

¹ Regina Ruiz de Viñaspre
Hernández
¹ Ana Cobos Rincón

Evaluación de la integración de la perspectiva de género en el Plan de Salud de La Rioja

¹ Doctora. Servicio Riojano de Salud

Dirección de contacto: rrhernandez@riojasalud.es

"Es inexcusable integrar el principio de igualdad en políticas de salud, y para ello, estadísticas, encuestas sanitarias, políticas, estrategias y programas de salud "integrarán activamente" en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias."

Art. 27. Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (2007)

Cómo citar este artículo:

Ruiz de Viñaspre Hernández R, Cobos Rincón A. Evaluación de la integración de la perspectiva de género en el Plan de Salud de La Rioja. RIdEC 2020; 13(1):49-62.

Fecha de recepción: 6 de abril de 2020. Aceptada su publicación: 28 de abril de 2020.

Resumen

Objetivo: evaluar la integración de la perspectiva de género del Plan de Salud de La Rioja, identificar áreas de mejora y proponer recomendaciones.

Método: la evaluación del plan se realizó siguiendo la metodología de enfoque integrado de género (*mainstreaming*), durante los meses de octubre y noviembre de 2019. Las herramientas han sido: *La guía de aplicación de la evaluación de políticas públicas con enfoque de género* del Instituto Andaluz de Administración Pública, *La guía de desigualdades en salud de Andalucía* y el documento "Hablemos de sexo".

Resultados: el plan de salud no establece un compromiso explícito con la equidad de género. Hombres y mujeres riojanos no participan de manera igualitaria en la toma de decisiones sobre la política sanitaria. La falta de análisis de variables socioeconómicas impide identificar colectivos vulnerables. No se mide el impacto que las medidas sanitarias ya tomadas tienen en hombres y mujeres. La mayoría de los datos no están desagregados por género. No se incluye el género como unidad de análisis que permita identificar las causas y consecuencias de la desigualdad. No se establecen objetivos ni acciones para reducir las brechas de desigualdad.

Conclusiones: el actual plan de salud de La Rioja no incluye la perspectiva de género. Todas y cada una de las fases de elaboración del plan de salud son sustancialmente mejorables desde la perspectiva de género.

Palabras clave: plan de salud; género; transversalidad; política sanitaria.

Abstract

Assessment of the integration of a gender perspective in the Health Plan in La Rioja

Purpose: to assess the integration of the gender perspective in the Health Plan in La Rioja; to identify areas for improvement and offer recommendations.

Methods: the evaluation of the plan was based on the method of an integrated gender approach (*mainstreaming*) in October/November 2019. The following tools were used: "La guía de aplicación de la evaluación de políticas públicas con enfoque de género" by the Instituto Andaluz de Administración Pública, "La guía de desigualdades en salud de Andalucía", and the paper "Hablemos de sexo".

Results: the health plan does not include an explicit commitment to gender equity. In La Rioja, men and women do not participate equitably in decision-making on health policy. The lack of an analysis of socio-economic variables prevents the identification of vulnerable groups. The impact of already implemented health measures on men and women is not evaluated. Most data are not disaggregated by gender. Gender is not included as analysis unit allowing to identify causes and consequences of inequality. No targets or actions are established to reduce inequality gaps.

Conclusions: the current health plan in La Rioja does not include gender perspective. All phases of health plan development can be substantially improved from a gender perspective.

Key words: health plan; gender; mainstreaming; health policy.

Introducción

La salud es un derecho, un factor macroeconómico de primer orden, un componente esencial del bienestar, un producto de bien público global y parte constituyente de la justicia social y de la equidad, entendida como "la ausencia de diferencias en salud sistemáticas, injustas y evitables" (1).

Una de las "Diez amenazas para la salud mundial en 2019" identificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido la inequidad de género que impide que mujeres y hombres tengan la misma posibilidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud. La inequidad no solo afecta negativamente a la salud individual de las mujeres, sino que menoscaba el nivel de salud de toda la comunidad, incrementa los costes sanitarios y sociales y repercute en los sistemas asistenciales generando demandas y retrayendo recursos (2,3). Todos los países constatan la persistencia de la desigualdad de género en salud (1), en parte como consecuencia de seguir ignorando los problemas de salud de las mujeres, tanto en la investigación biomédica y como en la planificación sanitaria (4,5).

La perspectiva de género aporta un nuevo paradigma en la concepción social de ser hombre y mujer y proporciona un marco de referencia que, reconociendo que mujeres y hombres no pueden ser tratados como un grupo homogéneo, es muy útil para analizar y formular políticas, programas y proyectos, así como para orientar la recolección de datos (Ministerio de Salud, 2015). Además, esta perspectiva enfatiza el abordaje de la diversidad, considerando además del sexo, factores como la edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, etnicidad y pertenencia a grupos específicos de la población (6). La legislación internacional, europea y española conmina, a quienes son responsables del desarrollo de las políticas sanitarias, a incluir como principio básico de la gestión de la salud la perspectiva de género.

El *gender mainstreaming* o transversalidad es la estrategia más aceptada para promover la igualdad efectiva entre mujeres y hombres desde las políticas públicas. Aplicada a las políticas sanitarias significaría integrar las relaciones de género en todos los procesos de decisión y gestión, con los objetivos de: introducir las preocupaciones, particularidades y necesidades de hombres y mujeres, hacer políticas públicas igual de eficaces para hombres que para mujeres, analizar el efecto que estas tienen en unas y otros e introducir, si fuese necesario, medidas compensatorias que garanticen el propósito final de alcanzar la igualdad efectiva (7).

El Plan de Salud (PS) es una herramienta fundamental para evitar la inequidad (8). La Ley General de Sanidad dispone que cada comunidad autónoma elabore un PS que recoja todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud. Estos planes aceptan marcos teóricos que priorizan estrategias y las hacen operativas dentro de las características propias de su población (9). La inclusión de la perspectiva de género en los planes de salud respondería al cumplimiento de la 4ª estrategia del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Sanidad (2010), que establece la necesidad de "analizar las políticas de salud y promover acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género".

Aunque la normativa española incorpora la defensa de la igualdad entre hombres y mujeres (Constitución, 1978; Ley de igualdad, 2007), alude, en muchos de sus planteamientos, a la responsabilidad con la igualdad más que a la obligatoriedad de su cumplimiento, lo que propicia una brecha entre la igualdad de "jure" y la igualdad de "facto" (10). La norma es necesaria pero no suficiente, requiere de la voluntad y el compromiso político de aquellos agentes que planifican, implementan y evalúan las políticas sanitarias públicas de las comunidades autónomas. Se desconoce en qué medida las comunidades autónomas hacen operativa la equidad de género en sus PS. El "Informe de Salud y Género 2005" dejaba constancia de que la mayoría de los PS, aunque incluían la equidad de género como un principio general, los objetivos y las medidas operativas para hacerla efectiva eran escasas. Es probable que la Ley de igualdad de 2007 y el Plan de calidad de 2010 hayan mejorado esta situación, aunque se carece de datos actualizados.

El propósito de esta investigación es evaluar la integración de la perspectiva de género en el PS riojano, identificar áreas de mejora y proponer recomendaciones.

Material y método

Este trabajo consiste en la evaluación del Plan de Salud de La Rioja (2014-2019) siguiendo la metodología de enfoque integrado de género (*mainstreaming*) (11). La revisión del plan se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2019.

Las herramientas utilizadas para el diagnóstico de la inclusión de la perspectiva de género en el PS de La Rioja han sido:

- La guía de aplicación de la evaluación de políticas públicas con enfoque de género del Instituto Andaluz de Administración Pública. Esta guía propone 27 preguntas que se agrupan en los siguientes bloques: 1º Pertinencia de género, 2º Antecedentes

y diagnóstico, 3º Planificación, 4º Evaluación y 5º Presentación. Estas preguntas ayudan a verificar si se han identificado las relaciones de género en el ámbito de la salud, a profundizar en las causas de la desigualdad, calibrar sus efectos y en función de todo ello realizar recomendaciones (12).

Evaluar desde el enfoque de género implica considerar sistemáticamente el género como categoría de análisis, para ello es necesario: que la información a evaluar esté desagregada por sexo (variable de análisis) e incluir las dimensiones de análisis, determinantes de salud e indicadores que permiten evaluar hasta qué punto la política sanitaria aplicada ha sido un elemento transformador y ha incidido en el avance de la igualdad de género. El enfoque de género también requiere emplear un lenguaje inclusivo que evite el mantenimiento de estereotipos en hombres y mujeres que justifiquen o perpetúen cualquier discriminación. Por tanto, la respuesta a algunas de las cuestiones planteadas en la guía de evaluación ha requerido el uso de otras dos herramientas de análisis.

- *La guía de desigualdades en salud de Andalucía* (13), que incluye una serie de indicadores para el diagnóstico basándose en el modelo propuesto por la *Women and Gender Equity Knowledge Network*, en un informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (14). Este modelo identifica las dimensiones y los determinantes de la salud sensibles al género y los indicadores para monitorizar las desigualdades de género en salud.
- El documento "Hablemos de sexo" (15), útil para el análisis y la identificación de sexismo y el androcentrismo lingüístico en el discurso sanitario del PS.

Las características de este trabajo hacen que no sea pertinente la aprobación del mismo por un comité de ética de la investigación.

Resultados

Bloque 1. Pertinencia de género

1.- ¿La política o plan afecta directa o indirectamente a mujeres y hombres?

SÍ. El género juega un papel específico en el riesgo, la incidencia y la prevalencia de patologías específicas, en su tratamiento y en el impacto en su calidad de vida.

Recomendación. El PS tiene que declarar su acuerdo con el principio de equidad en salud y establecer un compromiso explícito con la legislación vigente para llevarlo a cabo. Necesita un marco legislativo de la propia comunidad que respalde la pertinencia de la elaboración del plan desde la perspectiva de género.

2.- En caso afirmativo, ¿partían las mujeres y los hombres de la misma situación y posición en el ámbito de la política, en términos de acceso a los recursos, toma de decisiones, valores, derechos, participación y representación?

NO. Las mujeres riojanas estaban infra-representadas tanto entre la población a la que se consultó, como entre las personas que participaron en la toma de decisiones en salud.

Los cuatro foros invitados a opinar sobre la priorización de los problemas fueron: "foro de directivos, de profesionales sanitarios y el foro social que incluía la universidad, organizaciones sindicales y empresariales, mutuas laborales y asociaciones de pacientes y/o de familiares de enfermos". La participación de la ciudadanía a través del foro social fue escasa y la participación del número de hombres y mujeres no se recoge, aunque sí se sabe que los organismos riojanos incluidos en el foro social estaban presididos o dirigidos mayoritariamente por hombres. De los cuatro comités que elaboran el plan (consejo de dirección, comité de expertos, comité técnico de redacción, comité técnico de seguimiento y redacción) solo se conocen las mujeres y hombres que componen el comité de expertos: era mujer el 40% de las personas que coordinaron los grupos de trabajo y el 65% de las integrantes de estos grupos. Aunque el porcentaje de profesionales sanitarias, en 2013, era del 77% (73% en Atención Especializada y 82% en Atención Primaria).

Recomendación. Una planificación con perspectiva de género requiere:

- Un compromiso explícito de las personas situadas en puestos de decisión dentro de las distintas estructuras organizativas para garantizar la igualdad de representación de hombres y mujeres, así como el compromiso explícito del propio personal que las conforma para hacer efectiva esta igualdad.

3.- ¿Afecta el plan o política a los estereotipos de género o a los valores sociales?

SÍ. En el prólogo del PS realizado por el Consejero de Salud de La Rioja dice que el eje del PS es el "paciente". El término "paciente" para referirse a toda la población riojana es pobre y poco inclusivo, y expresa la concepción masculinizada de la salud que asumía el propio consejero.

El plan se orienta hacia el hombre enfermo lo que excluye aquellas dolencias de las mujeres que la medicina no define como enfermedades.

Recomendación. El plan debe evitar mantener los estereotipos de género e ir promoviendo valores sociales de igualdad y equidad.

- Adoptar un concepto de salud inclusivo desde la perspectiva de la salud donde la persona sean el referente y no la enfermedad.
- Adoptar el modelo sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la OMS.

4.- ¿Se extrae alguna información complementaria al interseccionar sexo con otras variables como origen, situación socioeconómica, edad, etnia, etc.?

NO. El documento no aporta información complementaria sobre otras variables sociales (salvo la edad cuando se presentan datos de prevalencia).

Recomendación. El plan debe describir las condiciones de salud de la población riojana según la clase socioeconómica, el sexo, la edad, la etnia o la raza o el lugar del territorio en el que se viva mediante la desagregación de los datos por estas variables. Analizar la interrelación entre estas variables (perspectiva interseccional) para identificar aquellos colectivos con mayor discriminación (p. ej.: mujeres inmigrantes seropositivas).

Bloque 2. Antecedentes y diagnóstico

5.- ¿Se ha tenido en cuenta en el diagnóstico el impacto de género de otras acciones desarrolladas con anterioridad y relacionadas con el ámbito de la política a evaluar?

NO. Los resultados de las acciones planificadas en el PS anterior no se desagregan por sexo, lo que impide evaluar su impacto en hombres y mujeres. Un ejemplo, en La Rioja la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad global. La principal causa de ECV en hombres es la cardiopatía isquémica incluido el infarto (IAM) y en mujeres la insuficiencia cardiaca (IC). Desde 2014 en La Rioja se implantó el programa "Código Infarto Rioja", con realización de angioplastia primaria precoz en la fase aguda del IAM, que ha supuesto un descenso de la mortalidad por IAM, es probable que el impacto en la mortalidad por ECV hayan beneficiado a más hombres que mujeres, pero al no desagregar este dato por sexo no se puede evaluar.

Recomendación. Al evaluar los logros obtenidos en salud con las medidas aportadas en el actual plan se debe medir cuánto han impactado estos logros en la salud de hombres y mujeres, para ello la desagregación de todos los datos es imprescindible.

6.- ¿Se hace referencia en el plan al cumplimiento de algún mandato normativo de igualdad de género, que vincule al ámbito de actuación de la política o plan a evaluar?

NO. El PS no explicita el derecho a la igualdad en salud de mujeres y hombres. No menciona la normativa genérica de igualdad de género (tratados o convenios internacionales, europeos, o normativa estatal, autonómica, o local), ni la normativa específica.

Recomendación. El plan dentro de su documentación de referencia debería incorporar un repaso sucinto por toda la normativa y aportar aquellos mandatos concretos del derecho a la igualdad de género en el ámbito de la salud.

7.- ¿Se hace referencia al cumplimiento de algún pacto o compromiso político de igualdad de género que vincule al ámbito de actuación de la política o plan?

SÍ, parcialmente. El PS de La Rioja dice alinearse con la línea estratégica de salud y género (aunque no explica en qué consiste). No alude a ningún otro compromiso político establecido en el ámbito internacional, europeo, nacional o autonómico referente a la equidad de género en salud.

Recomendación. La Rioja necesita una ley de igualdad que promueva la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas. Se recomienda que el plan se alinee con los compromisos políticos establecidos en el ámbito internacional, europeo, nacional y autonómico que buscan la equidad en salud. Se recomienda describir los marcos estratégicos y aportar líneas estratégicas y objetivos que se hayan marcado en igualdad y que puedan interpelar a la política concreta.

8.- ¿Se tiene en cuenta la perspectiva de género a la hora de definir la población destinataria/beneficiaria/diana?

SÍ. El plan considera como población diana de sus actuaciones a toda la población riojana sin ningún requisito legal previo que pueda generar discriminación.

Recomendación. Mantener una fórmula de definición de la población diana que no requiera reconocimiento previo, sino que sea una situación de hecho. Evitar referirse a la población diana como "paciente".

9.- ¿Se identifican los grupos de interés para la elaboración del plan desde un análisis de la consideración que cada uno tiene para la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres?

NO. No se identifican los grupos de interés que pudiesen verse afectados por el plan ni su composición por sexo, ni su vinculación con la igualdad de género. Ninguna asociación de mujeres de la comunidad participó en ninguna de las fases del plan.

Recomendación. La participación de hombres y mujeres en todos los comités y foros debe ser paritaria y se ha de garantizar la participación de organizaciones de mujeres a lo largo de todo el ciclo del plan: mujeres del área rural, inmigrantes o a cargo de familias monoparentales, mujeres empresarias y autónomas, o las mujeres con discapacidad deben estar representadas de manera proporcional.

10.- ¿El diagnóstico cuenta con todas las variables pertinentes al género desagregadas por sexo?

NO. La mayoría de las variables no se desagregan por sexo. Las variables desagregadas solo corresponden a las tasas de prevalencias de algunas patologías, pero no de todas.

Recomendación. Es necesario desagregar todos los datos por sexo, los que no se tengan habría que especificarlo y explicar por qué no se aportan. La desagregación es imprescindible, aunque no suficiente, para evaluar el efecto en la igualdad de género

11.- ¿Se identifican las brechas de género en el problema o necesidad?

NO. El plan describe problemas de salud según sexo, pero no identifica brechas de género. Un caso paradigmático de esto lo constituye el consumo de hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes mayoritario en mujeres que carece de análisis de género.

Recomendación. Describir desigualdades entre hombres y mujeres no es suficiente para identificar brechas de género, la identificación de estas brechas requiere una mirada que explore si las desigualdades son o no evitables. Se recomienda la identificación y descripción de las diferencias y el esfuerzo científico de explicar sus causas no evitables y evitables mediante la investigación o la revisión de la literatura existente.

12.- ¿El diagnóstico determina las causas y consecuencias de las desigualdades detectadas?

NO. El plan no explica las desigualdades en salud, ni sus causas ni sus consecuencias ya que el género no se utiliza como unidad de análisis. No realiza un análisis de las variables que puedan estar manteniendo o incrementado la situación de desigualdad. Un ejemplo, se dice que el cuidado de las personas dependientes recae mayoritariamente en las mujeres de las familias, sin un análisis posterior de porque cuidan las mujeres y del efecto del cuidado en su salud.

Recomendación. Incluir las diferencias en salud entre las líneas prioritarias de investigación en salud de la comunidad e incluir revisiones de la literatura científica sobre los factores que explican estas desigualdades en todas las situaciones de salud abordadas en el PS.

13.- ¿Se tiene en cuenta la diversidad de los grupos de mujeres y hombres, según la edad, el medio rural-urbano, el nivel de estudios, etc.?

NO. La única variable que se cruza ocasionalmente con el sexo a lo largo del texto es la edad.

Recomendación. Hay que realizar un análisis de interseccionalidad del sexo y la edad con otras variables: nivel de estudios, lugar de residencia (urbano, rural), renta o situación laboral. Este tipo de análisis no solo identifica discriminaciones en la salud de hombres o mujeres, sino también los grupos de hombres y mujeres más vulnerables.

Bloque 3. Planificación y despliegue

14.- ¿El plan o política hace explícita la necesidad de erradicar las desigualdades de género?

NO. El PS de La Rioja no recoge la necesidad ni el compromiso político de hacerlo.

Recomendación. Explicitar en la presentación o en el prólogo o en la justificación del plan el propósito político de trabajar desde el ámbito de la salud para lograr la igualdad de género.

15.- ¿Se prevé la participación equilibrada de mujeres y hombres de los grupos de interés en todas las fases del plan?

NO. No se plantea la participación proporcional de hombres y mujeres, tampoco cuenta con la participación de otras consejerías, instituciones de la comunidad, asociaciones, fundaciones o empresas en su propósito de mejorar la salud de la ciudadanía riojana.

Recomendación. Asegurar la representación paritaria de los hombres y las mujeres que serán beneficiarios del plan, así como su participación en la elaboración de este y el proceso de toma de decisiones. Es necesario que el PS entienda la salud de una manera global, participativa e interrelacionada con el resto de las actuaciones políticas.

16.- ¿Se definen retos u objetivos esperados de igualdad de género?

NO. Ninguno de los 201 objetivos específicos que se establecen en el plan se formuló para reducir la desigualdad de género.

Recomendación. Para cada situación de salud abordada en el plan o para cada brecha de género en salud identificada se debe formular al menos un objetivo de igualdad. Es necesario que el objetivo se enuncie de manera operativa, es decir, que sea concreto y medible.

17.- ¿Se han diseñado acciones positivas (dirigidas a mujeres) en coherencia con las desigualdades identificadas y con los objetivos establecidos?

NO. El plan no recoge ninguna acción positiva.

Recomendación. Toda brecha de género identificada en el análisis debe ir acompañada de una acción positiva con el objetivo de compensar esta desigualdad. Un caso concreto de discriminación positiva en esta comunidad sería establecer acciones y recursos para evitar que las mujeres riojanas sigan siendo las únicas españolas que tienen que trasladarse a otra comunidad para ejercer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

18.- ¿Se han diseñado otras acciones de igualdad en coherencia con las desigualdades identificadas y con los objetivos establecidos?

NO. Como consecuencia de la falta de identificación de las brechas de género y de objetivos para eliminarlas, no se ha diseñado ninguna acción.

Recomendación. Cada objetivo de igualdad elaborado para una situación de salud o una brecha de género identificada debería ir acompañado de la programación de, al menos, unas acciones concretas para su logro.

19.- ¿Se describe si existen sistemas de información y bases de datos que capturen la variable sexo y otros perfiles como la edad, la formación, el número de hijos e hijas, u otros, en el caso de personas físicas?

NO. No constan sistemas de información o bases de datos que capturen estas variables.

Recomendación. El plan debe prever los sistemas de gestión de la información necesarios para poder hacer un seguimiento sobre la evolución de la igualdad de género a lo largo del plan y para la posterior evaluación de los objetivos propuestos para eliminar la brecha de género.

20.- ¿En la planificación y elaboración del plan se ha contado con la participación de asociaciones, personas expertas y/o grupos de mujeres potencialmente destinatarias?

NO. Solo han participado personal del sector sanitario.

Recomendación. El plan tiene que incluir de manera equilibrada a los diferentes colectivos de mujeres riojanas en todas las fases del plan. Así como sistemas de seguimiento que permitan dar cuenta de que se cumple este compromiso.

Bloque 4. Evaluación

21.- ¿Existen indicadores de género que permitan hacer un seguimiento y evaluación del logro de la igualdad de género que se hayan planteado?

NO. De los 98 indicadores de género chequeados solo nueve se incluyen en el PS (Cuadro 1).

Recomendación. Utilizar como indicador la brecha en salud que se quiere eliminar (p. ej.: tiempo que hombres y mujeres dedican a cada una de las actividades de cuidado de menores).

Cuadro 1. Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
1. Todos los datos aportados están desagregados por sexo cuando se refieren a personas	No
2. Se describen los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género	
Mortalidad	
• Tasa de mortalidad (por causas)	Sí
• Tasa de mortalidad materna	No
• Tasa de mortalidad infantil	Sí
Esperanza de vida	
• Esperanza de vida libre de enfermedad crónica y/o discapacidad	No
• Esperanza de vida libre de limitación funcional para la vida diaria	No
Morbilidad	
• Prevalencia de problemas de salud crónicos según tipos	Sí
Accidentabilidad	
• Tasa de accidentabilidad en espacio doméstico	No
• Tasa de accidentabilidad de conductores	Sí
• Tasa de accidentabilidad en el trabajo (accidentes laborales)	Sí
Discapacidad	
• Prevalencia de dependencia funcional	Sí
• Tasa de participación en la actividad económica de las personas con discapacidad (mayores de 18 años)	No
Salud percibida	
• Mala y regular salud percibida	No
Salud sexual	
• Población activa sexualmente que reporta satisfacción con su vida sexual	No
• Edad de inicio de las relaciones sexuales	No

Cuadro 1. Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (continuación)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
Salud reproductiva <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de abortos (espontáneos y provocados) sobre el total de embarazos • Embarazos no planificados en adolescentes (15 a 19) • Embarazos en mujeres mayores de 40 años (planificados y no planificados) • Número de técnicas de reproducción asistida 	No No No No
Violencia y maltrato <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de violencia contra las mujeres por relación con la persona agresora 	No
Contexto sociopolítico y políticas municipales <ul style="list-style-type: none"> • Participación de hombres y mujeres en órganos de poder político • Existencia de plan de igualdad 	No No
Recursos comunitarios (no sanitarios) <ul style="list-style-type: none"> • Asociaciones y grupos de apoyo • Plazas en centros residenciales públicos y privados para personas dependientes de 65 o más años en relación con la demanda de estas plazas • Tasa de natalidad en madres adolescentes (15 a 19 años) • Tasa de natalidad en madres solteras y que no conviven en pareja 	No No No No
Estructura por clase social o niveles de ingresos <ul style="list-style-type: none"> • Jefaturas de hogar femeninas y masculinas • Tasa de riesgo persistente de pobreza, por hogares liderados por mujeres solas 	No No
Estructura por educación <ul style="list-style-type: none"> • Número de años de escolarización formal recibida • Existencia de currículo y materiales libres de estereotipos en los diferentes niveles de educación • Porcentaje de centros que dedican un tiempo específico a trabajar la formación afectivo-sexual y la salud sexual y reproductiva del alumnado 	No No No
Estructura de hogares y familia <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de hogares con presencia de personas con discapacidad o limitación que requieren de atención • Tasa de hogares con jefatura femenina en cada estrato económico 	No No
Capital social/apoyo social <ul style="list-style-type: none"> • Población que declara sentirse a gusto en su vecindario o que refiere tener un/a vecino/a al que pueden pedir ayuda • Utilización de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito familiar/de amistades • Porcentaje de población que participa en organizaciones sociales 	No No No
Condiciones de empleo y trabajo situación laboral <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población según situación laboral • Población ocupada según tipo de jornada • Personas inactivas que no buscan empleo por razones familiares • Población desempleada • Población desempleada en el hogar según sexo del/la cabeza de familia • Población desempleada en el hogar según tipos de pobreza y exclusión 	No No No Sí No No

Cuadro 1. Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (*continuación*)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> • Media de tiempo que tardan las personas hasta poder trabajar regularmente y con derechos sociales • Tasas de temporalidad y estabilidad de la contratación • Población que ha tenido problemas con su salud sexual y reproductiva ocasionado por el tipo de trabajo y/o contacto con químicos • Mujeres embarazadas que han tenido problemas en su embarazo por razones relacionadas con el trabajo remunerado • Permisos de paternidad con relación al número de padres • Grado de dificultad para conciliar vida profesional/familiar/personal • Empresas lideradas por mujeres • Porcentaje de mujeres que participan en las instancias de toma de decisiones en las empresas (directorios, gerentes, etc.) 	No No No No No No No
Ámbito reproductivo y de cuidados: cuidados informales a personas mayores de 65 años y/o con trastorno crónico o discapacidad <ul style="list-style-type: none"> • Personas dependientes según parentesco con conviviente • Porcentaje de hogares que tienen al menos una persona que no puede realizar una actividad de su vida diaria • Personas cuidadoras según edad • Personas cuidadoras según nivel socioeconómico • Número de horas/semana de cuidado en días laborables • Porcentaje de personas cuidadoras informales que participan en redes de cuidadores/as o en grupos de autoayuda • Tipo de cuidado que realizan los hombres y las mujeres en el cuidado formal 	No No No No No No No
Ámbito reproductivo y de cuidados: crianza e infancia <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo que hombres y mujeres dedican a cada una de las actividades de cuidado de menores • Porcentajes de hombres que hacen uso de las licencias paternas • Razones por las cuales los hombres no hacen uso de las licencias paternas • Porcentaje de padres/parejas que comparten la responsabilidad de la crianza 	No No No No
Ámbito reproductivo y de cuidados: trabajo doméstico <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de hombres y mujeres que se definen como amos/as de casa • Tipo de tareas domésticas realizadas en el hogar • Porcentaje de hogares que disponen de apoyo formal • Participación de los miembros familiares en el trabajo doméstico 	No No No No
Condiciones de vivienda <ul style="list-style-type: none"> • Población que tiene una vivienda, por tipo de posesión • Porcentaje de los ingresos brutos del hogar dedicado a la compra o alquiler de la vivienda en función de la persona de referencia • Incidencia de situaciones de hacinamiento en la vivienda según tipo de hogar • Población de 18 y más años que consideran que disponen de espacio propio dentro del hogar 	No No No No
Entorno físico, seguridad y protección <ul style="list-style-type: none"> • Población que utiliza las zonas verdes como lugares de ocio o práctica de ejercicio físico • Porcentaje de la población que percibe su comunidad como segura 	No No

Cuadro 1. Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (continuación)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
Hábitos de vida, conductas saludables/de riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Población fumadora • Prevalencia de sedentarismo 	Sí Sí
Servicios de salud: recursos sanitarios disponibles <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de servicios sanitarios que tienen programas de atención a adolescentes • Existencia de programas de información/educación en anticoncepción y salud reproductiva 	No No
Servicios de salud: acceso y cobertura a los servicios sanitarios <ul style="list-style-type: none"> • Población sin ningún tipo de cobertura sanitaria • Cobertura de programas especiales de asistencia a familiares cuidadores/as 	No No
Servicios de salud: utilización de los servicios sanitarios <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que tuvieron un aborto en el último año (dentro y fuera de la CC.AA. de La Rioja) y que recibieron atención post-aborto • Existencia de campañas sobre los derechos en salud reproductiva • Nivel de satisfacción de usuarios/as • Valoración de usuarios/as de la efectividad de los servicios sanitarios • Valoración de usuarios/as de la seguridad de los servicios sanitarios • Valoración de usuarios/as de la accesibilidad de los servicios sanitarios • Satisfacción de usuarios/as con el trato recibido 	No No No No No No No
Servicios de salud: calidad y satisfacción con los servicios sanitarios <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de mecanismos de seguimiento de la calidad asistencial con participación de usuarios y usuarias y de organizaciones territoriales con perspectiva de género • Grado de conocimiento de los/as profesionales de salud sobre la integración de la perspectiva de género en la práctica profesional 	No No
Consumo de medicamentos <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población que consume medicamentos en un periodo determinado 	No
Empoderamiento <ul style="list-style-type: none"> • Grado de percepción de la capacidad percibida de tener el control de la vida propia 	No
Poder <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas afiliadas a sindicatos • Porcentaje de mujeres y hombres en las direcciones y cargos de responsabilidad de centros sanitarios 	No No
Control <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mujeres en edad fértil, activas sexualmente, que deciden cuándo tener relaciones sexuales • Mujeres toman decisiones sobre uso de métodos para evitar ITS 	No No
Discriminación <ul style="list-style-type: none"> • Personas que han sufrido y/o sufren discriminación por razón de sexo • Tasa de denuncias por violencia interpuestas por mujeres • Fondos públicos destinados a atención • Denuncia de maltrato/abuso sexual/violaciones (físico, psíquico, sexual), en niños/as según relación con la persona abusadora 	No No No No

Cuadro 1. Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja *(continuación)*

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
Acceso y control a los recursos	
• Tiempo medio dedicado a la semana a la suma de las horas laborales y las invertidas en tareas domésticas y de cuidado	No
• Tiempo medio dedicado en desplazamientos en transporte público	No
• Personas que han optado por el trabajo en casa (teletrabajo) por responsabilidades familiares	No

22.- ¿Los indicadores para el seguimiento y evaluación de la igualdad de género consideran variables como la edad, profesión, etnia u otras?

NO. No se incluye estos indicadores.

Recomendación. Es necesario que el plan identifique los grupos de hombres y mujeres más vulnerables e incluya indicadores para medir el efecto de las medidas propuestas en la reducción de la inequidad.

23.- ¿Se prevé la medición del impacto de género del programa o plan?

NO. El PS no incluye un informe de impacto del plan en la igualdad de salud entre hombres y mujeres.

Recomendación. Incorporar el informe de impacto de igualdad. Aunque La Rioja carece de un plan de igualdad cuya normativa obligue a incluir este informe, la ley estatal ya prevé la necesidad de incorporarlo en todos los proyectos de disposiciones de carácter general y los planes de especial relevancia económica, social, cultural y artística que se sometan a la aprobación del Consejo de Ministros (cap 19., Ley Orgánica 3/2007).

24.- ¿El plan incluye medidas y/o recursos orientados a garantizar la sostenibilidad de las acciones para la reducción de la brecha de género?

NO. No incluye ni medidas ni recurso.

Recomendación. Se deben incluir explícitamente los recursos para garantizar la puesta en marcha de acciones positivas (temporales) y acciones de igualdad (permanentes) para reducir la inequidad y para la sostenibilidad de las acciones de igualdad y se deben concretar las medidas que se aplicarán para el seguimiento de su cumplimiento.

25.- ¿Se prevé difundir los resultados del proceso evaluador a todos los agentes implicados asegurando que lleguen a las mujeres de todos ellos?

NO. No se prevé en este plan.

Recomendación. Las medidas aprobadas en el plan para mejorar la equidad a partir de la interlocución con los grupos y organizaciones de mujeres deben ser presentadas a los diferentes colectivos implicados para que conozcan los compromisos adquiridos, las acciones que se pondrán en marcha y el proceso de seguimiento que se llevará a cabo.

Bloque 5. Presentación

26. ¿Se hace un uso no sexista del lenguaje en el texto del plan?

NO. El lenguaje del texto es sexista. Se observa el uso casi exclusivo del genérico masculino en singular y plural. A las personas que ejercen la enfermería se les llama enfermeras, salvo a "enfermeros doctores" o "profesores enfermeros" de la universidad, en estos casos se prefiere el masculino. Si se refiere al personal de medicina nunca se utiliza "la médica o las médicas"

Las mujeres inmigrantes y prostitutas se asocian con el incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo y con

una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual. La salud de las mujeres se asocia de manera prácticamente exclusiva con la maternidad.

Recomendación. Es clara la importancia de visibilizar la salud diferencial de mujeres y hombres a lo largo del texto y la presencia de mujeres en todas las profesiones sanitarias.

- Utilizar alguna de las guías existentes para evitar el lenguaje sexista. El texto *Guías para el uso de lenguaje no sexista* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad incluye una recopilación de *Guías sobre el uso del lenguaje no sexista*.
- Evitar usar siempre el masculino genérico.
- Los términos profesionales en femenino son lingüísticamente correctos y, por lo tanto, se deben emplear si su referente real es una mujer (médica, psicóloga) o en masculino si es un hombre (enfermero, limpiador).
- Utilizar los dos términos, femenino y masculino, y alternar el orden y términos que representan colectivos y/o abstractos como población, secretaría, administración, dirección, ciudadanía, personal.

27.- ¿Se hace un uso no sexista de las imágenes en el texto del plan?

NO. El PS no integra imágenes.

Recomendación. El PS debería incorporar una medida específica que evite el uso de las imágenes que proyecten un mensaje sexista en todos los protocolos, programas, campañas, folletos o vídeos que se editen sobre salud.

Discusión y conclusiones

En este trabajo se ha analizado: el uso del lenguaje, si las situaciones de salud descritas en el plan eran desagregadas por sexo, si incluían la evaluación de otras variables socioeconómicas que permitan el análisis de género y la interseccionalidad, si el plan incluía indicadores de dimensiones y determinantes de salud con perspectiva de género y si planifica objetivos e intervenciones con perspectiva de género. Este análisis ha permitido constatar la nula integración de la perspectiva en el PS riojano y proponer recomendaciones para el próximo PS.

Este PS muestra una ceguera absoluta a la salud diferencial de hombres y mujeres. Los problemas de las mujeres que no están directamente relacionados con la fertilidad, tales como, dismenorreas, infecciones del tracto reproductivo y urinario, disfunciones del suelo pélvico o la fibromialgia, entre otros muchos, no se abordan, ya que no son privilegiados en el discurso biomédico y de salud pública, pese a ser una fuente de sufrimiento significativa para muchas mujeres (5,16,17). La mirada de las mujeres ayuda a disminuir el sesgo de género tanto en la práctica clínica como en la investigación (3,18). Un estudio del Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud encuentra que las chicas identifican en mayor medida que los chicos las situaciones de desigualdad en todos los ámbitos consultados, especialmente en los que conciernen a la vida profesional/laboral; por eso, el grado de paridad con la que se elabora un PS es un indicador de calidad que garantiza que los intereses de las mujeres y de los hombres sean tenidos en cuenta en igual medida (19,20).

Si las personas que participan no son sensibles a la importancia de integrar con equidad la salud de las mujeres, la paridad no es suficiente. Hombres y mujeres necesitan reflexionar sobre los orígenes y consecuencias de la discriminación para evitar creer que las desigualdades son "normales" (21,22). La integración en los equipos de personas con formación en perspectiva de género ayuda a tener una actitud crítica, a identificar el sesgo de género en todas las acciones de la elaboración, implementación y evaluación del plan, como la elección o elaboración de los cuestionarios utilizados para conocer el estado de salud de la población (23) o la priorización de los temas de salud a abordar en el propio plan (24).

El silencio del PS de La Rioja sobre algunas situaciones como el manejo del aborto en esta comunidad autónoma, la salud sexual, el uso y prescripción de medicamentos, la salud laboral, la contaminación ambiental, los accidentes domésticos, el dolor o los cuidados informales, y la falta de análisis de las causas y de las repercusiones en la salud de las diferencias encontradas en las situaciones contempladas en el plan (consumo de tóxicos, salud mental o accidentes), significa que no es un PS neutro al género, sino que incluye el sesgo de género en todo su procedimiento (25). En el imaginario colectivo de los hombres y mujeres, de todas las profesiones sanitarias, siguen instaladas ideas de género que afectan a la investigación y a la práctica clínica (26). En algunas áreas de salud, como la salud mental, estas ideas resultan especialmente discriminatorias hacia las mujeres (27). Si no se investiga con perspectiva de género y no se

aplica el conocimiento científico desde esta perspectiva a las políticas sanitarias es casi imposible modificar la inequidad en salud entre hombres y mujeres (28,29).

La redacción del plan no visibiliza a las mujeres. No es fácil evitar el uso genérico del masculino "él o ella", si se repite resulta cargante y alarga en exceso las frases. Las formas combinadas ("él/ella") son difíciles de pronunciar, la alternancia de las formas masculinas y femeninas puede resultar confusa y ambigua. Sin embargo, estas dificultades no deben impedir explorar nuevas alternativas intentado conseguir un lenguaje natural que pueda ir siendo aceptado por la población usuaria del mismo. Por otro lado, no solo la forma, sino el contenido del mensaje, deben ser analizados para asegurar que el discurso narrativo no mantiene estereotipos de género o invisibiliza las necesidades, problemas o funciones de las mujeres. Nuestra lengua se ha construido en una realidad machista secular, una realidad menos sexista debería conducir a un lenguaje menos sexista, pero ni la realidad ni el lenguaje se modifican sin una conciencia social de la necesidad de ser modificados (30).

Por último, es imprescindible "crear" que algo es importante para ocuparse de ello. Los gobiernos que no creen en la violencia de género no legislan para erradicarla y los gobiernos que no creen en la equidad tampoco lo hacen, y a nuestro pesar, aun hoy, se discuten ambas cosas (31).

La revisión del tercer PS de La Rioja mediante las herramientas de transversalidad ha dado la oportunidad de hacer un diagnóstico amplio de la falta de perspectiva de género en el actual PS riojano, pero también de aportar recomendaciones concretas que podrían ser tenidas en cuenta en el próximo plan de salud de esta comunidad.

Bibliografía

- [1] Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [citado 8 may 2020]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- [2] Tolhurst R, Leach B, Precio J, Robinson J, Ettore E, Scott-Samuel A, et al. Intersectionality and gender mainstreaming in international health: using a feminist participatory action research process to analyse voices and debates from the global south and north. *Soc Sci Med*. 2012; 74:1825-32. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.025>
- [3] Horton R. Offline: Gender and global health—an inexcusable global failure. *Lancet*. 2019; 393(10171):511. Doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30311-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30311-3)
- [4] Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública*. [internet] 2008 [citado 8 may 2020]; 82(3):241-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es
- [5] Valls Llobet C. Mujeres, salud y poder. *Feminismos*. Madrid: Cátedra Ediciones; 2009.
- [6] Phillips SP. Measuring the health effects of gender. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(4):368-71. Doi: <http://doi.org/10.1136/jech.2007.062158>
- [7] Theobald S, MacPherson EE, Dean L, Jacobson J, Ducker C, Gyapong M, et al. 20 years of gender mainstreaming in health: lessons and reflections for the neglected tropical diseases community. *BMJ Glob Health*. 2017; 2(4):e000512. Doi: <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000512>
- [8] Themba N, Minkler M, Freudenberg M. The role of CBPR in policy advocacy. En: *Community-based participatory research for health: from process to outcomes*. 2nd ed. San Francisco: John Wiley; 2008. p. 307-20
- [9] Pluye P, Potvin L, Denis J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann*. 2004; 27:121-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- [10] Botello-Hermosa A, Casado-Mejía R, Germán-Bes C. Presencia de las mujeres en los órganos de dirección de los colegios profesionales del ámbito de la salud en 2015. *Rev Esp de Salud Pública*. 2015; 89(6):627-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000600010>
- [11] European Institute for Gender Equality [internet]. Última actualización 2020. What is gender mainstreaming [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/what-is-gender-mainstreaming>
- [12] Gómez Torralbo R, Menéndez Roldan S. La evaluación con enfoque de género [internet]. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública; 2018. p. 68 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/publico/anexos/evaluacion/EvaluacionEnfoqueGenero.pdf>
- [13] García Calvete MM, Del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes [internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>

- [14] Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health [internet]; 2007 [citado 8 may 2020]. Disponible en: http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf
- [15] Garí Pérez A. Hablamos de Salud (serie lenguaje nº 5) [internet]. Instituto de la Mujer, Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2006 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Lenguaje/Hablamos%20de%20salud.pdf>
- [16] García-Calvete M, Marcos-Marcos J, Bolívar Muñoz J, Higuera Callejón C, Rubio Román A, Mitge Chaves Y. Guía para incorporar el enfoque de género en la planificación de políticas sociales [internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía; 2016 [citado 8 may 2020]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupal/jda/publicacion/17/01/Gui%CC%81a%20Genero%20CIPS_v4.pdf
- [17] Ruiz Cantero T. Sesgo de género en la atención sanitaria. Escuela de Salud Pública andaluza; 2009.
- [18] Nielsen MW, Andersen JP, Schiebinger L, Schneider JW. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nature Human Behav.* 2017; 1:791-6. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0235-x>
- [19] Larson E, George A, Morgan R. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2016; 31:964-9. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw020>
- [20] García-Calvente M, Hidalgo-Ruzzante N, Marcos-Marcos J, Martínez-Morante E, Maroto-Navarro G, Mateo-Rodríguez, et al. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol Health Illn.* 2012; 34(6):911-26. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x>
- [21] Hawkes S, Haseen F, Aounallah_Skhiri H. Measurement and meaning: reporting sex in health research. *Lancet.* 2019; 393(10171):497-9. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30283-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30283-1)
- [22] Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007; 370(9593):1153-63. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- [23] Ruiz Cantero T, Simón Rodríguez E, Papi-Gálvez N. Sesgo de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit* [internet]. 2006 [citado 8 may 2019]; 20(2):161-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200013&lng=es
- [24] Ariño MD, Tomás C, Eguiluz M, Samitier ML, Oliveros T, Yago T, et al. ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gac Sanit* [internet]. 2011 [citado 8 may 2019]; 25(2):146-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200011&lng=es
- [25] Goicolea I, Öhman A, Vives-Cases C. Intersecciones entre género y otros determinantes sociales relevantes de las desigualdades en salud. *Global health action.* 2017; 10(sup2):1397909. Doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1397909>
- [26] García-Retamero R, López-Zafra E. Causal attributions about feminine and leadership roles: A cross-cultural comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 2009; 40(3):492-509. Doi: <https://doi.org/10.1177/0022022108330991>
- [27] Pla Julián I, Adam Donat A, Bernabeu Díaz I. Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental.* 2013; 11(46):20-8.
- [28] Morgan R, George A, Ssali S, Hawkins K, Molyneux S, Theobald S. How to do (or not to do) gender analysis in health systems research. *Health Policy Plan.* 2016; 31:1069-78. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw037>
- [29] Witteman H, Hendricks M, Straus S, Tannenbaum C. Are gender gaps due to evaluations of the applicant or the science? A natural experiment at a national funding agency. *Lancet.* 2019; 393(10171):531-40. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32611-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32611-4)
- [30] Vigliocco G, Vinson D, Paganelli F, Dworzynski K. Grammatical gender effects on cognition: Implications for language learning and language use. *J Exp Psychol.* 2005; 134:501-20. Doi: <https://doi.org/10.1037/0096-3445.134.4.50>
- [31] Vecina Oliver A, Miravalls Pérez T, Poveda Rocamora C. Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias. *RIdEC.* [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 12(2):28-36. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/284-ridec-2019-volumen-12-numero-2/2275-originales-3-percepcion-de-la-violencia-de-genero-como-problema-de-salud-por-parte-del-personal-sanitario-del-servicio-de-urgencias>