



LAS MUJERES Y LA COVID-19

NOTAS SOBRE LA INCIDENCIA DEL VIRUS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Alícia Villar-Aguilés

La desigualdad social y económica asegurará que el virus discrimine.

Judith Butler (2020)

■ LA PANDEMIA Y LA POSICIÓN VULNERABLE DE LAS MUJERES

La pandemia ha puesto en estado de alarma algunas mejoras que se habían conseguido en materia de igualdad de género¹ en todo el mundo y en nuestro contexto en particular. Por ejemplo, el informe *The impact of COVID-19 on women* sobre el impacto de la dolencia en las mujeres publicado por Naciones Unidas el último 9 de abril, empieza con la advertencia de que los avances que se habían logrado en los últimos tiempos pueden estar en peligro de retroceso porque la pandemia refuerza desigualdades y vulnerabilidades en el sistemas sociales, políticos y económicos (United Nations Organization, 2020).

El Instituto Europeo para la Igualdad de Género ha advertido también del importante impacto que está teniendo la COVID-19 en las mujeres, puesto que estas se encuentran en la primera línea del trabajo de cuidados y atención sanitaria y social, tanto en cuanto al trabajo de curas remunerado, pero también a aquel trabajo de cuidados no pagado y frecuentemente no reconocido e invisibilizado (European Institute for Gender Equality, 2020).

¹ Hablar de *género* o de *perspectiva de género* no significa inequívocamente referirnos a las mujeres o a mujeres/hombres, a pesar de que frecuentemente se emplea en estos sentidos. Cuando trabajamos con datos estadísticos la realidad compleja a menudo se simplifica con la desagregación por sexo, en mujeres y hombres, lo que no necesariamente significa llegar a captar la diversidad del sistema sexo/género/sexualidad. Además, cuando nos referimos a mujeres no se trata de un colectivo homogéneo, porque hay intersecciones de clase social, étnicas, edad, origen u orientación sexual, entre otras. Dicho esto, en este texto me referiré a las mujeres y a la perspectiva de género, pero soy consciente de que la realidad es mucho más compleja que la desagregación de la variable sexo y que hay diversidades internas que los datos estadísticos, sin embargo, no nos proporcionan.

En un sentido parecido se pronuncia el Instituto de la Mujer del Estado español en el informe publicado *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*, que destaca que el rol de cuidadora asignado a las mujeres posiciona a las profesionales sanitarias en la primera línea de atención y respuesta a la dolencia, especialmente las enfermeras y las auxiliares de enfermería y geriatría. Así pues, «ignorar el impacto de género en las consecuencias económicas y sociales agravará las desigualdades» (Instituto de la Mujer, 2020, p. 6).

La feminización laboral en determinados sectores que en los últimos meses y en la actualidad se hacen imprescindibles ante la crisis generada por la pandemia es un hecho conocido, pero seguramente entre la población hay una percepción social generalizada sobre una mayor incidencia de la COVID-19 en los hombres; es decir, que la mayor parte de la población piensa que el virus y la dolencia desarrollada afecta más a los hombres y que ellos están saliendo más perjudicados. ¿Es realmente así?

Empezaré afirmando que hay una clara diferencia por sexo en la mortalidad y la vulnerabilidad de la dolencia. Como veremos más adelante, los datos desagregados por sexo de la COVID-19 muestran de forma clara que, primero, la mortalidad afecta más a los hombres por la probabilidad más alta en la prevalencia de dolencias y hábitos que son considerados factores de riesgo. Este es un hecho que se ha repetido mucho en los medios de comunicación y seguramente la percepción social de la población va en esta línea. Aun así, no se ha difundido tanto que el número total de casos de la dolencia es más alto en las mujeres y que ellas tienen otros factores de riesgo asociados a la COVID-19.

Los datos que están difundándose sobre esta pandemia son, sobre todo, datos referidos a indicadores de salud (casos detectados, pruebas realizadas, hospitalizaciones, ingresos en UCI, defunciones). Sin embargo, esta crisis tiene asociadas otras cuestiones

socioeconómicas relevantes e indicadores sociales que no se pueden menospreciar para disponer de un conocimiento más completo y profundizado, como por ejemplo datos sobre la evolución de la percepción social sobre la sanidad y la profesión médica (Villar-Aguilés, 2020)

Las mujeres y las niñas están viéndose y se verán más afectadas por las consecuencias de la pandemia porque su posición socioeconómica es más vulnerable en términos generales. Enumeraré algunas de las realidades conocidas, pero que conviene recordar para no caer en la idea inmediata de que el virus afecta más a los hombres.

En primer lugar, las mujeres soportan una mayor carga de trabajos precarios y de economía sumergida, un trabajo invisible y no pagado que se ha evidenciado todavía más como consecuencia de la crisis global que ha provocado la pandemia. La COVID-19 ha mostrado que el funcionamiento de la sociedad, y en concreto de la sociedad capitalista, se basa en el trabajo de cuidados no reconocido por el sistema, que llevan a cabo fundamentalmente las mujeres.

En segundo lugar, la violencia de género se ha intensificado durante el periodo de confinamiento. Las mujeres víctimas de violencia de género han estado más expuestas a este peligro por la convivencia confinada con sus maltratadores y la imposición de la distancia social. Las tensiones domésticas en términos económicos y como consecuencia de la propia situación de confinamiento y de restricción de contacto y movimiento social han funcionado como un amplificador de las violencias machistas. Las llamadas al 016, teléfono de atención a víctimas de violencia de género, han tenido una variación porcentual entre mayo de 2019 y mayo de 2020 de un 41 % de media estatal; en el caso valenciano, este aumento porcentual respecto a mayo del año pasado ha sido de un 12,4 % en la provincia de Valencia, de un 44,1 % en la de Alicante y de un altísimo 65,5 % en la provincia de Castellón (Ministerio de Igualdad, 2020). Según informaciones recientes de los centros valencianos Dona 24 horas, durante el confinamiento se han intensificado las atenciones telefónicas y ha aumentado en general el número de mujeres atendidas por los centros en más de un 70 %.

Por otro lado, la saturación del sistema sanitario ha forzado a priorizar la atención de los casos de COVID-19 y algunos servicios sanitarios relacionados con la salud materna no han podido dar una atención como habitualmente lo hacían. Además, en las primeras semanas se impuso, como una medida de prevención del contagio del virus, que las mujeres no pudieran estar acompañadas en el parto. Esta medida fue revocada por el malestar causado y la reivindicación de comadronas y de colectivos feministas.



Agencia EFE / Consejería de Educación, Cultura y Deporte



Daniel García-Sala

La pandemia de COVID-19 ha mostrado que el funcionamiento de la sociedad, y en concreto de la sociedad capitalista, se basa en el trabajo de cuidados realizado mayoritariamente por mujeres, sobre todo en el más invisibilizado por el sistema: por ejemplo, cuidar niños, o de personas mayores o dependientes. En el ámbito profesional, también los sectores orientados a los cuidados, como el sanitario o el de la limpieza, están muy feminizados. Las mujeres también ocupan más puestos precarios de trabajo.

«La mortalidad afecta más a los hombres por la probabilidad más alta en la prevalencia de dolencias y hábitos que son considerados factores de riesgo»



Daniel García-Sala



Daniel García-Sala



José A. Serrano Martín / Unidad de Comunicación Hospitalaria Fe de Valencia

«Se produce un mayor impacto de la dolencia en las mujeres que trabajan en el sistema sanitario por la elevada tasa de feminización de este»

También las mujeres han sufrido una mayor carga y más estrés laboral por tener que combinar el teletrabajo con estar cuidando a otras personas del entorno, especialmente los hijos e hijas que se han quedado en casa por el cierre de escuelas que ha conllevado el estado de alarma durante la primera mitad de 2020. En el caso de mujeres que han tenido que ir a trabajar presencialmente, toda esta situación se ha agravado, obviamente. Las abuelas y los abuelos son población de riesgo y en estos tiempos no han podido hacerse cargo de cuidar a sus nietos y nietas, lo que ha puesto de manifiesto que la conciliación se sustenta en gran medida en las madres y también en las abuelas.

Por último, se produce un mayor impacto de la dolencia en las mujeres que trabajan en el sistema sanitario por la elevada tasa de feminización de este: tres de cada cuatro personas del personal sanitario contagiadas son mujeres (RENAVE, CNE, & CNM. Instituto de Salud Carlos III, 2020a).

■ UN VISTAZO A ALGUNOS DATOS PARA EL CONJUNTO DEL ESTADO

Los datos sobre el caso valenciano son limitados en comparación con los informes que se han publicado para el conjunto del Estado. El Ministerio de Sanidad ha ido publicando informes con datos detallados sobre la situación de COVID-19 respecto a la población en general y los profesionales sanitarios desde el 11 de febrero. Así pues,

empezaré destacando algunos datos con perspectiva de género para el conjunto del Estado.

En el informe publicado el 29 de mayo (RENAVE, CNE, & CNM. Instituto de Salud Carlos III, 2020b) se muestran datos interesantes sobre las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de riesgo para el conjunto del Estado (respecto a las comunidades autónomas solo se incluye la cifra total de casos notificados de enfermos).

El primer dato que se puede destacar para todo el Estado es que un 57% de casos totales corresponden a mujeres (141.571). Además de dolencias previas (cardiovasculares, respiratorias, diabetes e hipertensión arterial), se consideran también como factores de riesgo: 1) estar en contacto estrecho con casos de COVID-19; 2) estar en contacto con personas con infección respiratoria aguda; 3) ser profesional sanitario, y 4) visitar centros sanitarios. Las mujeres confirmadas como caso de COVID-19 representan un 63% en el factor de riesgo 1 (los hombres, por tanto, un 37%); en el factor 2, también son un 63%; en el factor 3, se aprecia la feminización

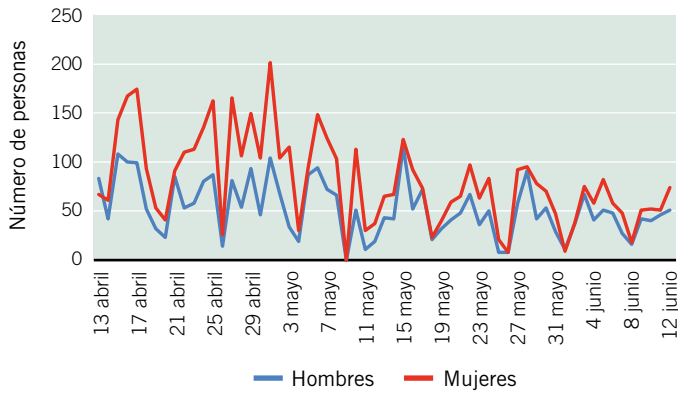


Gráfico 1. Evolución de los casos diarios de COVID-19 en el País Valenciano por sexo.

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

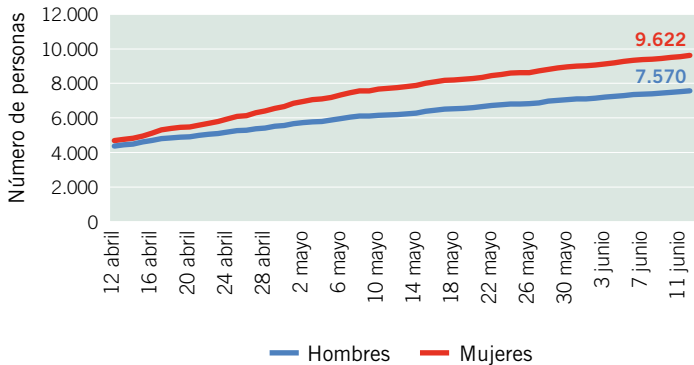


Gráfico 2. Evolución de los casos acumulados de COVID-19 en el País Valenciano por sexo.

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

del personal sanitario, puesto que un 76,5% del personal sanitario con COVID-19 son mujeres; en el factor 4, un 60% son mujeres. La brecha de género se pone de manifiesto en estos factores de riesgo.

Los casos de mayor gravedad afectan más a los hombres. La clasificación empleada contempla varias situaciones: 1) casos donde no se ha requerido hospitalización, en que hay un predominio de mujeres en un 64%; 2) casos en que se ha necesitado la hospitalización, donde el 44% son mujeres; 3) casos admitidos a UCI, donde las mujeres son el 30%, y 4) defunciones, donde el 43,4% son mujeres.

En los casos de defunciones por edad, los hombres son un porcentaje superior a las mujeres en todos los grupos de edad (alrededor de una proporción de 70/30) y solo en la población de 80 años o más las mujeres

superan a los hombres en un 50,6%. Esta cifra se ve afectada previsiblemente por la incidencia de una mayor esperanza de vida de las mujeres.

Las noticias aparecidas en los medios de comunicación sobre la mortalidad del virus han insistido en la idea de su mayor impacto en hombres y en personas mayores, además de las personas que sufren algunos tipos de dolencias crónicas. Y así es, porque la mortalidad del virus es más probable en hombres y en la cohorte considerada como tercera edad, pero en los contagios la tendencia es diferente. En el apartado siguiente veremos los datos sobre los contagios y su evolución diferenciando en hombres y mujeres para el caso valenciano.

■ MÁS CONTAGIOS EN MUJERES: EVOLUCIÓN DEL CASO VALENCIANO

Como he dicho antes, los datos disponibles valencianos son limitados. Hasta septiembre de 2020, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana ha publicado los datos en abierto desagregándolos por sexo, edad y departamentos de salud. Aun así, no son suficientes porque no se puede construir bien la información sobre evolución, ni disponemos de variables más sustanciosas como son los factores de riesgo para observar la brecha de género en el caso valenciano como se constata en el caso español.

A pesar de esto, presentaré los datos sobre evolución de casos diarios y acumulados, así como, en un apartado siguiente, las defunciones diarias y acumuladas por COVID-19 en hombres y mujeres en el periodo comprendido entre el 12 de abril hasta el 12 de junio de 2020, y elaboradas expresamente para este artículo.

Primeramente, en la evolución de los casos diarios grabados se mantiene un patrón de mayor número de mujeres contagiadas que de hombres (Gráfico 1). En el periodo tenido en cuenta, hay dos fechas con mayor distancia de casos entre mujeres y hombres, que son el 17 de abril (con una diferencia de 75 casos más en mujeres respecto a los hombres) y el 1 de mayo (con 97 casos más en mujeres que en hombres). En el último día incluido, el 12 de junio, la tendencia de diferencia entre ambos sexos se mantiene.

El número de casos acumulados es mayor en las mujeres, que el día 12 de junio llegan a un total de 9.622 con una diferencia de más de dos mil casos respecto a los hombres, que son un total de 7.570 este día (Gráfico 2). Lo más destacado, pues, de esta evolución de casos acumulados entre mujeres y hombres es el hecho

«Entre la población hay una percepción social generalizada sobre una mayor incidencia de la COVID-19 en los hombres»

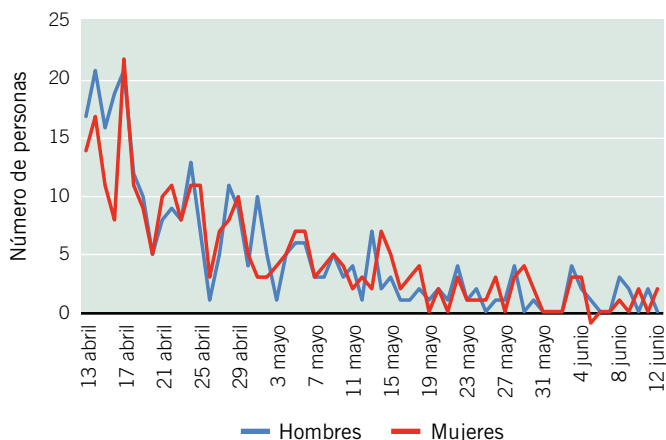


Gráfico 3. Evolución de defunciones diarias por COVID-19 en el País Valenciano por sexo.

FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

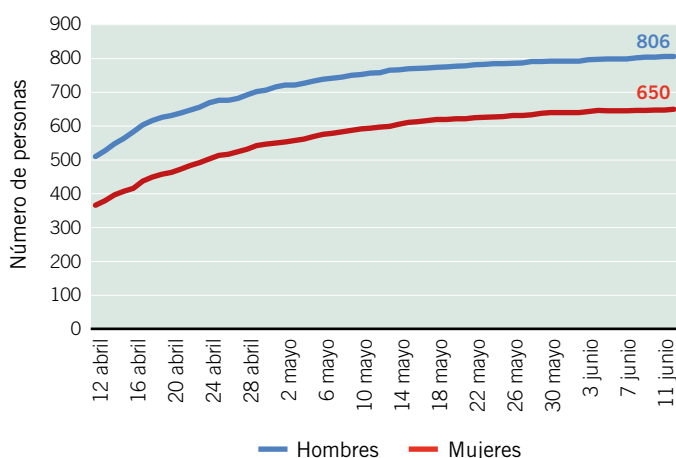


Gráfico 4. Evolución de defunciones acumuladas por COVID-19 por sexo en el País Valenciano.

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

de ampliarse la diferencia entre ambos sexos: si el día 12 de abril la diferencia entre mujeres y hombres era de trescientos casos, a medida que avanza el tiempo aumenta la diferencia y llega a más de dos mil casos de diferencia, lo que supone un aumento porcentual de 107 % en las mujeres y de un 73 % en los hombres.

La pregunta interesante que se desprende de estos datos es por qué se amplía esta diferencia entre mujeres y hombres, y si esta brecha de género puede estar relacionada con una mayor exposición de las mujeres al riesgo de contagio. Este mayor riesgo estaría relacionado con el hecho de que ellas se encargan más del trabajo de cuidados, tanto por dedicarse más a cuidar

«La violencia de género se ha intensificado durante el periodo de confinamiento»

a otras personas, familiares, etc., o por su trabajo de asistencia doméstica, a acompañar a otros a centros sanitarios, como también por la alta feminización del personal sanitario.

■ LA MORTALIDAD DE LA COVID-19 EN EL PAÍS VALENCIANO

Al inicio de la pandemia la información difundida por los medios de comunicación daba una imagen de un virus desconocido y preocupante que impactaba más en hombres y en personas de mayor edad (Levante-EMV, 2020; Vera, 2020; Garcia y Molina, 2020), incluso se llegaba a afirmar que el virus «no entendía de sexos». Aun así, a medida que ha ido pasando el tiempo y confirmándose la tendencia de la evolución, los datos sobre casos contagiados muestran que el sexo es un factor que hay que tener en cuenta para entender la incidencia del nuevo coronavirus.

En cuanto a las defunciones diarias en el periodo considerado, aquí se muestra una incidencia variable, con altibajos entre sexos (Gráfico 3). A fecha de 12 de junio se llega a un total de 1.456 defunciones, de las cuales 806 corresponden a hombres y 650 a mujeres (Gráfico 4). Aun así, hasta el 12 de junio, último día del periodo considerado aquí, el incremental porcentual es mayor en mujeres (77 %) que en hombres (58 %).

Una de las informaciones epidemiológicas frecuentes en una dolencia es la tasa de letalidad para conocer el impacto y las consecuencias. La tasa es el resultado de la relación del número de personas muertas y el número de casos confirmados. En el caso valenciano la tasa de letalidad en hombres es de un 10,6 % y en las mujeres, de un 6,7 %. Estos resultados, sin embargo, hay que cogerlos con prudencia porque la tasa de letalidad fluctuará si se hacen más pruebas o, también, podría variar considerablemente si se contabilizaran personas con el virus pero con síntomas poco graves, porque variaría el resultado sin necesariamente implicar una mayor letalidad real.

Además de la variable sexo, la edad también resulta un factor necesario para conocer la incidencia de la COVID-19. Son las mujeres más mayores, con edades superiores a los ochenta años, las más afectadas en cuanto a franjas de edad: siete de cada diez muertas a consecuencia del virus tienen más de 79 años. En cambio, en los hombres la proporción de defunciones es mayor en las franjas anteriores (Gráfico 5).

Por último, añadiré brevemente otro indicador interesante para medir el impacto de la pandemia como es el exceso de mortalidad, que nos aporta el Sistema de

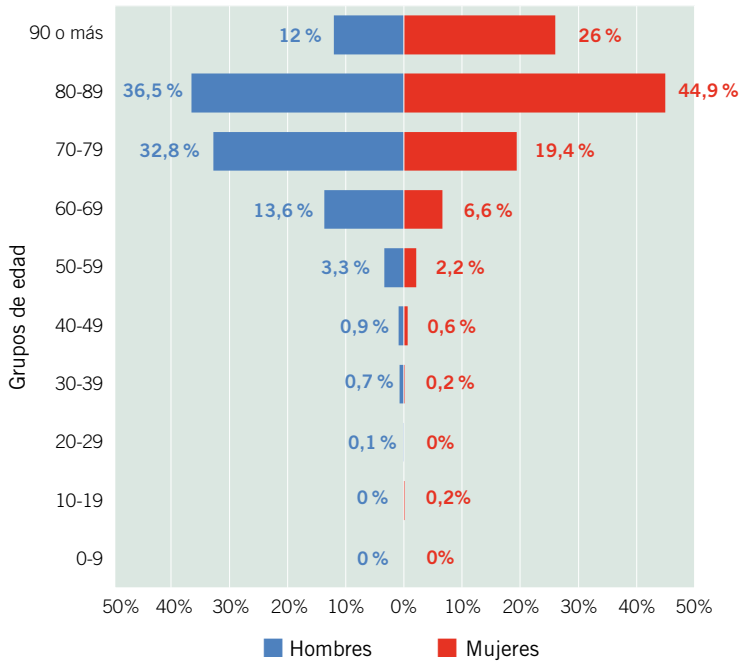


Gráfico 5. Pirámide de defunciones por COVID-19 por sexo y grupos de edad en el País Valenciano (%).

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Monitorización de la Mortalidad diaria (Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, 2020). El exceso de mortalidad hace referencia al exceso de muertes respecto a las predicciones estimadas y así se puede comparar el alcance de la pandemia. Para el periodo del 20 de marzo al 8 de mayo de 2020, el País Valenciano presenta un exceso de mortalidad del 28,9%, que en hombres es de un 29% y en mujeres de un 28,5%. La media estatal se sitúa en un 57,9%, con un mayor porcentaje en mujeres (61,6%) que en hombres (57,4%). Este indicador es muy heterogéneo territorialmente, puesto que en algunas comunidades autónomas las diferencias de exceso de muertes en hombres y mujeres son mucho más patentes que en el caso valenciano.

■ EL VIRUS QUE SÍ QUE ENTIENDE DE SEXOS

En el inicio de la pandemia las informaciones que iban apareciendo en los medios de comunicación no desagregaban los datos por sexo o no matizaban la diferencia de la incidencia del virus en hombres y mujeres. Había un cierto silencio en la hora de interpretar la expansión del contagio y su mortalidad con perspectiva de género. Aun así la información disponible hasta ahora sí que nos permite afirmar que el virus «entiende de sexos».

Así pues, los datos mostrados para el periodo de dos meses considerado aquí apuntan algunos resultados destacados. Los hombres y las mujeres se ven afectados de manera diferente por la pandemia del coronavirus. Es un hecho que mueren más hombres que mujeres, pero las mujeres están más expuestas al contagio y acumulan más casos diagnosticados. Como hemos dicho, las causas relacionadas con un número superior de casos en mujeres seguramente responden a que ellas se encargan más del trabajo de cuidados, lo que las hace estar más en contacto con personas con dolencias previas y ser acompañantes a centros sanitarios. Hay que tener en cuenta también el alto grado de feminización del personal sanitario, especialmente en las enfermeras y auxiliares de enfermería. En cuanto a los datos contextualizados en el País Valenciano, los casos diarios de COVID-19 son más numerosos en mujeres; también el número total de casos acumulados es mayor en las mujeres en este periodo. En cuanto a las defunciones acumuladas hasta el 12 de junio, un total de 1.456, un 44,6% correspon-



El pasado septiembre, los colegios volvieron a abrir las puertas tras meses de cierre a raíz del estado de alarma decretado en marzo de 2020. El nuevo curso empezó, y continúa, con la incertidumbre de cómo se gestionarán los brotes que posiblemente irán surgiendo y que las familias tendrán que afrontar. Una vez más, en muchos hogares serán las madres quienes carguen principalmente con las tareas de cuidados derivadas de la situación.

«Es un hecho que mueren más hombres que mujeres a causa del coronavirus, pero las mujeres están más expuestas al contagio y acumulan más casos diagnosticados»

den a mujeres. Por otro lado, se calcula una mayor tasa de letalidad en hombres que en mujeres. Finalmente, si tenemos en cuenta la pirámide de los datos porcentuales por grupo de edad y sexo, se evidencia una mayor incidencia de la mortalidad en las mujeres de edades más mayores, especialmente de 80 a 89 años.

Así pues, esta pandemia inimaginable y preocupante que se ha instalado en nuestra cotidianidad, con el primer caso positivo de contagio el 25 de febrero en el País Valenciano y con la primera defunción confirmada el 3 de marzo (aunque se había producido el 13 de febrero), nos ha traído una nueva brecha de género que se evidencia con datos en un mayor riesgo de contagio en las mujeres, por su posición más vulnerable como profesionales del sector sanitario y como cuidadoras en el ámbito del trabajo doméstico, remunerado y no remunerado. Por el contrario, en los hombres se evidencia una mayor mortalidad y letalidad asociadas a factores de hábitos y dolencias previas.

Acabará con un dato y una petición. El dato hace referencia al hecho de que, a fecha de cerrar este texto y según la última actualización disponible (10/09/2020), el número de personas muertas en el País Valenciano se eleva a 1.547. A este dato hemos llegado después de haber vivido un verano rodeados de mascarillas, distancia social (no siempre la recomendada) y con la mirada puesta en las cifras sobre el turismo. Ha sido el verano menos verano que recordaremos durante tiempo. Además, el pasado 7 de septiembre, las escuelas valencianas volvieron a abrir las puertas con protocolos, emoción y, a la vez, preocupación. Las familias tendrán que hacer frente a los posibles brotes que irán surgiendo y, una vez más, seguramente las madres cargarán más con este cuidado.

La petición tiene que ver con la necesidad de más y mejores datos² y, por supuesto, desagregados por sexo y comarcas de manera conjunta, porque disponemos de datos de los departamentos de salud pero no desagregados por sexo. El acceso a estos datos nos permitiría conocer mejor la incidencia territorial y con perspectiva de género, y contribuir así a la tarea de divulgación para la ciudadanía valenciana. Este es un compromiso inexcusable de cara a mostrar con transparencia la evolución de la COVID-19. ☺

² El 6 de julio se hizo público el estudio epidemiológico *ENE-COVID* para estimar la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en el Estado español. Destaca la alta heterogeneidad territorial porque se detectan importantes diferencias en la estimación de los casos por comunidades autónomas. Las diferencias entre hombres y mujeres no son muy remarcables, pero advertiré que en este estudio «no están representados adecuadamente», cito literalmente, los profesionales sanitarios, las personas que trabajan en residencias y otros centros asistenciales, lo que hace pensar que las mujeres sanitarias incrementarían el porcentaje de prevalencia. Para confirmar esta hipótesis, lógicamente, haría falta una investigación específica.

Este estudio se puede consultar en: https://portalcne.isciii.es/enecovid19/informes/informe_final.pdf

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Adrià Mompó, estudiante en prácticas de Ciencias Políticas en la Fundació Nexè, su ayuda en la recogida de datos para este artículo.

REFERENCIAS

- Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. En P. Amadeo (Ed.), *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*, (pp. 59-65). Editorial ASPO.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. (2020). *Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. Informe MoMo. Situación a 06 de julio de 2020*. Madrid: ISCIII. Consultado en https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%206%20de%20julio_CNE.pdf
- El COVID-19 afecta por igual a hombres que a mujeres pero ellos mueren más (2020, 23 de marzo). *Levante-EMV*. Consultado en <https://www.levante-emv.com/vida-y-estilo/salud/2020/03/23/covid-19-afecta-igual-hombres/1992989.html>
- European Institute for Gender Equality. (2020). *Frontline workers*. Consultado en <https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/frontline-workers>
- García, A., & Molina, M. (2020, 27 de marzo). Homes, grans i amb patologies prèvies: El gran factor de risc. *ARA*. Consultado en https://www.ara.cat/societat/factors-risc-coronavirus-covid-19_0_2424357589.html
- Instituto de la Mujer. (2020). *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19* (NIPO: 049-20-024-8). Madrid: Instituto de la Mujer. Consultado en [http://www.inmujer.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_\(uv\).pdf](http://www.inmujer.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)
- Ministerio de Igualdad. (2020). *Boletín estadístico mensual mayo 2020* (NIPO: 680-15-012-6). Madrid: Ministerio de Igualdad. Consultado en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Mensual_Mayo.pdf
- RENAVE, CNE, & CNM. Instituto de Salud Carlos III. (2020a). *Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 04 de mayo de 2020*. Madrid: ISCIII. Consultado en <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espana%20c3%b1a.%20Situaci%c3%b3n%20en%20Sanitarios%20a%2004%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- RENAVE, CNE, & CNM. Instituto de Salud Carlos III. (2020b). *Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España*. Madrid: ISCIII. Consultado en <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- United Nations Organization. (2020). *The impact of COVID-19 on women*. Consultado en <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women>
- Vera, S. (2020, 23 de marzo). Les dones moren menys que els homes pel coronavirus. *El Periódico*. Consultado en <https://www.elperiodico.cat/ca/societat/20200323/dones-moren-menys-que-els-homes-pel-coronavirus-7902116>
- Villar-Aguilés, A. (2020, 17 de abril). Aplausos desde el confinamiento: La valoración social del personal médico y la sanidad. *The Conversation*. Consultado en <https://theconversation.com/aplausos-desde-el-confinamiento-la-valoracion-social-del-personal-medico-y-la-sanidad-136465>

ALÍCIA VILLAR-AGUILÉS. Profesora de Sociología de la Universitat de València. Investiga sobre las relaciones entre sociedad y educación, conciliación de los tiempos personal, familiar y laboral y género. Está interesada en el estudio de la desigualdad desde la perspectiva interseccional. Colabora con universidades brasileñas en proyectos sobre indicadores educativos y desigualdad. Es la directora de la *Revista de Sociología de la Educación-RASE*.