



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Filosofía y Letras**

**Grado en Periodismo**

**Reportaje multimedia sobre los sesgos de  
género en la atención sanitaria**

**Sofía Gallego Cebrián**

**Tutora: Dunia Etura Hernández**

**Departamento de Historia Moderna, Contemporánea y de  
América, Periodismo**

**Curso: 2021-2022**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Justificación personal .....	1
1.1.2 Justificación profesional.....	3
<b>1.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 FUNDAMENTOS TEÓRICO-ACADÉMICOS .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Origen de la desigualdad de género en la atención sanitaria. La investigación de enfermedades y ensayos clínicos. Ejemplos de los sesgos de género en la atención de la salud. ....	6
1.3.2 Periodismo digital .....	9
1.3.3 Narrativa del reportaje multimedia .....	11
<b>2. PLAN DE TRABAJO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Herramientas.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Estrategia.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Metodología .....</b>	<b>16</b>
2.3.1 Cronograma.....	17
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>18</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES UTILIZADAS.....</b>	<b>19</b>
<b>5. ANEXOS Y MATERIAL COMPLEMENTARIO .....</b>	<b>23</b>



## **Reportaje multimedia sobre los sesgos de género en la atención sanitaria**

### **AUTORA**

Sofía Gallego Cebrián

### **TUTOR**

Dunia Etura Hernández

### **RESUMEN**

Durante años las mujeres han sido olvidadas en la sociedad y la medicina es un gran reflejo de esto. Esta disciplina está planteada desde una postura androcentrista, donde se considera al hombre como actor principal. De forma que la sintomatología y las características específicas de las mujeres han sido invisibilidades. En muchos casos acuden a consulta por un malestar y se les prescriben ansiolíticos sin atender a la causa de sus dolencias. Todo esto ocurre mientras su mortalidad en determinadas enfermedades aumenta y la calidad de vida decrece. El presente trabajo muestra a través de un reportaje multimedia el sesgo de género existente en el sistema sanitario. El propósito es hacer reflexionar sobre cómo son planteados los estudios clínicos, cómo varía el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades y la prescripción de fármacos dependiendo del sexo o el género, los efectos adversos que pueden desencadenar estas prácticas.

### **PALABRAS CLAVE**

Mujeres, salud, desigualdad, sesgo de género, efectos adversos

## **Multimedia report on gender bias in health care**

### **AUTHORS**

Sofía Gallego Cebrián

### **TUTOR**

Dunia Etura Hernández

### **ABSTRACT**

For years women have been forgotten in society and medicine is a great reflection of this. This discipline is raised from an androcentric position, where the man is considered as the main actor. So that the symptomatology and the specific characteristics of women have been invisibilities. In many cases, they go to the clinic due to discomfort and are prescribed anxiolytics without addressing the cause of their ailments. All this occurs while their mortality in certain diseases increases and the quality of life decreases. The present work shows through a multimedia report the existing gender bias in the health system. The purpose is to make people think about how clinical studies are approached, how the diagnosis, treatment of diseases and prescription of drugs vary depending on sex or gender, and the adverse effects that these practices can trigger.

### **KEY WORDS**

Women, health, inequality, gender bias, adverse effect

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

#### **1.1.1 Justificación personal**

Siempre he concebido la profesión de periodista como una herramienta clave en las luchas sociales. Como un altavoz que puede y debe luchar contra las desigualdades entre las minorías. A lo largo de la carrera se nos han presentado multitud de trabajos que yo he aprovechado para hacer uso de ese poder amplificador. Por esta razón quiero finalizar mis estudios con algo que me represente.

Desde que tengo consciencia en mi casa siempre se habló sobre la gran desigualdad que existe entre las mujeres y los hombres. A pesar de no conocer muy bien la lucha feminista y todo lo que acarrea, mi familia siempre me enseñó a luchar por mis derechos como mujer. Desde pequeña se me inculcó la idea de que mujeres y hombres éramos iguales, pese a que la sociedad demostrase lo contrario. Como apunta la socióloga Ana D. Cagigas (2000), vivimos en una sociedad caracterizada por la opresión. De forma que todo tipo de estructuras, instituciones o personas pasan en algún momento de la vida por el papel de dominantes o dominados, ya sea por la raza, la clase social, la religión, el sexo, edad u orientación sexual. El patriarcado es el sistema que mayor opresión acarrea y Cagigas considera que es la primera estructura de dominación en la Historia. A día de hoy sigue siendo un sistema que rige a la sociedad y que genera desigualdad, aunque en ocasiones no se perciba. El patriarcado construye unas relaciones de poder entre mujeres y hombres con unos intereses concretos: el control, la sumisión y la opresión de las mujeres que deben mantenerse subordinado a los deseos e intereses del hombre. Esta opresión no es algo casual, sino que está completamente arraigada a la estructura de la sociedad (p.1).

Gerda Lerner (1990) explica en su libro “La creación del patriarcado” como las mujeres han actuado bajo en la sombra del patriarcado durante cuatro mil años. Concretamente, bajo una dominación paternalista, donde las relaciones se producen entre un grupo dominante, y otro subordinado, y el dominio queda aplacado por las obligaciones y deberes mutuos. De forma que el dominado (las mujeres) permite la sumisión a cambio de protección, trabajo no remunerado o manutención. En las familias desarrolladas bajo un sistema patriarcal no existe una distribución igualitaria de obligaciones y responsabilidades entre aquellos que la forman, además esa situación de subordinación cambia a lo largo del tiempo dependiendo de si se es hombre o mujer. Así pues, los hijos varones dejarán de la figura de dominado para ser dominantes cuando sean cabeza de

familia. Sin embargo, las mujeres durante toda su vida formarán parte de las dominadas. Las hijas dejarán de estar bajo la autoridad del progenitor cuando se case con otro hombre y así estar bajo la protección y la potestad de su marido. Este tipo de relaciones paternalistas forman parte un contrato de intercambio en el que el hombre da soporte económico a cambio de cualquier forma de subordinación, ya sea servicios sexuales, trabajo doméstico sin remuneración, incluso cuando el varón incumple sus responsabilidades (pp. 316- 317).

Vivir en una sociedad patriarcal hace que niños y niñas socialicen cumpliendo distintos roles de género que dan como resultado uno de los efectos más dañinos dentro de las sociedades democráticas, la violencia contra las mujeres<sup>1</sup>. Existen distintos tipos de violencia, pero en este estudio me voy a centrar en la que muchas mujeres sufren en la atención sanitaria.

Actualmente, el término violencia de género está en la agenda política y mediática. El tratamiento mediático de esta problemática ha evolucionado y ha favorecido cada vez más la protección de la víctima. Hace pocos años, en los medios de comunicación, las agresiones que sufrían las mujeres a manos de sus parejas o familiares se trataban como “crímenes pasionales”. Como explica Rodríguez (2008) este tratamiento ha visto una evolución debido a su importancia social, jurídica y familiar. Esta violencia va mucho más allá y se ejerce desde distintos ámbitos (p. 172). Como mujer es necesario estar informada para saber identificarlo y poder luchar contra ello.

España es un país basado en el estado de bienestar, en el que la salud pública es uno de sus elementos fundamentales. Pero ¿Qué sucede cuando en las investigaciones no se tiene en cuenta a las mujeres?, ¿Qué pasa cuando se menosprecia las dolencias de las mujeres y se da un diagnóstico vago?, ¿Qué sucede cuando no se tiene en cuenta la sintomatología de las mujeres?, etc. La realidad es que incluso en la medicina existen sesgos de género

---

<sup>1</sup> Según los datos aportados por la Organización de Naciones Unidas, se estima que a nivel global 736 millones de mujeres en algún momento de su vida han experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja sentimental, o violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja. Estadísticamente se traduce en una de cada tres mujeres (Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer [ONU- Mujer], s.f.).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud desvela que el 27% de las mujeres de edades comprendidas entre 15 a 49 años y que han estado en una relación advierten de haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja (Organización mundial de la Salud [OMS], 2021).

que ponen en riesgo la salud de las mujeres. De estas actuaciones desiguales reside el objeto de estudio del trabajo.

Como revela el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el año 2020 las enfermedades isquémicas del corazón son unas de las primeras causas de mortalidad entre las mujeres (11.531 defunciones) por detrás del coronavirus (27.860 defunciones). Sin embargo, existe una gran diferencia en la atención sanitaria que se proporciona a una mujer y un hombre (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021). Según el estudio “Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la situación en España”, realizado por la Sociedad Española de Cardiología para el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, las mujeres suelen sufrir un retraso en la atención de problemas cardiovasculares por una demora en la consulta del servicio de urgencias. Además, se produce un atraso en el proceso de ingreso y el inicio del tratamiento de reperfusión (Sociedad Española de Cardiología, 2007, p. 35). Cabe añadir el estudio “Infarto agudo de miocardio en pacientes menores de 45 años” donde se recogió una muestra de 10.213 pacientes (2.408 mujeres y 7805 hombres) que terminaron ingresados en la UCI entre los años 1995 y 1999. Se llegó a la conclusión de que en los dos grupos de análisis (A y B) la mortalidad de las mujeres era superior. En el sector más joven (el A) la mortalidad de las mujeres era de un 14,3% frente a un 2,3% de los varones. Lo mismo sucedía en el grupo B donde la tasa de defunciones era superior entre las mujeres (22%) a diferencia de los hombres (11%) (Morillas et al, 2002, p. 40).

El propósito de este trabajo no es solamente conocer este problema que me afecta como mujer, sino también dar voz a un problema que parece estar en la sombra y que tiene su origen en una sociedad patriarcal. Se trata de conocer a través de fuentes expertas y cercanas las causas, las consecuencias y las posibles soluciones

### **1.1.2 Justificación profesional**

Con el paso de los años la violencia de género ha ganado cada vez más espacio en los medios. El movimiento feminista ha hecho un trabajo muy importante para que los medios traten este problema de manera diferente. Desde la conferencia de la Mujer de Beijing en 1995, los medios fueron interpelados como actores determinantes para el cambio. Se propusieron como objetivos el incremento en las intervenciones y el acceso a la expresión de las mujeres en los medios de comunicación, así como la promoción de una imagen alejada de los estereotipos de género. También se sugirió como objetivo una



mayor toma de decisiones por parte de las mujeres que hasta entonces apenas habían conseguido desempeñar su trabajo en puestos de alto nivel (ONU- Mujer, 1995).

Tras revisar exhaustivamente los medios, apenas he encontrado reportajes que traten de forma específica la violencia de género que se perpetua en las instituciones y más en específico en la atención sanitaria. Se presta mucha atención a las agresiones físicas y psicológicas a mujeres por parte de sus parejas o exparejas, pero se deja de lado otro tipo de ataques que son igual de dañinos. Una de las razones que pueden explicar esta invisibilización es que incluso en la legislación española solo se reconoce como violencia de género a esas agresiones anteriormente mencionadas entre un hombre y una mujer que están o han estado dentro de una relación sentimental. Así lo dice la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

2. Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.

3. La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad. 4. La violencia de género a que se refiere esta Ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de las personas indicadas en el apartado primero. (Ley Orgánica 1/2004, Artículo 1)

Esta problemática repercute de forma directa en la salud de las mujeres que en muchas ocasiones son ignoradas por el personal sanitario. Ya con una leve investigación se puede ver como el género femenino es diagnosticado con cuadros ansiosos y depresivos con mucha frecuencia, pero sin realizar un análisis en profundidad. Esto hace que, en comparación a los hombres, las mujeres reciban muchos más ansiolíticos y depresivos en

la primera consulta y se obvие la existencia de otro tipo de enfermedades como las endocrinas. (Valls, 2019, p. 182). Como explican María Teresa Ruiz Cantero y María Verdú Delgado (2004) en “La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”:

La mayor prescripción y consumo de fármacos psicótopos en mujeres puede reflejar una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en estas, o que al quejarse induzcan la prescripción más que los hombres. Pero también es posible que los médicos atribuyan los síntomas físicos (o de presentación atípica) a factores psicológicos más fácilmente en las mujeres que en los hombres, o tiendan a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a las mujeres más que a los hombres. (p.123)

La razón principal que explica el sesgo de género en la atención sanitaria se debe a que el esfuerzo terapéutico acaba viéndose afectado por el sesgo de género presente en el esfuerzo diagnóstico. De forma que, el enfermo ve reducida su probabilidad de ser tratado porque es excluido del proceso diagnóstico, o no se le realizan las pruebas de diagnóstico pertinentes. Por consiguiente, al no disponer de una valoración médica correcta, no se efectuará un esfuerzo terapéutico sobre los síntomas que muestra el paciente (esfuerzo terapéutico sintomático) o una sobreprescripción de fármacos psicotrópicos (Ruiz y Verdú, 2004, p.120).

Este tipo de prácticas son tan solo un ejemplo de la violencia que se ejerce sobre las mujeres en la atención sanitaria. Se necesita conocer en profundidad de donde viene y los efectos que producen en la salud. En la actualidad existen muchos estudios que hablan de esta cuestión, pero queda relegado a un público especializado. Es necesario que la audiencia generalista lo conozca para comenzar a tener consciencia de ello.

Hacer un reportaje multimedia sobre este tema es un reto personal y profesional, ya que conseguiré afianzar los conocimientos impartidos durante la carrera. Por otra parte, conseguiré mejorar el enfoque de las entrevistas y de la información proporcionada por las fuentes. Además de potenciar mi capacidad de análisis y jerarquización de grandes cantidades de información.

## **1.2 OBJETIVOS**

El objetivo general del trabajo es plasmar en un reportaje multimedia el origen y algunas de las diferentes formas en las que se materializa el sesgo de género en la atención sanitaria y sus consecuencias.

Los objetivos específicos que se quieren alcanzar son:

- Plasmar la desigualdad de género existente que ha habido y existe en la investigación de enfermedades, en su diagnóstico y en su posterior tratamiento.
- Expresar los posibles efectos adversos de esta desigualdad en la atención sanitaria.
- Dar voz a expertos que planteen soluciones y así ayudar a paliar los efectos negativos de la atención sanitaria que reciben las mujeres.

## **1.3 FUNDAMENTOS TEÓRICO-ACADÉMICOS**

El objetivo principal de este apartado se basa en analizar la bibliografía académica existente para conocer los capítulos más importantes sobre la perspectiva de género que existe en la medicina, sobre el periodismo digital y el reportaje multimedia. Todos estos aspectos conformarán un discurso que ayude a comprender el reportaje multimedia que presentamos.

### **1.3.1 Origen de la desigualdad de género en la atención sanitaria. La investigación de enfermedades y ensayos clínicos. Ejemplos de los sesgos de género en la atención de la salud.**

Primero es necesario definir en que consiste los sesgos de género:

La diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud. (Ruiz et al, 2020, p. 110)

Como explica Carme Valls (2019) en su libro “Mujeres invisibles para la medicina”, las mujeres son imperceptibles para la atención sanitaria. La razón proviene del nacimiento de la ciencia médica que se produjo en un momento histórico en el que se vio influenciada por intereses políticos, ideológicos y sociales, externos e internos a la ciencia. Durante muchos años, las mujeres han sido olvidadas en lo que se refiere a la asignación de un diagnóstico y tratamiento efectivo (p.166).

Esta situación de desigualdad encuentra su explicación en los orígenes de la investigación de la medicina y en la realización de ensayos. La intención inicial de esta ciencia de la

salud era utilizar un modelo de cuerpo válido para hombres y mujeres. La realidad es que las investigaciones y los ensayos clínicos seguían un modelo androcentrista, en el que el cuerpo de los hombres era el centro de todos los estudios. Esta visión ha provocado que no se tuviese en cuenta las diferencias biológicas entre los sexos para la información, la formación y la percepción clínica. En consecuencia, se han conformado una serie de «marcos cognitivos» clínicos con sesgos de género que han afectado a la formación de los profesionales y las formas de actuar de los médicos (Vázquez y Garrido, 2016, p.77).

En este ámbito, el término androcentrismo hace referencia a como en los textos médicos solo se contempla la experiencia del hombre como válida y como fuente del saber; se difunde una idea de inferioridad y peligrosidad de las mujeres; se establecen unos cánones de belleza androcéntricos y difíciles de alcanzar; se reduce a la mujer a la función reproductiva, dominada por el hombre y estipulando que su capacidad de raciocinio está condicionado por su útero, negándoles la oportunidad de acceder al conocimiento verdadero (Martínez, 2008, p.8).

Según Carme Valls (2001) el sesgo de género en las ciencias de la salud se muestra de tres formas:

En primer lugar, partiendo de la suposición de que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales, cuando no lo son; en segundo lugar, partiendo de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas donde, finalmente, solo hay similitudes; y, en tercer lugar, partiendo de la suposición de que los problemas de salud son provocados solo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas. (p.1)

Existe un segundo sesgo de género en la medicina, que tiene que ver con la investigación nula de afecciones preferentes en el género femenino, la morbilidad diferencial entre ambos sexos. Además del aislamiento de los datos referentes a investigaciones sobre mujeres reales, al no relacionarlos con las enfermedades deducidas del ciclo menstrual o sus condiciones psicosociales de vida y trabajo (Valls, 2019, pp.171-172).

Voces como Bernadine Helay (1991 cit. Valls, 2019) explican que la primera vez que se manifestaron los sesgos de género en la atención sanitaria y la investigación tuvieron que ver con la mala praxis de problemas cardiovasculares en la mujer. La atención sanitaria se vio afectada por no haber incluido a las mujeres en las investigaciones de estas enfermedades.

Esta misma línea se manifiesta en el documento “Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España”, donde se indica que no hace mucho tiempo que los ensayos clínicos, realizados por las Instituciones científicas, incluían una proporción mínima de mujeres. En este estudio se pone de ejemplo ensayos sobre enfermedades cardiovasculares en las mujeres, en los que la información obtenida proviene de registros donde ellas han sido sujeto de análisis menos de un 30% (Sociedad Española de Cardiología, 2007, p.5).

Estos sesgos de género en la investigación de enfermedades cardiovasculares provienen de la idea de que estas son enfermedades de hombres. Según Valls (2019) hace apenas 15 años se pensaba que las propias hormonas y la genética del sexo femenino las protegía de las afecciones cardiovasculares. Este pensamiento no se basaba en las evidencias científicas, sino que se guiaba por un conjunto de impresiones acumuladas a lo largo de los años (p.186).

La pandemia del coronavirus y el COVID-19 permanente ejemplifican como estos sesgos de género se siguen perpetuando en la actualidad con la llegada de nuevas enfermedades. Según revela el INE, de enero a mayo de 2020 murieron, 32498 hombres y 27860 Mujeres. Por otra parte, se confirmó que murieron más mujeres (8062) que hombres (6419) por coronavirus no identificado o sospechoso (Instituto Nacional de Estadística, s.f.). María Teresa Ruiz Cantero (2021) apunta que durante la pandemia en España existió un patrón de sexo desigual. En un inicio el COVID-19 era más prevalente en los hombres, pero a partir del 31 de marzo las cifras se igualaron debido a incremento de casos entre las mujeres (pp.96-97). Es cierto que existe una concordancia entre el menor número muertes y el número de hospitalizaciones de mujeres. Sin embargo, hay que destacar que los hombres pudieron acceder con mayor asiduidad a la atención hospitalaria realizándoles así más pruebas de diagnóstico. Hubo una falta de datos de pacientes que no fueron hospitalizados y fallecieron por coronavirus. Por ende, como muchos no fueron diagnosticados esto pudo afectar a una menor contabilización de muertes entre las mujeres (Ruiz Cantero, 2022, p.90).

Por otra parte, entre los afectados por el COVID-19 persistente o Long COVID (LC) destacan en un 79% las mujeres, así lo indica el estudio efectuado por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Se realizó una encuesta online, y se estimó que la edad media del paciente con LC era de 43,3 años, que solo el 48% poseía una PCR diagnóstica. Gracias al estudio consiguieron detectar un gran número de

síntomas (201) que podían ser respiratorios, neurológicos, psicológicos/emocionales, del aparato locomotor, generales, digestivos, etc. Por lo tanto, es difícil pensar que un profesional sanitario pueda reducir todas estas patologías a un problema psicológico. Sin embargo, los afectados en España y en otras partes del mundo, están denunciando que en muchas ocasiones tienen que enfrentarse a la negación de sus síntomas por parte de los sanitarios, que, sin conocer la causa de la enfermedad, lo relacionan con otros procesos de cambios emocionales. Estas actuaciones alejan a los profesionales en la búsqueda de una solución de una enfermedad con una gran prevalencia en mujeres (Rodríguez et al, 2021, p.61).

Como ya se ha mencionado, los sesgos de género se materializan en multitud de formas y la salud reproductiva de la mujer no es una excepción. Actualmente, la medicina que la salubridad de la mujer es únicamente su salud reproductiva. En consecuencia, muchos sanitarios y políticas que se establecen al respecto solo tratan todo aquello relacionado como el embarazo, la anticoncepción y la planificación familiar o la menopausia, hace poco. El reduccionismo reproductivo fija la atención en aspectos reproductivos, pero no tiene en cuenta otros aspectos relacionados, como por ejemplo la menstruación, que sigue siendo un tema tabú. Reducir la salud de la mujer a la fase reproductiva trae consigo como consecuencia la creación de unidades de atención exclusiva para las mujeres. Son segregadas de las unidades de atención primaria, por una supuesta diferencia que existe entre hombres y mujeres, olvidando así las similitudes que comparten en las enfermedades y obstaculizando la entrada de una mirada de género (Valls, 2019, p. 181).

### **1.3.2 Periodismo digital**

Para desarrollar este apartado primero es necesario definir periodismo digital como concepto. En principio puede parecer una tarea sencilla, pero la realidad es que a los profesionales les ha resultado en una ardua tarea. Como sostiene Ramón Salaverría (2019) en el artículo “Periodismo digital: 25 años de investigación” la definición del término ‘periodismo digital’ carece de consenso. Durante mucho tiempo y en la actualidad profesionales y académicos han diferido a la hora de denominar este término. Algunos como Díaz-Noci y Salaverría en el año 2003 lo denominaban ‘ciberperiodismo’; Kawamoto (2003) hablaba de ‘periodismo digital’; Deuze en el 2001 y Steensen en el 2011 lo denominaban ‘periodismo online’; Deuze (2004) lo designó como ‘periodismo multimedia’. Existen un sinnúmero de etiquetas diferentes, pero la más aceptada entre los países es la de ‘periodismo digital’ (p. 3).

La llegada de las nuevas tecnologías como Internet no solo revolucionó la forma de vivir de las personas, sino que también supuso un giro en la comunicación y los medios de información. José Luis Martínez Albertos (2007) diferencia la aparición de un nuevo periodo: “el periodismo moderno” debido a la llegada de Internet en los medios de masas. Este nuevo modelo ha dado lugar a una serie de etapas: periodismo ideológico, periodismo informativo y periodismo de explicación y el periodismo global, fase que se ha alcanzado cuando la Red digital se ha convertido en el medio principal (p. 68).

Como explica López- García debido a la gran dimensión que tiene la Red, es comprensible la cantidad de cibermedios de los que disponemos en la actualidad. Ya han pasado más de dos décadas desde que aparecieron los primeros medios digitales, en ellos se ofrecía la versión online de los periódicos impresos. Actualmente, hay una gran variedad de cibermedios, disponemos de medios digitales ligados a marcas periodísticas tradicionales y, por otra parte, existen los medios nativos digitales. Por otra parte, cabe señalar que como sucedió en el pasado con los medios analógicos, en la Red existe una convivencia de los medios generalistas con los medios especializados; las publicaciones gratuitas con las que de pago; los cibermedios a nivel internacional con publicaciones nacionales, locales (López cit. Salaverría, 2019 p.5).

A lo largo del escrito “Redacción Periodística. Los estilos y los géneros en la prensa escrita”, José Luis Martínez Albertos aclara como el periodismo digital no es una nueva forma de realizar periodismo, sino de plantearlo. Martínez Albertos toma este cambio como una vuelta a la esencia del oficio, del periodismo clásico, basado en la investigación, la claridad y la brevedad, la contextualización y el empleo de fuentes diversas (Sánchez, 2007, p. 68).

La revolución en el ámbito comunicativo con la llegada de las nuevas tecnologías ha hecho que los periodistas cambien su manera de trabajar. Deben pensar en los contenidos, la forma, el lenguaje, etc., que son más atractivos para el usuario en la Red. Deben tener en cuenta nuevas características sin dejar de lado las bases del periodismo clásico. Estas actualizaciones tecnológicas no suponen el abandono de las obligaciones y las responsabilidades exigibles a los periodistas (Sánchez, 2007, p. 69).

Este nuevo entorno digital ha favorecido la distribución de contenido en espacios multiplataforma. Actualmente, el contenido se crea para la red, pero en los inicios de Internet esto no era así. La *web* era un espacio complementario a los medios de

comunicación tradicionales y nativos digitales. En ella tan solo se llevaba a cabo tareas de promoción y distribución de contenido. Hoy en día, esta situación ha cambiado y no existe un medio de comunicación que pueda subsistir sin la *web* y para esto los periodistas deben reinventarse (Salaverría et al, 2019, p. 30).

El estudio “Nuevos entornos, nuevas demandas, nuevos periodistas” realizado por Tuñez, Martínez y Abejón replanteó las rutinas productivas que se deben llevar cabo, de forma que los profesionales de la información se especialicen en las nuevas tecnologías multimedia (Tuñez, Martínez y Abejón cit. Barrios, 2014, p. 226).

### **1.3.3 Narrativa del reportaje multimedia**

El hombre es un ser que necesita contar y saber historias para comprender lo que le rodea. De esta forma, las narraciones nos ayudan a unir hechos de forma lógica y establecer así una relación de causa y efecto (Costa y Piñeiro, 2012, p. 103). En definitiva, la función principal de la narrativa es hacer comprensible las acciones que el hombre lleva a cabo (Bettendorf cit. Costa y Piñeiro, 2012).

A diferencia de los orígenes de la prensa escrita, la televisión o la radio, los cibermedios han velado por una comunicación basada en la interacción. Han dado prioridad a un dialogo activo entre el medio y la audiencia (Barrios y Zambrano, 2014, p.231). Internet ha traído consigo transformaciones comunicativas y esto ha producido nuevos modelos comunicativos basados en la inclusión de procesos interactivos, nuevas modalidades informativas, nuevas formas de narrar las historias de la actualidad, datos, hechos y nuevos recursos expresivos. No solo se hace uso de la palabra escrita, sino que se incorporan vídeos, audio, imágenes, audio, etc. Aparece así un nuevo lenguaje multimedia (Cebrián, 2009, p.16).

Actualmente, la mayoría de las personas disponen de acceso a distintos soportes digitales. El aumento en la implantación de dispositivos, como vehículos de los relatos, ha favorecido el surgimiento de un nuevo modelo narrativo, basado en una mayor interacción y participación de los usuarios, que intervienen en el proceso productivo de las historias (Orihuela, 2009, p.38).

Tal y como define Cely, los cibermedios son todos aquellos que emplean la *web* para publicar y difundir informaciones de carácter periodístico. Estas publicaciones se caracterizan por ser virtuales, interactivas e hipermediáticas (hipertexto) (Cely cit. Mogollón y Urdaneta, 2006, p.109).



La virtualidad como concepto, según Cely es una característica esencial de los cibermedios. Puesto, que tiene que ver con un conjunto de productos que no podemos poseer de forma tangible. Lo mismo sucede con el lenguaje que los componen, formado por unos y ceros y pertenece al ciberespacio, revolucionando así el modo de percibirlo y entenderlo (Cely cit. Mogollón y Urdaneta, 2006, p.109).

Según Vittadini, la interactividad es una característica innovadora de los cibermedios. La audiencia deja atrás su papel pasivo. Toma un papel más activo como agente capaz de iniciar acciones acordes a sus necesidades y objetivos y que desencadenan consecuencias reales (Vittadini cit. Mogollón y Urdaneta, 2006, pp. 110-111).

La última característica, la hipermedia, atañe a la incorporación de elementos de multimedia e hipertexto. El hipertexto da lugar a una escritura no secuencial y deja de lado la secuencial (Mogollón cit. Mogollón y Urdaneta, 2006, p. 112). Es uno de los elementos que más ha influido en la redacción periodística en la *web*. Su funcionamiento se basa en presentar como punto de partida una primera versión de lo ocurrido, para después mostrar diversas caras poliédricas de ese acontecimiento (Mogollón y Urdaneta, 2006, p. 113). De esta forma, el usuario tiene el poder de decidir hasta donde profundizar la información y sobre qué.

Es lógico pensar que la inclusión de elementos multimedia al discurso periodístico ha provocado que el lenguaje se actualice y sufra un cambio. En la lingüística de la narrativa periodística multimedia se combinan diferentes códigos lingüísticos que terminan construyendo el “macrodiscurso digital”. El cual está conformado por el sitio web donde se alojan una o varias páginas. Los discursos que se incluyen en él se refieren a todos aquellos que son integrados gracias a la tecnología digital y pueden estar constituidos por los textos informativos contenidos en páginas web, un vídeo, un audio, entre otros (Albaladejo, 2011, p.16).

En el “macrodiscurso digital” se ha establecido una correspondencia entre los códigos lingüísticos y los hiperenlaces. Esto consiste en una sintaxis polifónica en la que cada elemento funciona y no depende del resto, pero a su vez todos ellos actúan en armonía (sintaxis multimedia armónica) mediante el uso de nodos, nexos y redes (Salaverría y Sánchez, 2019, p. 6).

En definitiva, la multimedialidad se aleja del modo de producción de los medios tradicionales, ya que aporta una gran cantidad de contenido sobre un mismo asunto. El

lector puede decidir hasta qué punto desea informarse sobre el tema y además puede recurrir a distintos tipos de elementos, que funcionan individualmente. No es necesario que consulte todo el contenido del reportaje multimedia para entender una única pieza. La experiencia del usuario no solo se limita a leer un texto y ver alguna fotografía, sino que puede acceder a vídeos, audios, mapas interactivos, infografías, etc., y además interactuar con el contenido. Asimismo, el autor deja atrás la escritura secuencial y gracias a la multimedialidad puede profundizar en el tema sin cansar al usuario.

## **2. PLAN DE TRABAJO**

Para llevar a cabo este TFG he realizado una serie de tareas teóricas y prácticas de forma paralela que están reflejadas en el cronograma. Algunas de esas labores son:

Por una parte, primero se fijó el tema del trabajo y la manera en la que se iba a realizar la parte práctica. Dicha ejecución del contenido del reportaje multimedia ha seguido una serie de fases:

1. Reunir y jerarquizar información de distintas fuentes, ya sean estudios académicos, declaraciones de fuentes expertas como Carme Valls o María González Maza. También he empleado fuentes documentales como: los libros “Mujeres invisibles para la medicina” o “Ciberperiodismo en la proximidad”; datos recabados de instituciones como el INE; la Guía-Decálogo de las buenas prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en Salud; la revista Nature; el estudio “Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la situación en España”; la encuesta efectuada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); el Proyecto Eva.
2. Esbozar un borrador del esquema del reportaje multimedia, de tal forma que siga un hilo narrativo atractivo para el lector. El guion del trabajo práctico ha sido estructurado siguiendo un esquema:

Primero he planteado una introducción donde explico en que consiste los sesgos de género en la atención sanitaria y a que nos referimos. A modo resumen, he explicado los apartados que he tratado en el reportaje.

### 1- Investigación de enfermedades

Aquí he tratado el origen de este sesgo de género en la sanidad, la investigación. En este apartado se incluye un fragmento de la entrevista con o Carme Valls (política y médica de endocrinología y especializada en medicina con perspectiva de género).

## 2- Enfermedades cardiovasculares

Entre las mujeres este tipo de enfermedades son las que causan más mortalidad y a pesar de eso en la investigación siempre se ha tenido como sujeto de estudio a los hombres. No se ha tenido en cuenta las diferencias biológicas existentes, y en muchos casos las mujeres alargan el momento de ir a urgencias y para al final ser ignoradas. En este apartado he profundizado en todos estos aspectos gracias a los testimonios de expertos y fuentes documentales.

En cuanto a los elementos audiovisuales, he incluido una infografía que resume a nivel visual los factores de riesgo generales y los factores de riesgo específicos en la mujer. Además, he incorporado un vídeo con las declaraciones de Carme Valls y Ana María González Maza, psicóloga de la Federación de Mujeres Progresistas y que formó parte del equipo que elaboró la “Guía-Decálogo de Buenas prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en Salud”.

## 3- Covid persistente

El covid persistente hace que el nivel de vida de las personas que lo sufren disminuya a los mínimos. Según la encuesta realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) el 79% de las personas que lo padecen son mujeres (Rodríguez et al, 2021, p.61). A esto se une la falta de investigación inicial de como la vacuna podía afectar a la menstruación y a la salud reproductiva de la mujer. Para retratar todos estos acontecimientos he añadido un vídeo de las entrevistas realizadas a Carme Valls y Ana María González.

## 4- Salud reproductiva

En medicina la figura de la mujer en la salud solo está reducida al momento la salud reproductiva. Sin embargo, es destacable como existe una falta de interés e investigación en enfermedades que tienen que ver con este asunto (como el síndrome de ovarios poliquísticos, la endometriosis) y el desconocimiento que muchas mujeres tiene sobre la menstruación. Es muy común escuchar a mujeres que han asistido al médico para hablar de fuertes dolores durante la menstruación, la irregularidad de sus sangrados u otros

síntomas y que al final, sin ningún tipo de prueba para descartar enfermedades como las mencionadas, todas reciben la misma receta, las píldoras anticonceptivas.

En este apartado se habla de todo este problema y lo que acarrea. Para ello he contado con el testimonio de Joaquina Santos a quien no se le retiró un dispositivo intrauterino ya caducado y esto causó una serie de infecciones que casi terminan con su vida. La razón para no retirar este dispositivo fue que dentro de poco tendría la menopausia.

## 5- Consecuencias y soluciones

La idea principal de este apartado es contar los efectos que generan estos sesgos de género en la salud de las mujeres. Para ilustrar estas consecuencias y las posibles soluciones he grabado una entrevista a Lidia Santos Blanco, quien fue derivada erróneamente a psiquiatría por un neurólogo. Ella sufría fuertes dolores en la cabeza y el doctor alegó que ese dolor era psicossomático porque vivía sola y estaba triste. En psiquiatría se le asignó una medicación que la calmaba los dolores, pero no ponía solución a lo que le causaba la dolencia. Tras 3 años de estar prácticamente en cama y batallando con el neurólogo, esta mujer se sometió a una cirugía en la que se le extirparon la muelas, ya que estaban creciendo hacia las fosas nasales.

El vídeo de la entrevista que aparece en el reportaje es un resumen de lo que lidia contó. Si el usuario quiere saber más, puede acceder a la entrevista completa mediante un hiperenlace.

Para reflejar las soluciones he recurrido a las declaraciones de las dos mujeres que pasaron por malas experiencias en la atención sanitaria. Además, he aportado la visión de las fuentes expertas Carme Valls y Ana María González, junto a las indicaciones de la “Guía-Decálogo de Buenas prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en Salud”, que he resumido en una infografía.

### **2.1 Herramientas**

El producto final del trabajo es hacer un reportaje multimedia y en él se ha incluido infografías, entrevistas en vídeo, fotografías, etc. La mayor parte de estos elementos serán de autoría propia y para ello se utilizarán programas como Adobe Spark, Photoshop, Premiere, Infogram, entre otros. El motivo de emplear estas herramientas radica en el uso que he hecho de ellas en otros trabajos de la carrera y los resultados han sido positivos.

Para la toma de vídeos y fotos he usado una cámara DSLR, un trípode, distintos objetivos de los que dispongo y un micrófono de corbata para mejorar la calidad del sonido en las entrevistas. La razón de emplear este tipo de cámara es por el tamaño y la versatilidad que ofrece. Es cierto que el dispositivo del que dispongo no ofrece la mayor calidad de imagen, pero tenerla a mi disposición me facilita la realización del trabajo.

Dos de las entrevistas se han realizado por videollamada debido a la lejanía que había con las entrevistadas Carme Valls y María González Maza. Para ello he empleado un portátil y la herramienta Zoom, porque da la opción de grabar los vídeos con mayor calidad. La ambigüedad, el tema y la lejanía han sido dos de las razones por las que he tenido que usar fotos de bancos de imágenes o proporcionadas por las entrevistadas.

## **2.2 Estrategia**

La estructura general de este reportaje multimedia consistirá en plantear los orígenes de esta desigualdad en la medicina. En esta parte se dará un contexto para conocer de dónde nace el problema que hace que las mujeres sean olvidadas, desde los inicios de la medicina. Se plasmará de donde proviene ese sesgo de género en el diagnóstico de enfermedades, como por ejemplo las cardiovasculares, el Covid persistente y la salud reproductiva.

Finalmente, se tratará los efectos adversos de estas prácticas desiguales y se plantearán soluciones para que este sesgo de género en la sanidad comience a desaparecer. A lo largo de esta pieza periodística se incluirán entrevistas en profundidad con profesionales sanitarios especializados en el tema y se utilizarán como fuentes. Por otra parte, se recurrirá a la historia de vida de dos mujeres que han sufrido una mala praxis en el ámbito sanitario.

Una vez finalizadas las entrevistas, se seleccionarán las declaraciones para después jerarquizarlas e incluirlas en el reportaje a modo de cita o vídeo, junto con el resto de datos recabados de estudios e instituciones.

## **2.3 Metodología**

### 2.3.1 Cronograma

MES	MEMORIA ACADEMICA	PARTE PROFESIONAL
Octubre 2021	<p>(Día 14) Primera reunión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hace una breve presentación del tema.</li> <li>• Se plantea como se llevará a cabo el trabajo.</li> </ul>	
Noviembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de documentación sobre la existencia de un sesgo de género en la atención sanitaria</li> <li>• (Día 15) Primera entrega del tema, objetivos y cómo se va a llevar a cabo el trabajo: estrategia, fuentes, herramientas...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensar en que soporte es el más indicado para realizar un reportaje multimedia. Elección de Adobe Spark.</li> <li>• Pensar en que fuentes puedo contar para la realización del reportaje.</li> </ul>
Diciembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrección de la primera entrega</li> <li>• Búsqueda de más lecturas académicas a través de Google Scholar.</li> </ul>	
Enero 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer borrador del mapa mental del trabajo y de la estructura del reportaje multimedia</li> </ul>	
Febrero 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacción de la primera parte de la justificación y de los fundamentos teóricoacadémicos.</li> </ul>	

<p><b>Marzo 2022</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jueves 17: corrección de la memoria</li> <li>• Sábado 16: corrección de la memoria</li> </ul>	
<p><b>Abril 2022</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Martes 12 abril: corrección de la memoria</li> <li>• Viernes 13 abril: corrección de la memoria</li> <li>• Jueves 28 y viernes 19: corrección de la memoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miércoles 13 de abril: grabación de la historia de vida de Lidia Santos del Blanco</li> <li>• Lunes 18 abril: búsqueda de posibles ilustraciones que acompañen al reportaje y planteamiento de la estructura final del reportaje</li> <li>• Miércoles 20 de abril: grabación de la historia de vida de Joaquina</li> <li>• Martes 26 grabación de la entrevista de María González Maza</li> <li>• Viernes 29 abril grabación de la entrevista de Carme Valls</li> </ul>
<p><b>Mayo 2022</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jueves 26 al martes 31: finalización memoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Del viernes 20 al martes 24: redacción del reportaje, edición de entrevistas, elaboración de infografías.</li> </ul>

### 3. CONCLUSIONES

Tras haber realizado el reportaje multimedia, finalizo el TFG cumpliendo el objetivo general: plasmar en un reportaje multimedia el origen y algunas de las diferentes formas en las que se materializan el sesgo de género en la atención sanitaria y sus consecuencias. Gracias a las declaraciones de los entrevistados y a la documentación aportada en el reportaje y en esta memoria, he conseguido trazar un discurso donde se manifiestan las desigualdades existentes en la medicina, debido al androcentrismo que ha existido y sigue

existiendo. A través de los testimonios de Lidia Blanco y Joaquina Santos he mostrado como un mal diagnóstico y la no implicación por parte de los sanitarios puede derivar en un mal tratamiento y causar graves consecuencias en la salud de las mujeres a nivel físico o psicológico.

Otro aspecto destacado es que, gracias a la labor de investigación efectuada y los datos aportados por los expertos, he conseguido sintetizar las transformaciones que se deben llevar a cabo para poder avanzar en esta materia, divulgando así la idea de que un cambio es posible.

Por otro lado, he conseguido difundir aspectos sobre la salud de las mujeres que, en muchos casos, ellas mismas desconocen o están mal informadas, como ocurre con los dolores de la menstruación, el sangrado o los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares propios de mujeres. Al incluir las experiencias de dos mujeres, el lector puede comprender la magnitud del problema y los efectos que provoca. Además, gracias a los expertos conocemos la realidad social del problema. En definitiva, la conclusión final que se puede sacar sobre el tema que ha sido tratado, es que no solo se necesita que los médicos practiquen una escucha activa con las pacientes, sino que para que exista una evolución es imprescindible que se produzcan cambios a nivel estructurales en sanidad.

#### **4. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES UTILIZADAS**

Arriazu, A. D. C. (2000). El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*, (5), 307-318. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/206323.pdf>

Barrios Rubio, A. y Zambrano Ayala, W.R. (2014). Convergencia Digital: Nuevos perfiles profesionales del periodista. *Anagramas*, 14(26), 221-240. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/anagramas/article/view/1190/1149>

Cebrián, M. (2009). Comunicación interactiva en los cibermedios. *Comunicar*, 17(33), 15-24. <https://www.revistacomunicar.com/verpdf.php?numero=33&articulo=33-2009-03>

Costa Sánchez, C. y Piñeiro Otero, T. (2012). Nuevas narrativas audiovisuales: multiplataforma, crosmedia y transmedia. El caso de Águila Roja (RTVE). *Revista Icono 14. Revista de comunicación y tecnologías emergentes*, 10(2), 102-125. <https://icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/156/363>



Gallego Cebrián, S. (2022). *Reportaje multimedia sobre los sesgos de género en la atención sanitaria*. Trabajo de Fin de Grado en Periodismo. Universidad de Valladolid. Curso 2021-2022.

De Cardiología, S. E. (2007). Enfermedad Cardiovascular en La mujer. Estudio De la situación en España. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>

Delgado Sánchez, A. (2001). Salud y género en las consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 27(2):75-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683972/pdf/main.pdf>.

Dioses, K. R., Rojas, T. A., Moreno, H. P. (2017). De la comunicación multimedia a la comunicación transmedia: una revisión teórica sobre las actuales narrativas periodísticas. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 23(1), 223. <https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/55593>

Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Covid-19. Defunciones por covid-19 virus identificado y virus no identificado (sospechoso)*. Año 2020. <https://ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49867>

Instituto Nacional de Estadística. (10 de noviembre de 2021). *Defunciones según la causa de muerte*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

Ledo, M. D. P.R., et al. (2021). Descripción de los 201 síntomas de la afectación multiorgánica producida en los pacientes afectados por la COVID-19 persistente. *Medicina general*, 10(2), 60-68. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7955236>

Lerner, G. (1990). *La creación de patriarcado*. Editorial Crítica. <https://partidofarc.com.co/sites/default/files/Copia%20de%20Gerda%20Lerner%20-%20La%20creacio%CC%81n%20del%20patriarcado.pdf>

Ley Orgánica 1/2004. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. 29 de diciembre de 2004. BOE. No. 3013. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

López García, X. (2008). *Ciberperiodismo en la proximidad*. Comunicación Social.

Gallego Cebrián, S. (2022). *Reportaje multimedia sobre los sesgos de género en la atención sanitaria*. Trabajo de Fin de Grado en Periodismo. Universidad de Valladolid. Curso 2021-2022.

Martínez, E. (2008). Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en Medicina. *El Genio Maligno: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, (3),1-27.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2721784>

Mogollón, H. y Urdaneta, J. (2006). Propuesta de estructura informativa para cibermedios venezolanos. *Quórum Académico*, 3(2),105-127.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199016789006>

Morillas, P. J., et al. (2002). Infarto agudo de miocardio en pacientes menores de 45 años. *Revista Española de Cardiología*, 55(11), 1124-1131. <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13039213>

Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. (s.f.). *Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer*.  
<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/media.htm>

Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. (s.f.). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*.  
<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Organización Mundial de la Salud. (8 de marzo de 2021). *Violencia contra la mujer*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Orihuela, J. L. (2009). Narraciones interactivas: el futuro no lineal de los relatos en la era digital. *Palabra Clave*, (2).  
<https://palabraclave.unisabana.edu.co/index.php/palabraclave/article/view/338>

Rodríguez Cárcela, R. M. (2008). Del crimen pasional a la violencia de género: Evolución y tratamiento periodístico. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 17, 171-188.  
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/68162/16812702011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz Cantero, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria* [Archivo PDF].  
<https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODYuaG90bGluaw==>

Gallego Cebrián, S. (2022). *Reportaje multimedia sobre los sesgos de género en la atención sanitaria*. Trabajo de Fin de Grado en Periodismo. Universidad de Valladolid. Curso 2021-2022.

Ruiz Cantero, M. T. (2021). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35, 95-98. <https://www.scielo.org/pdf/ga/2021.v35n1/95-98/es>

Ruiz-Cantero, M. T. (2022). Ceguera de género en la información sobre la COVID-19. Los datos hablan. *Gaceta Sanitaria*, 36, 90-91. <https://www.scielo.org/article/ga/2022.v36n1/90-91/es/>

Ruiz Cantero, M. T., et al. (2020). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farmacia Hospitalaria*, 44(3):109-113. [https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v44n3/es\\_2171-8695-fh-44-03-109.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v44n3/es_2171-8695-fh-44-03-109.pdf)

Ruiz Cantero, M. T., Verdú Delgado, M. (2004). La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(4):118-125. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062260>

Salaverría, R. (1999). De la pirámide invertida al hipertexto: hacia nuevos estándares de redacción para la prensa digital. *Novática (Revista de la Asociación de Técnicos de Informática)*, 142, 12-15. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/5186>

Salaverría, R. (2019). Periodismo digital: 25 años de investigación. Artículo de revisión. *El profesional de la información*, 28, (1), 1-27. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.ene.01>

Salaverría, R., et al. (2019). Ecosistema de los cybermedios en España: Tipologías, iniciativas, tendencias narrativas y desafíos. *Espejo de Monografías De Comunicación Social*, (3), 25-49. <http://espejodemonografias.comunicacionsocial.es/article/view/3665>

Sánchez-García, P., Salaverría, R. (2019). Narrativa periodística multimedia: fundamentos semiótico-narratológicos. *El profesional de la información*, 28(3),1-13. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.may.03>

Sánchez Sánchez, D. A. S. (2007). El periodismo digital. Una nueva etapa del periodismo moderno. *Revista Lasallista de investigación*, 4(1), 67-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745894>

Valls Llobet, C. (2001). Desigualdades de género en salud pública. *Quadern CAPS*, 30, 34-36. <https://www.caps.cat/images/stories/7valls.pdf>

Valls Llobet, C. (2019). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.

Gallego Cebrián, S. (2022). *Reportaje multimedia sobre los sesgos de género en la atención sanitaria*. Trabajo de Fin de Grado en Periodismo. Universidad de Valladolid. Curso 2021-2022.

Vázquez-Santiago, S., Peña, F. G. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1):76-80. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862115001217>.

Vivancos, F. V. (2010). *Un nuevo léxico en la red*. Librería-Editorial Dykinson. <http://urbinavolant.com/audiovisual/wp-content/uploads/2015/02/T.Albaladejo.-Accesibilidad-y-rec-epci%C3%B3n-en-el-discurso-digital.pdf>

## **5. ANEXOS Y MATERIAL COMPLEMENTARIO**

Link al reportaje multimedia: <https://express.adobe.com/page/uTTHesmqIMbLa/>