

PERSPECTIVA SOBRE CONCILIACIÓN Y SALUD AUTOPERCIBIDA EN MUJERES DIRECTIVAS EN LA SANIDAD ANDALUZA

INTRODUCCIÓN

En España, la feminización del sector sanitario es un fenómeno consolidado: las mujeres representan más de la mitad del personal médico y una amplia mayoría en enfermería [2]. Esta tendencia también se refleja en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), donde constituyen cerca del 72% de la plantilla [1,3]. Sin embargo, esta presencia mayoritaria no se traduce en una representación proporcional en los puestos de responsabilidad, reproduciéndose la conocida “paradoja piramidal”, caracterizada por una disminución progresiva de la presencia femenina a medida que aumenta el nivel jerárquico. Aunque la participación de mujeres en posiciones directivas del SAS ha mostrado avances en los últimos años, persisten desigualdades estructurales que limitan su acceso y trayectoria en cargos de liderazgo [4,5].

Los cambios legislativos, sociales y culturales han contribuido a mejorar la igualdad de oportunidades, pero continúan existiendo brechas entre el marco normativo y su aplicación real [6]. Conceptos como el “techo de cristal” o el “síndrome de la impostora” siguen actuando como barreras invisibles que condicionan el desarrollo profesional de las mujeres,

especialmente en ámbitos de alta exigencia como la gestión sanitaria [7]. A ello se suma una distribución desigual de las responsabilidades domésticas y de cuidado, pese a los avances en corresponsabilidad impulsados por directivas europeas y normativas nacionales y autonómicas. En el SAS, la mayor parte de los permisos de conciliación continúan siendo solicitados por mujeres, lo que refleja un reparto todavía desequilibrado de la corresponsabilidad en los cuidados [8,9].

Las transformaciones en los modelos familiares, cada vez más diversos, evidencian la necesidad de políticas de conciliación más inclusivas y flexibles, y adaptadas a los diferentes ciclos vitales [10]. La literatura científica ha documentado ampliamente las desigualdades de género en el ámbito sanitario, señalando que las profesionales reportan mayores niveles de sobrecarga, conflicto trabajo-familia y menor apoyo institucional que sus colegas varones [11]. Estudios recientes muestran que estas condiciones no solo influyen en la trayectoria profesional, sino también en la salud física, emocional y social de las mujeres líderes sanitarias [12].

En este contexto, la salud autopercebida se configura como un indicador de especial relevancia para analizar el bienestar de las mujeres directivas del sector salud, al integrar dimensiones físicas, psicosociales y culturales de la experiencia vital [13]. Las tendencias europeas y nacionales señalan que las mujeres de mediana edad presentan una percepción de salud menos favorable que los hombres, influida por factores como la sobrecarga de cuidados, la menor disponibilidad para el autocuidado, el climaterio y las desigualdades persistentes en el mercado laboral [14].

Asimismo, la evidencia sobre riesgos psicosociales en el sector público andaluz, según el Laboratorio-Observatorio de Riesgos Psicosociales (LARPSICO) muestra que la carga mental derivada de la planificación y organización doméstica recae de forma mayoritaria sobre las mujeres, afectando con niveles de estrés, alteraciones en el sueño, déficit en los niveles de energía y de concentración [15].

La elevada presión laboral, la escasez de recursos para la conciliación y la persistencia de patrones culturales que asignan a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado configuran un importante factor de riesgo. Esta combinación puede favorecer la aparición de problemas como el desgaste emocional y el síndrome de burnout, cuya prevalencia en el ámbito sanitario español continúa en aumento [16].

La escasa adaptación de los modelos organizativos actuales a las necesidades reales de las mujeres directivas puede, además, desincentivar tanto a nuevas profesionales como a aquellas que ya ocupan estos puestos, llevándolas a replantearse su continuidad en el cargo.

En conjunto, la evidencia disponible resalta la necesidad de avanzar hacia estructuras organizativas más equitativas y sensibles al género, que integren la conciliación y la salud autopercebida como pilares estratégicos de la gestión sanitaria. Comprender cómo estas dimensiones interactúan en el ámbito directivo del SAS resulta esencial para diseñar políticas efectivas, mejorar el bienestar de las profesionales y promover una cultura de liderazgo más inclusiva, sostenible y adaptadas a las etapas vitales.

METODOLOGÍA

Este estudio adopta un diseño transversal de carácter cualitativo, orientado a explorar las experiencias, percepciones y significados que las mujeres directivas del Servicio Andaluz de Salud (SAS) atribuyen a la conciliación personal, familiar y laboral, así como a su salud autopercebida. Para ello, se emplearon dos técnicas principales de recogida de información: entrevistas individuales semiestructuradas y un grupo focal, lo que permitió una comprensión profunda, contextualizada y comparada de los discursos.

Ámbito, período de estudio y participantes

La investigación se desarrolló en el ámbito asistencial del SAS, abarcando tanto centros hospitalarios como de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria. El trabajo de campo se realizó en los meses de mayo y junio de 2025. Participaron 15 mujeres, con niveles directivos de Gerencia, Dirección Médica y Dirección de Enfermería. Las participantes tienen edades comprendidas entre 43 y 67 años (media: 57,3) y una trayectoria profesional promedio de 15 años en el SAS.

Tabla: Participantes.		
Entrevistas	Cargo directivo	Ámbito laboral
G1-MH	Dirección médica	Hospital
G2-EH	Dirección enfermera	Hospital
G3-G	Gerente	Distrito sanitario
G4-G	Dirección médica	Hospital
G5-MAP	Dirección médica	Atención primaria
G6-EAP	Dirección enfermera	Atención primaria
E1-MAP	Dirección médica	Atención primaria
E2-MAP	Dirección médica	Atención primaria
E3-G	Gerente	Distrito sanitario
E4-G	Gerente	Hospital
E5-G	Gerente	Hospital
E6-G	Gerente	Distrito sanitario
E7-MAP	Dirección médica	Atención primaria
E8-EAP	Dirección enfermera	Atención primaria
E9-MAP	Dirección médica	Atención primaria

Tabla: Elaboración propia

Criterios de selección

Se incluyeron mujeres que ejercían cargos directivos asistenciales en activo. Se excluyeron aquellas en situación de baja médica prolongada o excedencia. Con el fin de garantizar heterogeneidad discursiva, se recogieron datos personales adicionales (edad, experiencia, situación familiar, cargas de cuidado y formación en gestión sanitaria).

Procedimiento de selección

Las participantes fueron identificadas mediante una combinación de muestreo intencional y técnica de bola de nieve.

Técnicas de recogida de datos

Se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas y un grupo focal de seis integrantes. Las entrevistas fueron presenciales (n=3) y virtuales (n=6), con una duración media de 40–60 minutos. El guion de entrevista fue pilotado previamente para asegurar claridad y

adecuación. Tanto las entrevistas como el grupo focal fueron audiograbadas, con autorización expresa de las participantes, todo redactado en el consentimiento informado que recibieron previamente.

Dimensiones analíticas

El análisis se estructuró en torno a cinco grandes dimensiones temáticas derivadas del marco teórico y del examen preliminar de los discursos:

1. Conciliación personal, familiar y laboral, incluyendo reestructuración del tiempo, corresponsabilidad e impacto psicoemocional de los cuidados.
2. Salud autopercebida y bienestar psicosocial, abordando impactos físicos, emocionales y prácticas de autocuidado.
3. Barreras estructurales organizativas, identificando elementos institucionales que dificultan la conciliación efectiva.
4. Estrategias de afrontamiento y recursos, tanto personales como profesionales o institucionales.
5. Percepción de cambio institucional y propuestas de mejora, centradas en expectativas y transformaciones necesarias para favorecer un liderazgo femenino sostenible.

Estas dimensiones permitieron organizar el análisis en categorías y subcategorías, facilitando una comprensión integrada y rigurosa del fenómeno estudiado.

Procedimiento de análisis

Las entrevistas fueron transcritas de forma literal. Se realizó una lectura exhaustiva para favorecer la inmersión en los datos. Posteriormente, se aplicó un análisis de contenido y análisis temático, elaborando un árbol categorial alineado con los objetivos del estudio. La codificación se desarrolló manualmente, garantizando un proceso sistemático y transparente.

La triangulación metodológica entre entrevistas, grupo focal y revisión documental permitió aumentar la validez y robustez de los resultados.

Consideraciones éticas

El estudio obtuvo aprobación previa del Comité de Ética de la Investigación de Andalucía, cumpliendo la Declaración de Helsinki. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado por escrito, con explicación oral complementaria. Se garantizó voluntariedad, posibilidad de revocación y confidencialidad. La información personal fue pseudonimizada, eliminándose identificadores directos en transcripciones y documentos resultantes.

El tratamiento de datos cumplió con el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y derechos digitales [17].

Limitaciones

Entre las limitaciones destacan un posible sesgo de selección, abordado mediante la heterogeneidad del perfil participante. Asimismo, pudo aparecer sesgo de deseabilidad social, ya que las directivas podrían moderar su discurso debido a su posición institucional; para minimizarlo se garantizó anonimato y un clima de confianza.

RESULTADOS

Conciliación personal, familiar y laboral

Las participantes describen la conciliación de manera integral como un proceso de organización y planificación constante. La elevada exigencia de las responsabilidades directivas, unida a modelos organizativos que demandan una disponibilidad casi permanente y a las circunstancias personales y familiares de cada mujer, genera una sobrecarga significativa cuando no existe una adecuada distribución de las tareas y de las responsabilidades. La gestión del tiempo aparece como un eje central. La mayoría expresa la necesidad de una reorganización continua de rutinas, incorporando estrategias como la planificación anticipada, la delegación familiar y la renuncia a espacios personales para sostener el desempeño directivo.

La corresponsabilidad familiar varía significativamente entre casos. Aunque las participantes coinciden en señalar que la carga de cuidados y organización doméstica sigue recayendo mayoritariamente sobre ellas, consideran que las redes de apoyo bien de parejas u otros familiares son fundamentales para mantener el día a día. La denominada “carga mental” se menciona como un elemento que condiciona el bienestar diario y que, a menudo, limita la capacidad de desconexión.

El impacto emocional emerge como un componente clave de la experiencia de conciliación. Se mencionan episodios de sobrecarga física y emocional, sensación de culpa, tensión permanente, y dificultad para descansar, en muchos casos se sobrelleva de manera silenciosa y no compartida.

Sin embargo, todas las participantes identifican la motivación en aspectos como el compromiso profesional, la vocación de servicio y el sentido de pertenencia de la institución donde realizan sus funciones. La satisfacción por contribuir a la mejora del sistema sanitario realza la confianza en la propia capacidad profesional y refuerza el sentido de propósito y compromiso con la organización.

Salud autopercebida y bienestar psicoemocional

La salud autopercebida de las participantes se encuentra profundamente vinculada al ejercicio de sus responsabilidades y al peso del rol dual. La mayoría refiere una percepción de salud “aceptable” o “buena”, aunque matizada por manifestaciones de fatiga, trastornos del sueño y síntomas relacionados con estrés mantenido.

En el plano emocional, la autoexigencia destaca como un rasgo común. Las mujeres directivas refieren la necesidad de “estar siempre disponibles” y de responder con rapidez a imprevistos, lo que incrementa la sensación de actividad constante. En algunos casos se describen síntomas que podrían ser compatibles con desgaste profesional o riesgo de burnout, aunque pocas participantes los identifican explícitamente como tales.

La mayoría destaca el autocuidado y la necesidad de disponer de un espacio personal como un elemento imprescindible para mantener el equilibrio, aunque en algunos casos este queda relegado. Reconocen que dedicar tiempo a la actividad física, al descanso u a otras actividades recreativas les aporta beneficios esenciales para preservar su bienestar físico y emocional.

Las participantes muestran una elevada resiliencia y capacidad adaptativa, fundamentada en la experiencia profesional acumulada y en el sentido de responsabilidad hacia sus equipos.

Barreras estructurales para la conciliación

Los resultados señalan que las principales dificultades no se ubican únicamente en el plano personal, sino en estructuras organizativas poco adaptadas a la conciliación. Las participantes describen culturas laborales caracterizadas por alta exigencia, disponibilidad constante y elevada presión asistencial y decisoria.

Asimismo, varias directivas mencionan la escasa atención a nivel institucional del impacto psicoemocional asociado a los cargos directivos y la necesidad de que existan programas preventivos adaptados y de apoyo.

Estrategias de afrontamiento y recursos utilizados

Pese a las dificultades, las participantes despliegan una amplia gama de estrategias para sostener el equilibrio entre vida laboral y personal. La aplicación estricta de la planificación, el establecimiento de límites, la delegación en equipos de confianza y el apoyo familiar son los recursos más mencionados.

Muchas directivas destacan la importancia de sus redes informales de apoyo: familia, amistades o colegas en posiciones similares, como pilares fundamentales para la gestión emocional y el intercambio de estrategias de afrontamiento. El apoyo institucional se percibe como insuficiente, aunque algunas participantes valoran positivamente ciertos avances recientes,

especialmente en formación directiva y acompañamiento en gestión del cambio.

Las estrategias de autocuidado son necesarias, lo que evidencia la importancia de realizar intervenciones organizativas que permitan integrar el cuidado propio como parte del rol directivo. Entre los recursos mencionados por las participantes destacan la disciplina personal, la reorganización del tiempo, y la búsqueda activa de espacios breves de desconexión.

Percepciones de cambio institucional y propuestas de mejora

Las directivas reconocen avances en materia de igualdad y liderazgo femenino en el SAS, aunque los consideran que hay que seguir proponiendo mejoras para transformar de manera sustantiva la cultura organizativa. Se identifica una mayor presencia de mujeres en los equipos directivos y una creciente sensibilidad institucional hacia la equidad, pero persisten inercias culturales y resistencias que limitan la conciliación real.

Entre las propuestas emergen de forma recurrente:

- La necesidad de estructuras organizativas más flexibles, con definición clara de funciones y cargas de trabajo.
- La implantación de medidas de conciliación específicamente adaptadas a cargos directivos.
- Programas de apoyo emocional, supervisión y prevención del burnout.
- Formación en liderazgo corresponsable y perspectiva de género.

- Impulso de modelos de gestión centrados en equipos cohesionados, corresponsabilidad institucional y cultura de bienestar.

Las participantes también expresan expectativas positivas hacia el futuro del liderazgo femenino, destacando el papel de las nuevas generaciones y la importancia de referentes visibles. No obstante, advierten que el avance requiere cambios estructurales sostenidos, mantenidos en el tiempo y un compromiso político y organizativo real.

DISCUSIÓN

La conciliación familiar emerge como uno de los principales retos para las mujeres que ocupan puestos directivos en el ámbito sanitario[18]. La dedicación exigida por estos cargos interfiere con el tiempo personal y la disponibilidad emocional hacia sus familias, obligando a reorganizar rutinas, delegar cuidados y apoyarse en redes externas. Esta realidad reproduce patrones tradicionales de género y limita el acceso equitativo al liderazgo, evidenciando la necesidad de incorporar la corresponsabilidad como principio estructural de los modelos directivos.

El autocuidado aparece como una dimensión esencial para sostener el bienestar físico y emocional, aunque frecuentemente relegada por la presión institucional, la cultura de disponibilidad y la ausencia de estructuras organizativas que favorezcan la desconexión.

El desempeño simultáneo del rol directivo y del papel de cuidadora, particularmente en el cuidado de personas mayores, constituye una dimensión frecuentemente ausente del reconocimiento institucional. Un estudio analizaba la invisibilización de

esta faceta y los datos que resultaban eran que el porcentaje de mujeres cuidadoras no solo no ha disminuido desde 1995 sino que ha aumentado en 2005; el 84% de las personas cuidadoras de las personas mayores son mujeres [19]. Situación que pone de relieve la necesidad de diseñar e implementar políticas de conciliación que integren de forma explícita el cuidado como una variable central, promoviendo enfoques más equitativos y sensibles adaptados a los ciclos vitales de las directivas.

Las diferencias en la vivencia del cargo según el perfil profesional (dirección médica, de enfermería o gerencia) son relevantes para comprender los distintos niveles de presión, carga emocional y margen de decisión. Aun así, todas coinciden en la elevada exigencia del rol, lo que refuerza la necesidad de medidas de conciliación adaptadas a cada puesto.

El trabajo con equipos cohesionados basados en confianza, corresponsabilidad y compromiso facilita la distribución equitativa de tareas, permite delegar y reduce la presión del liderazgo. Más allá de su función operativa, el equipo actúa como soporte emocional, favoreciendo el bienestar y la sostenibilidad del rol directivo, y promoviendo una gestión más humana y compartida en un ámbito como es el sanitario. Asimismo, un liderazgo participativo y colaborativo mejora el clima emocional, fomenta la corresponsabilidad y contribuye a la sostenibilidad del rol directivo [20].

La “soledad de la directiva” constituye un fenómeno destacado, relacionado con la carga de responsabilidad, la toma de decisiones estratégicas y la falta de espacios horizontales para compartir dilemas.

La literatura evidencia su impacto negativo en la satisfacción vital y en el bienestar psicológico. En este contexto, se subraya la utilidad de estrategias como el mentoring, el coaching emocional o el mindfulness para fortalecer el liderazgo y prevenir el desgaste [21].

Las participantes señalaron que establecer límites saludables, entre la vida profesional y personal, es una estrategia clave para preservar el bienestar y mitigar el conflicto trabajo-familia, tal como destacan los estudios sobre *boundary management* [22].

Asimismo, remarcaron que el tiempo de adaptación al cargo directivo favorece una progresiva sensación de confianza y eficacia, coincidiendo con la evidencia que muestra que “todo mejora” a medida que se consolidan las habilidades y las redes de apoyo en los puestos de liderazgo sanitario [23].

A pesar de las dificultades, la motivación para mantenerse en el cargo se fundamenta en un fuerte compromiso con la institución, la vocación de servicio y el deseo de contribuir a la mejora del sistema sanitario. Estos valores actúan como motores que sostienen el desempeño y condicionan las estrategias personales de conciliación.

El estudio incorpora como limitación la ausencia de perspectiva comparativa con hombres directivos. Aunque las participantes no refieren haber experimentado desigualdad de género, los hallazgos muestran la persistencia de barreras estructurales relacionadas con la conciliación y las expectativas sociales, que siguen afectando diferencialmente a las mujeres. La ausencia de percepción explícita de desigualdad no invalida la existencia de inequidades

sutiles y normalizadas que requieren ser visibilizadas para avanzar hacia un liderazgo sanitario más equitativo y sostenible.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis detallado de los discursos de las participantes, es posible extraer recomendaciones concretas. Las cuales ofrecen orientaciones para fortalecer la gestión, la conciliación y el desarrollo del liderazgo en el ámbito sanitario. Las recomendaciones derivadas de este estudio son las siguientes:

- **Promover la investigación en salud ocupacional y bienestar laboral con perspectiva de género**, como base para diseñar estrategias preventivas frente al estrés y el agotamiento profesional. Factores como el equilibrio entre vida laboral y personal, la claridad en los roles y el apoyo organizacional deben ser considerados elementos clave para favorecer la retención y el éxito de las mujeres en posiciones de liderazgo en el ámbito sanitario.
 - **Impulsar programas de formación continua en liderazgo dirigidos a mujeres directivas**, con un enfoque práctico, adaptado e integral. Esta formación debe ir más allá de las competencias técnicas, incorporando habilidades emocionales, herramientas de autocuidado, estrategias de corresponsabilidad y modelos de liderazgo inclusivos y sostenibles.
 - **Fomentar el establecimiento de límites claros entre la vida profesional y personal** como estrategia clave para la sostenibilidad del liderazgo. Esta práctica, identificada por las participantes como una herramienta para preservar el bienestar personal y emocional, debe ser reconocida y apoyada institucionalmente, especialmente en contextos de alta demanda y responsabilidad, a fin de reducir el riesgo de desgaste y favorecer una gestión saludable y equilibrada.
- **Incorporación de la perspectiva directiva femenina en el diseño de políticas públicas de salud y gestión sanitaria**, teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio, dado que ofrece una perspectiva directa sobre el bienestar físico y mental de médicas en puestos directivos del sistema público. Esta visión puede contribuir a una planificación más sensible a las necesidades reales de quienes lideran organizaciones sanitarias, promoviendo entornos laborales más saludables, equitativos y sostenibles.
 - **Incluir la dimensión psicosocial en la salud laboral de mujeres directivas**, prestando especial atención al bienestar emocional de las mujeres directivas. Es fundamental reconocer su posible vulnerabilidad derivada de la alta responsabilidad, e implementar mecanismos de apoyo institucional específicos que promuevan su salud desde una perspectiva integral.
 - y de las tareas de cuidado en función de los **roles de género**, se ha establecido que, en estas situaciones, probablemente quien pase más tiempo en estos hogares poco confortables sea una **mujer**, por lo que también debe considerarse un grupo vulnerable. Además, las personas **inmigrantes** en situación de precariedad deben ser consideradas vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Plantilla del Servicio Andaluz de Salud. Estadísticas 2023 [Internet]. Junta de Andalucía; 2023 [citado 13 de junio de 2025]. Disponible en:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3>

2. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados 2023. <https://www.ine.es>.

3. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Plantilla del Servicio Andaluz de Salud. Estadísticas 2023 [Internet]. Junta de Andalucía; 2023 [citado 13 de junio de 2025]. Disponible en:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3>

4. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Estadísticas del Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Junta de Andalucía; 2023 [citado 13 de junio de 2025]. Disponible en:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3>

5. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Organigrama del Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Junta de Andalucía; 2024 [citado 13 de junio de 2025]. Disponible en:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/el-servicio-andaluz-de-salud/organigrama-del-servicio-andaluz-de-salud>

6. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce". Geneva: World Health Organization, 2019.

7. Weyer, B. (2007). Explaining the persistence of the glass ceiling for women leaders. *Women in Management Review*, 22(6), 482–496. <https://doi.org/10.1108/09649420710778718>.

8. Junta de Andalucía. Pacto Andaluz por la Conciliación y la Corresponsabilidad (2025) [Internet]. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; 2025. Disponible en:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familias-e-igualdad/areas/igualdad/paginas/pacto-andaluz-conciliacion.html>

9. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2022). Prestaciones por nacimiento y cuidado de menor (PNM) 2022 [PDF]. Recuperado de <https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/estadisticas/anuarios/2022/PNM/PNM.pdf>

10. Bagheri, M., Tröger, J. y Freudenberg, C. (2025). Investigación de la influencia de las tendencias y comportamientos actuales en las estructuras de los hogares y los patrones de consumo de vivienda. *Consumo y Sociedad*, 4 (1), 75-97. Recuperado el 17 de agosto de 2025 de <https://doi.org/10.1332/27528499Y2024D000000025>

11. Delgado Sánchez A, Saletti-Cuesta L, Toro-Cárdenas S, López-Fernández LA, Luna del Castillo J de D, Mateo-Rodríguez I. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Rev Esp Salud Publica* 149-62 https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200004&script=sci_arttext
12. Desafíos del equilibrio entre vida laboral y personal para mujeres médicas/madres que trabajan en puestos de liderazgo. DOI: [10.1016/j.genm.2012.04.002](https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.04.002)
13. WHO (2011). Gender, work and health. Organización Mundial de la Salud.
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). Encuesta Europea de Salud en España 2020. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
15. Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales. (2024, 20 de agosto). La sobrecarga mental por el trabajo reproductivo es un factor de estrés en el trabajo para las mujeres, según un reciente estudio. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/iaprl/servicios/actualidad/noticias/detalle/508390.html>.
16. Pujol-de Castro, A., Valerio-Rao, G., Vaquero-Cepeda, P., & Catalá-López, F. (2024). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: Revisión sistemática y metaanálisis. *Gaceta Sanitaria*, 38,102384. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>.
17. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673BOE>.
18. Women in Global Health. (2023). La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial. <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2023/04/LA-SITUACION-DE-LA-MUJER-Y-EL-LIDERAZGO-EN-LA-SANIDAD-MUNDIAL.pdf>.
19. Coira Fernandez G, Bailon Muñoz E. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres [Invisibility of care that make women]. *Aten Primaria*. 2014 Jun-Jul;46(6):271-2. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.003. PMID: 24947845; PMCID: PMC6983603.
20. March-Cerdà JC, Danet A, García-Romera I. Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Granada, España*.
21. Türk, A., & Şahan, H. (2024). Work life–related loneliness among nurse managers and its effect on life satisfaction: Turkey's example. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.
22. Van Steenberghe, E. F., Ellemers, N., & Mooijart, A. (2024). Managing boundaries for work–life balance: A study of healthcare leaders. *BMC Public Health*, 24(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22512-x>

23. Haines, T. P., & McKeown, A. (2023). Gendered pathways to healthcare leadership: A systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, 37(3), 290–306.

<https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2022-0433>

AUTORÍA

Irene Ferrer Calderón.

MIR2 Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral

Enlaces de interés

Vacunas

- **Coberturas de vacunación de Andalucía**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/>

- **Coberturas de gripe, por distritos, provincias, edades**; en la web del IECA:

<https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?idNode=70357>

- **Virus del Papiloma Humano**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>

- **#ZeroMeningitis**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/campanas/meningitis/>

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda

<https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>

Viruela de los monos

<https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/home.htm>

Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 1/2026 y acumulado desde semana 01/2026. Datos provisionales.

	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
EDO	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	2025*	2026
Enf Meningoc.	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Enf. Neumo. Inv.	1	1	3	3	1	1	5	5	1	1	0	0	4	4	8	8	24	23
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Hepatitis A	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	3
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
Infec. Gonoc.	2	2	4	4	0	0	3	3	0	0	0	0	3	3	16	16	41	28
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	5
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Parotiditis	1	1	1	1	2	2	1	1	5	5	1	1	3	3	3	3	1	17
Sífilis	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	9	9	24	13
Tosferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Tuberculosis	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	5	5	11	11

* Casos acumulados en el mismo periodo en 2025.