadistas en situaciones de crisis. Involucrar a especialistas en género y ética en el diseño de los protocolos para garantizar que sean equitativos y respetuosos con la diversidad de las personas atendidas.
8. Garantizar pruebas diagnósticas suficientes para confirmar la enfermedad en los casos posibles, no limitándose a los casos más graves, lo que garantiza una detección temprana y una respuesta eficaz ante la propagación de la enfermedad.
9. Garantizar la seguridad del personal sanitario mediante la provisión adecuada de equipos de protección por sexo, alojamientos alternativos, transporte público seguro y protocolos específicos de actuación, higiene y seguridad.
10. Implementar estrategias para abordar la escasez de profesionales sanitarios en situaciones de crisis, incluyendo la revisión de las carteras de profesionales sanitarios y la promoción de programas de formación y retención.
11. Formación en la carrera de medicina y formación continuada a los profesionales en activo sobre: la importancia de la narrativa de los/las pacientes como fuente de conocimiento, reconociendo la validez de las experiencias individuales en el proceso diagnóstico; la perspectiva de género en la atención médica, especialmente en relación con síntomas estigmatizados como fatiga y cansancio; la identificación y superación de prejuicios y barreras cognitivas que puedan interferir con el juicio clínico (sesgado en múltiples ocasiones); el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico para evitar el uso acrítico de protocolos y la captura del juicio por el miedo, creencias y prejuicios.

Sección III. Vacunación

1. Reconocer la necesidad de una evaluación clínica específica para mujeres en el proceso de vacunación. Esto incluye considerar dosis adecuadas y tener en cuenta efectos secundarios específicos, como la trombosis y el impacto en la menstruación.
2. Visualizar el rol de cuidadora en la vacunación para adaptar estrategias de vacunación, reconociendo que, en la población joven, las mujeres tienden a vacunarse más, lo que puede relacionarse con el potenciado rol de cuidadora que a menudo desempeña y su conciencia del autocuidado.
3. Incidir en el acceso a la vacunación y abordar barreras en la vacunación para colectivos vulnerables con mayor exposición, especialmente aquellos en los que las mujeres están predominantemente representadas.

Sección IV. Los cuidados durante la pandemia

1. Desarrollar un sistema global de cuidados que incluya tanto cuidados no remunerados como profesionales, incorporando un enfoque de género de manera transversal en políticas, servicios e intervenciones.
2. Considerar a las personas cuidadoras no remuneradas como un grupo prioritario en la detección de factores de riesgo y en el diseño de estrategias de intervención.
3. Abordaje integral para personas con trabajos de cuidados informales, considerando:
 - Medidas económicas, sociales y sanitarias específicas a las personas cuidadoras informales como colectivo prioritario para abordar las consecuencias negativas sobre su salud física y mental, especialmente durante crisis.
 - El reconocimiento de las preocupaciones por las que evitan someterse a pruebas bajo el temor a consecuencias laborales y pérdida de apoyos sociales oficiales.
 - Medidas de protección, incluyendo acceso a mascarillas y equipos de protección individual (EPI), y considerarlas como grupo prioritario de vacunación.
4. Fomentar la redistribución de los trabajos de cuidados entre agentes sociales y recursos de cuidados entre todas las personas para aliviar la carga de grupos específicos, especialmente mujeres.
5. Implantar políticas específicas para aumentar la implicación de los hombres en los cuidados, especialmente en los de larga duración.

Tabla 5 (continuación)

6. Aumentar significativamente los recursos destinados a servicios de atención sociosanitaria no residenciales, a personas que requieren cuidados esenciales en situaciones de crisis o limitación de movilidad, incluyendo atención a domicilio, centros de día y profesionales del cuidado, para proporcionar opciones de cuidado más flexibles y adaptadas a las necesidades individuales, y asegurar su disponibilidad y acceso.
7. Diseñar protocolos de actuación que protejan a las personas cuidadas y a sus cuidadoras (informales y profesionales) durante las crisis sin sobrecargar a las mujeres con un exceso de cuidados no remunerados.
8. Desarrollar medidas específicas que permitan a las personas cuidadoras cumplir con sus responsabilidades laborales y de cuidado de manera efectiva y segura, mediante facilidades adicionales para la conciliación laboral y los cuidados en relación con la seguridad laboral o el rol de cuidados de la persona infectada.
9. Rediseñar espacios residenciales para hacerlos más reducidos, hogareños, con servicios y personal suficientes y capacitados para atender las crisis sanitarias.
10. Investigación continua sobre roles de género en cuidados durante emergencias sociales, anticipando el rediseño de estos roles y la planificación de políticas para evitar resituar a las mujeres en posición desigual en el ámbito doméstico y de cuidados.
11. Garantizar una atención más sensible y adaptada a las necesidades individuales, mediante la formación y capacitación de los profesionales sociosanitarios en las dimensiones de género específicas para la atención a personas mayores o dependientes.

biológicos que los hombres³. No obstante, en el presente estudio se acordó que las barreras de acceso al hospital y a la UCI no parecen ser solo por criterios de necesidad, pues entre quienes fallecieron, la hospitalización y el ingreso en la UCI fueron mayores en los hombres⁸.

La investigación androcéntrica conduce a pensar que la sintomatología predominante en los hombres tiene carácter «universal», extrapolándola automáticamente a las mujeres sin comprobar sus posibles diferencias³³. Como en otras patologías²⁷, la COVID-19 ha sido más silente o «atípica», y con frecuencia sin síntomas respiratorios, en las mujeres^{2,3}. Además, en su atención clínica se tendió a pensar que sus síntomas revistieron menor gravedad, cuando esta podía ser moderada³⁴, asociándose a un retraso y una menor realización de pruebas diagnósticas³. Una informante comenta que los criterios de hospitalización eran muy estrictos, contemplando solo el problema respiratorio, la existencia de neumonía con una saturación baja o una fiebre persistente. Por lo tanto, quienes padecían problemas inflamatorios sistémicos (más frecuentes en las mujeres) y no solo respiratorios, aunque fueran graves, no cumpliendo los criterios de hospitalización, no tuvieron igual acceso.

Las personas residentes en centros sociosanitarios fueron las más vulnerables, y pese a que la mayoría eran mujeres, estas fueron hospitalizadas con menor frecuencia que los hombres³⁵. Las respuestas indican que estas mujeres pudieron llegar más graves al hospital, con mayor deterioro cognitivo y más carga farmacológica, y cuando la situación no permitió ingresar a todos los casos graves pudieron ser clasificadas por los protocolos de acceso a la UCI con menor probabilidad de sobrevivir a los procedimientos. La mayoría de informantes clave comentan que esto puede tener relación con el exceso de mortalidad de las mujeres por causas desconocidas.

La priorización de las mujeres por la atención primaria pudo contribuir a sesgos de género asistenciales, como se observó en Canadá³⁶, donde incluso a aquellas con disnea se les realizaron menos pruebas diagnósticas que a los hombres³⁷.

Existe evidencia de que el sistema inmunitario de las mujeres puede explicar la COVID-19 persistente³⁸. Algunas informantes indican que pacientes y profesionales afectados/as plantean que un tratamiento inicial, si lo hubiera habido, podría haber cambiado la intensidad o la duración de los síntomas persistentes, o incluso evitar su aparición³⁹. También lo explican por un sesgo de supervivencia, al fallecer más los hombres⁴⁰, y por un sesgo de notificación, al expresar más los síntomas cuando están enfermas⁴¹.

Según una revisión sistemática, durante el proceso de autorización acelerado de las vacunas, el impacto mediático y la preocupación por su seguridad causaron desinformación⁴². Las informantes coinciden en que el sangrado menstrual abundante es una reacción adversa en la fase posautorización de las vacunas de ARNm^{24,43}, corroborando la falta de perspectiva de género en los ensayos clínicos durante el año 2020, pues solo el 4% de los ensayos clínicos registrados en ClinicalTrials.gov incorporaron un plan de análisis por sexo⁴⁴.

La conciliación durante la COVID-19 fue obligada para las mujeres, según las informantes, y el teletrabajo aumentó la disparidad de género en el trabajo reproductivo⁴⁵, pues las madres invirtieron ese tiempo en actividades más intensas o estresantes que los padres⁴⁶. Esta mayor carga y responsabilidad familiar es un determinante para justificar el retraso de la demanda asistencial de las mujeres cuando comenzaron sus síntomas, y el menor ingreso de casos leves, algunos de los cuales pudieron complicarse⁴⁷. Hubo consecuencias negativas para la salud de las cuidadoras^{48,49}, como el agravamiento de la violencia de género¹⁸, con un aumento del control, la vigilancia y el aislamiento⁵⁰. En la economía informal, las medidas restrictivas impuestas dejaron sin trabajo a muchas más mujeres, viéndose excluidas de las medidas de protección del Estado⁵¹.

Se comprometieron la salud física y la salud mental del personal sanitario a consecuencia de la pandemia y de su gestión, indican las personas informantes, pues a comienzos de la pandemia sufrieron elevada hospitalización y defunciones⁵², así como más estrés post-traumático, ansiedad, depresión y síndrome de *burnout*, especialmente en enfermería⁵³⁻⁵⁶, añadiendo que por falta de perspectiva de género. Entre las razones destacan la escasa disponibilidad de *stock* de medidas de protección individuales y de talla adecuada⁵⁷, falta de personal, desafíos emocionales, información insuficiente y fallos organizativos en épocas de alta mortalidad de pacientes^{54,58}. Otras discriminaciones se evidencian en los Países Bajos, donde a las sanitarias se les realizaron menos pruebas y, por lo tanto, se les pudo diagnosticar menos COVID-19 que a los hombres⁵⁹.

La pandemia ha exacerbado la brecha de género en la productividad académica¹⁹. Las cargas del ámbito reproductivo dificultaron el trabajo en investigación, apuntan las informantes, explicado por su impacto en la capacidad de concentración en el trabajo y la generación de problemas económicos^{60,61}. Esto sucedió en un ambiente de redes de investigación menores, con estereotipos de liderazgo masculinos y más hostil en comparación con el de los hombres^{62,63}.

Salvo un informante clave, el resto son mujeres, lo que supone una limitación, reflejo de su mayor interés en la perspectiva de género y amplia representatividad en las instituciones sanitarias. La información puede estar sesgada según la distinta experiencia profesional, aunque se buscó la diversidad para enriquecer y diversificar las respuestas, que en todo caso se saturaron posteriormente con el acuerdo en la reunión grupal. Razones de tiempo y economía limitan abarcar todos los retos afrontados durante la COVID-19.

Los sistemas sanitarios tienen organizaciones, infraestructuras y normas reguladoras difíciles de modificar. En este contexto, las lecciones aprendidas desde la perspectiva de género aportan información necesaria para un cambio de paradigma en las instituciones de salud, con la finalidad de contribuir al desarrollo de políticas de salud equitativas y a planificar y desplegar acciones de salud pública, como protocolos de actuación y recogida de información eficaces, que faciliten una mejor prevención y una mayor protección de la vida en futuras crisis sanitarias en España.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

La base de datos está disponible en el [Apéndice online](#) de este artículo, donde se encuentran las respuestas de las informantes clave y las conclusiones a las que se llegó en la reunión grupal.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los hombres fallecieron por COVID-19 más que las mujeres, pese a la mayor frecuencia de casos en estas, asociado a sus roles de cuidados y trabajo en servicios sociosanitarios. La falta de datos desagregados por sexo es reclamada mundialmente. Las reacciones adversas de la vacunación y la COVID-19 persistente son más frecuentes en las mujeres.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Aporta una amplia variedad de potenciales razones de las inequidades de género en el afrontamiento de la COVID-19 y sus consecuencias, a partir de las que se plantea una propuesta de lecciones aprendidas.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados, y particularmente las lecciones extraídas de la crisis sanitaria de la COVID-19, pueden ayudar a las personas con poder de decisión a hacer una mejor gestión de futuras crisis de salud.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

C. Llobera Ribera: recogida de datos, análisis e interpretación de los datos, escritura del artículo, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. M.T. Ruiz-Cantero: concepción y diseño del estudio, recogida de datos, análisis e interpretación de los datos, escritura del artículo, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. M. García-Calvente: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. G. Torrell: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. D. González Bermejo: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. C. Olmedo: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. E. Moatassim: análisis e interpretación de los datos y

aprobación de la versión final para su publicación. A. Bacigalupe: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación.

Agradecimientos

Agradecemos sinceramente la colaboración y la dedicación de las personas informantes clave, por el compromiso respondiendo a las preguntas planteadas en el marco de este proyecto y por su contribución activa durante la reunión grupal.

Financiación

El estudio se llevó a cabo con la financiación de la Conselleria d'Innovació, Universitats, Ciència i Societat Digital, dentro de las ayudas urgentes para proyectos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación (i+d+i) por la COVID-19, aprobadas por Decreto 206/2021.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo A. Material suplementario

Puede consultarse material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102358>.

Anexo B. Cuestionario de respuestas abiertas para informantes clave

Falta de información estadística por sexo de la COVID-19

1. ¿Podría sugerir una o más causas, y encontrar una explicación sobre la falta de información por sexo de la COVID-19, como se reconoce en el ámbito nacional e internacional?
2. ¿Qué importancia da a las carencias de información estadística por sexo?
3. ¿Tienen o no trascendencia en las políticas públicas, en los tratamientos sanitarios, en las investigaciones sociológicas o en algún otro aspecto? Argumentar la respuesta.
4. En la literatura científica se ha criticado la falta de inclusión de análisis específicos por sexo en los diseños de las evaluaciones de fármacos. ¿Puede aportar su opinión e incluso información al respecto?

Diferencias en prestaciones sanitarias según sexo, efectos de las vacunas y COVID-19 persistente

1. La menor frecuencia de hospitalización e ingresos en la UCI en mujeres con COVID-19, ¿se relaciona con diferencias en la presentación clínica en las mujeres respecto a los hombres?
2. Sobre fallecidos/as por COVID-19, ¿qué puede explicar las diferencias por sexo en la hospitalización? (Consultar las figuras y tablas aportadas.)
3. Sobre fallecidos/as por COVID-19, ¿qué causas, razones o acontecimientos justifican el menor ingreso de mujeres que de hombres en la UCI? (Consultar las figuras y tablas aportadas.)
4. Sobre el revuelo mediático y en la población acerca de los efectos secundarios de las vacunas de la COVID-19, especialmente en las mujeres en edad fértil, ¿qué razones pueden existir, a favor y en contra, de este problema de salud pública y sus consecuencias?

5. Sobre la COVID-19 persistente, la información existente estima una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. ¿Es posible que la falta de detección precoz de la COVID-19, y en consecuencia de su tratamiento, en las mujeres sea una de las explicaciones?
6. Sobre la COVID-19 persistente, ¿qué otras explicaciones pueden subyacer en que el sexo femenino sea un determinante?

Sobre las consecuencias de la interrupción o falta de coordinación de los servicios sanitarios, sociales, de ayudas a domicilio o de cuidados de larga duración

1. Es un hecho que muchos servicios sanitarios, sociales, de ayudas a domicilio o de cuidados de larga duración se interrumpieron o no se coordinaron. ¿Quién asumió la continuidad y la prestación de los servicios esenciales e imprescindibles?
2. ¿Con qué resultados y consecuencias para las mujeres?
3. El hecho de que, en todo el mundo, el 70% del personal de la atención sanitaria de primera línea y sociosanitario sean mujeres, puede explicar que sean la mayoría de las personas infectadas y fallecidas. ¿Qué medidas preventivas hubieran sido determinantes para su prevención?
4. Dado que las mujeres tienden a actuar como cuidadoras primarias, debe prestarse atención específica a sus necesidades. Se constata que las mujeres han realizado durante la pandemia un triple trabajo: doméstico, de cuidados y remunerado (*online* o en el lugar habitual). El 75% de los trabajos de cuidados los han hecho las mujeres y con desiguales reconocimientos y consecuencias para ambos sexos. ¿Podría explicar por qué?
5. ¿Qué pasó con la conciliación?
6. ¿Qué problemas de salud pública han surgido o se han recrudecido a consecuencia de estos desequilibrios?
7. ¿Fue el confinamiento perjudicial para la salud de las mujeres más que para la salud de los hombres?
8. Se observa que existe una falta significativa de paridad (exceso de hombres y déficit de mujeres) en la gestión, la autoría y la producción científica, siendo que en el conjunto del personal sanitario hay muchas más mujeres que hombres y que la paridad constituye un mandato en nuestra legislación. ¿Qué razones lo pueden explicar?

Bibliografía

1. United Nations General Assembly. Protecting humanity from future health crises: report of the High-Level Panel on the Global Response to Health Crises. New York: United Nations General Assembly; 2016.
2. Martín U, Bacigalupe A, Jiménez Carrillo M. COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1–11.
3. Ancochea J, Izquierdo JL, Savana COVID-19 Research Group, et al. Evidence of gender differences in the diagnosis and management of coronavirus disease 2019 patients: an analysis of electronic health records using natural language processing and machine learning. *J Womens Health*. 2021;30:393–404.
4. Crozier A, Dunning J, Rajan S, et al. Could expanding the covid-19 case definition improve the UK's pandemic response? *BMJ*. 2021;374:n1625.
5. Suthar AB, Schubert S, Garon J, et al. Coronavirus disease case definitions, diagnostic testing criteria, and surveillance in 25 countries with highest reported case counts. *Emerg Infect Dis*. 2022;28:148–56.
6. Tsang TK, Wu P, Lin Y, et al. Effect of changing case definitions for COVID-19 on the epidemic curve and transmission parameters in mainland China: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2020;5:e289–96.
7. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la pandemia de COVID-19. *Gac Sanit*. 2021;35:95–8.
8. López Rodríguez RM, Soriano Villarroel I, coordinadoras. Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
9. Islam N, Shkolnikov VM, Acosta RJ, et al. Excess deaths associated with covid-19 pandemic in 2020: age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries. *BMJ*. 2021;373:n1137.
10. Mangia C, Russo A, Civitelli S, et al. Differenze sesso/genere nella letalità COVID-19: cosa dicono e non dicono i dati. *Epidemiol Prev*. 2020;44:400–6.
11. Hawkes S, Pantazis A, Purdie A, et al. Sex-disaggregated data matters: tracking the impact of COVID-19 on the health of women and men. *Econ Polit*. 2022;39:55–73.
12. Carrillo MJ, Bacigalupe A, Martín U. Monitorización de la COVID-19 en España: ¿es posible un análisis con perspectiva de género? *Gac Sanit*. 2022;36:384–7.
13. Nasiri MJ, Haddadi S, Tahvildari A, et al. COVID-19 clinical characteristics, and sex-specific risk of mortality: systematic review and meta-analysis. *Front Med*. 2020;7:459.
14. Tadir CP, Gisinger T, Kautzky-Willer A, et al. The influence of sex and gender domains on COVID-19 cases and mortality. *Can Med Assoc J*. 2020;192:E1041–5.
15. Arntz M, Ben Yahmed S, Berlingieri F. Working from home and COVID-19: the chances and risks for gender gaps. *Interconomics*. 2020;55:381–6.
16. Rosenfeld DL, Tomiyama AJ. Can a pandemic make people more socially conservative? Political ideology, gender roles, and the case of COVID-19. *J Appl Soc Psychol*. 2021;51:425–33.
17. Bailey C, Guo P, MacArtney J, et al. The experiences of informal carers during the COVID-19 pandemic: a qualitative systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:13455.
18. Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, et al. Domestic violence during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24:719–45.
19. Lee KG, Mennerat A, Lukas D, et al. The effect of the COVID-19 pandemic on the gender gap in research productivity within academia. *eLife*. 2023;12:e85427.
20. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. En: *Human Resources for Health Observer Series No. 24*. Geneva: World Health Organization; 2019.
21. Feikin DR, Higdon MM, Abu-Raddad LJ, et al. Duration of effectiveness of vaccines against SARS-CoV-2 infection and COVID-19 disease: results of a systematic review and meta-regression. *Lancet*. 2022;399:924–44.
22. Pormohammad A, Zarei M, Ghorbani S, et al. Efficacy and safety of COVID-19 vaccines: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Vaccines*. 2021;9:467.
23. Bignucolo A, Scarabel L, Mezzalana S, et al. Sex disparities in efficacy in COVID-19 vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Vaccines*. 2021;9:825.
24. Nazir M, Asghar S, Rathore MA, et al. Menstrual abnormalities after COVID-19 vaccines: a systematic review. *Vacunas*. 2022;23:577–87.
25. Cabrera Martimbiano AL, Pacheco RL, Bagattini AM, et al. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2021;75:e14357.
26. Sachs JD, Karim SSA, Aknin L, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2022;400:1224–80.
27. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet Women and Cardiovascular Disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021;397:2385–438.
28. Kelada M, Anto A, Dave K, et al. The role of sex in the risk of mortality from COVID-19 amongst adult patients: a systematic review. *Cureus*. 2020;12:e10114.
29. Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gen Dev*. 2019;27:355–69.
30. Sugimoto CR, Ahn Y-Y, Smith E, et al. Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. *Lancet*. 2019;393:550–9.
31. Fricker M. *Injusticia epistémica*. Barcelona: Herder; 2017.
32. Gobierno de España. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/loj/2007/03/22/3/con>.
33. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51:106–9.
34. Torrell Vallespín G, Rovira Fontanals A, Sánchez Amat M, et al. Construyendo la semiología de la COVID-19: los sabios ciegos y el elefante. *Gac Sanit*. 2022;36:416–24.
35. Aguilar-Palacio I, Maldonado L, Marcos-Campos I, et al. Understanding the COVID-19 pandemic in nursing homes (Aragón, Spain): sociodemographic and clinical factors associated with hospitalization and mortality. *Front Public Health*. 2022;10:928174.
36. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, et al. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:38.
37. Groeneveld JM, Ballering AV, Van Boven K, et al. Sex differences in incidence of respiratory symptoms and management by general practitioners. *Fam Pract*. 2020;37:631–6.
38. Ortona E, Malorni W. Long COVID: to investigate immunological mechanisms and sex/gender-related aspects as fundamental steps for tailored therapy. *Eur Respir J*. 2022;59:2102245.
39. Rushforth A, Ladds E, Wieringa S, et al. Long Covid - the illness narratives. *Soc Sci Med*. 2021;286:114326.
40. Pijls BG, Jolani S, Atherley A, et al. Temporal trends of sex differences for COVID-19 infection, hospitalisation, severe disease, intensive care unit (ICU) admission and death: a meta-analysis of 229 studies covering over 10 M patients. *F1000Research*. 2022;11:5.
41. Overfield T. *Revival: race, age, and sex differences*. Milton: CRC Press; 2017.
42. Zhao S, Hu S, Zhou X, et al. The prevalence, features, influencing factors, and solutions for COVID-19 vaccine misinformation: systematic review. *JMIR Public Health Surveill*. 2023;9:e40201.
43. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. *Vacunas COVID-19, informe de farmacovigilancia*. Informe técnico N.º 18. AEMPS, Ministerio de Sanidad; 2022.

44. Brady E, Nielsen MW, Andersen JP, et al. Lack of consideration of sex and gender in COVID-19 clinical studies. *Nat Commun.* 2021;12:4015.
45. Lyttelton T, Zang E, Musick K. Telecommuting and gender inequalities in parents' paid and unpaid work before and during the COVID-19 pandemic. *J Marriage Fam.* 2022;84:230–49.
46. Augustine JM, Prickett K. Gender disparities in increased parenting time during the COVID-19 pandemic: a research note. *Demography.* 2022;59:1233–47.
47. Bühler N, Pralong M, Rawlinson C, et al. Caring during COVID-19: reconfigurations of gender and family relations during the pandemic in Switzerland. *Front Sociol.* 2021;6:737619.
48. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA.* 2014;311:1052.
49. Del Río-Lozano M, García-Calvente M, Elizalde-Sagardía B, et al. Caregiving and caregiver health 1 year into the COVID-19 pandemic (CUIDAR-SE Study): a gender analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:1653.
50. Van Gelder N, Peterman A, Potts A, et al. COVID-19: reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EclinicalMedicine.* 2020;21:100348.
51. Díaz-Ordaz L. Real work: domestic workers' exclusion from the protections of labor laws. *Buffalo J Gend Law Soc Policy.* 2010;19:107.
52. Gholami M, Fawad I, Shadan S, et al. COVID-19 and healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2021;104:335–46.
53. Koontalay A, Suksatan W, Prabsangob K, et al. Healthcare workers' burdens during the COVID-19 pandemic: a qualitative systematic review. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:3015–25.
54. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021;121:104002.
55. Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, et al. The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:8172.
56. Schneider J, Talamonti D, Gibson B, et al. Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: a systematic review. *J Health Psychol.* 2022;27:1875–96.
57. Janson DJ, Clift BC, Dhokia V. PPE fit of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Appl Ergon.* 2022;99:103610.
58. Rabin S, Kika N, Lamb D, et al. Moral injuries in healthcare workers: what causes them and what to do about them? *J Health Leadersh.* 2023;15:153–60.
59. Ballering AV, Oertelt-Prigione S. Lifelines Corona Research Initiative, et al. Sex and gender-related differences in COVID-19 diagnoses and SARS-CoV-2 testing practices during the first wave of the pandemic: the Dutch Lifelines COVID-19 Cohort Study. *J Womens Health.* 2021;30:1686–92.
60. Caldarulo M, Olsen J, Frandell A, et al. COVID-19 and gender inequity in science: consistent harm over time. *PLoS One.* 2022;17:e0271089.
61. Carrillo MJ, Martín U, Bacigalupe A. Gender inequalities in publications about COVID-19 in Spain: authorship and sex-disaggregated data. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20:2025.
62. Casad BJ, Franks JE, Garasky CE, et al. Gender inequality in academia: problems and solutions for women faculty in STEM. *J Neurosci Res.* 2021;99:13–23.
63. Bacigalupe A, Cabezas-Rodríguez A, Giné-March A, et al. Invisibilidad de género en la gestión de la COVID-19: ¿quién toma las decisiones políticas durante la pandemia? *Gac Sanit.* 2022;36:156–9.