

Ciències de la vida

Guies per a una
docència universitària
amb perspectiva de gènere

Medicina

M. Teresa Ruiz Cantero

Xarxa Vives
d'universitats



MEDICINA

GUIES PER A UNA DOCÈNCIA UNIVERSITÀRIA AMB PERSPECTIVA DE GÈNERE

AUTORA

Maria Teresa Ruiz Cantero (Universitat d'Alacant)

COORDINADORES

Teresa Cabruja Ubach (Universitat de Girona)

M. José Rodríguez Jaume (Universitat d'Alacant)

i Tània Verge Mestre (Universitat Pompeu Fabra)

Xarxa Vives
d'universitats



AQUESTA COL·LECCIÓ DE GUIES ESTÀ IMPULSADA PEL GRUP DE TREBALL D'IGUALTAT DE GÈNERE DE LA XARXA VIVES D'UNIVERSITATS

Elena VILLATORO BOAN, presidenta de la Comissió d'Igualtat i Conciliació de Vida Laboral i Familiar, Universitat Abat Oliba CEU

M^a José RODRÍGUEZ JAUME, vicerectora de Responsabilitat Social, Inclusió i Igualtat, Universitat d'Alacant

Cristina YÁÑEZ DE ALDECOA, coordinadora del Rectorat en Internacionalització i Relacions institucionals, Universitat d'Andorra

Joana GALLEGO AYALA, directora de l'Observatori per a la igualtat, Universitat Autònoma de Barcelona

M. Pilar RIVAS VALLEJO, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat de Barcelona

Ruth María ABRIL STOFFELS, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat CEU Cardenal Herrera

Ana M. PLA BOIX, delegada del rector per la igualtat de Gènere, Universitat de Girona

Esperança BOSCH FIOL, directora i coordinadora de l'Oficina per a la Igualtat d'Oportunitats entre Dones i Homes, Universitat de les Illes Balears

Consuelo LEÓN LLORENTE, directora de l'Observatori de Polítiques Familiars, Universitat Internacional de Catalunya

Mercedes ALCAÑIZ MOSCARDÓ, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat Jaume I

Anna ROMERO BURILLO, directora del Centre Dolors Piera d'Igualtat d'Oportunitats i Promoció de les Dones, Universitat de Lleida

María José ALARCÓN GARCÍA, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat Miguel Hernández d'Elx

MARIA OLIVELLA QUINTANA, directora del Grup d'Igualtat de Gènere, Universitat Oberta de Catalunya

Dominique SISTACH, responsable de la Comissió d'Igualtat d'Oportunitats, Universitat de Perpinyà Via Domitia

Sílvia GÓMEZ CASTÁN, tècnica d'Igualtat del Gabinet d'Innovació i Comunitat, Universitat Politècnica de Catalunya

M. Rosa CERDÀ HERNÁNDEZ, responsable de la Unitat d'Igualtat, Universitat Politècnica de València

Tània VERGE MESTRE, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat Pompeu Fabra

Maite SALA RODRÍGUEZ, tècnica de relacions internacionals i estudiants, Universitat Ramon Llull

Inma PASTOR GOSÁLVEZ, directora de l'Observatori de la Igualtat, Universitat Rovira i Virgili

Amparo MAÑÉS BARBÉ, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat de València

Anna PÉREZ I QUINTANA, directora de la Unitat d'Igualtat, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

Traducció al català de **Baltasar Ripoll Torres**

Edita XARXA VIVES D'UNIVERSITATS

Edifici Àgora Universitat Jaume I · Campus del Riu Sec · 12006 Castelló de la Plana

<http://www.vives.org>

ISBN: 978-84-09-05894-5 · DL: CS 1047-2018

LLIBRE SOTA UNA LICÈNCIA CREATIVE COMMONS BY-NC-SA.

SUMARI

PRESENTACIÓ	5
01. INTRODUCCIÓ	8
02. LA CEGUESA AL GÈNERE I LES SEUES IMPLICACIONS	9
03. PROPOSTES GENERALS PER INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN LA DOCÈNCIA	11
04. PROPOSTES PER A INTRODUIR LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN MEDICINA	14
Objectius de l'assignatura/mòdul	14
Objectiu general per a assignatures en carreres de Ciències de la Salut	14
Objectiu d'assignatures relacionades amb especialitats clíniques	14
Objectius específics	14
Objectiu en una assignatura específica de Gènere i Salut	15
Continguts de les assignatures/mòduls	16
Incorporació de la perspectiva de gènere en Cardiologia	16
Malaltia isquèmica crònica del cor	17
Malalties per insuficiència cardíaca (IC)	19
Síndrome coronària aguda (SCOA) / infart de miocardi (IM)	21
Factors de risc cardiovascular - tradicionals i nous	21
Incorporació de la perspectiva de gènere en Endocrinologia	23
Incorporació de la perspectiva de gènere en Neurologia	24
Incorporació de la perspectiva de gènere en Pneumologia	25
05. RECURSOS DOCENTS	32

06. ENSENYAR A FER RECERCA SENSIBLE AL GÈNERE	35
Llista de comprovació en recerca sobre salut i medicina	38
07. RECURSOS PEDAGÒGICS	44
08. PER A APROFUNDIR	45
Bibliografia	45

PRESENTACIÓ

Què és la perspectiva de gènere i quina rellevància té en la docència dels programes de grau i de postgrau? Aplicada a l'àmbit universitari, la perspectiva de gènere o *gender mainstreaming* és una política integral per promoure la igualtat de gènere i la diversitat en la recerca, la docència i la gestió de les universitats, tots ells àmbits afectats per diferents biaixos de gènere. Com a estratègia transversal, implica que totes les polítiques tinguin en compte les característiques, necessitats i interessos tant de les dones com dels homes, tot distingint els aspectes biològics (sexe) de les representacions socials (normes, rols, estereotips) que es construeixen culturalment i històricament de la feminitat i la masculinitat (gènere) a partir de la diferència sexual.

La Xarxa Vives d'Universitats (XVU) promou la cohesió de la comunitat universitària i reforça la projecció i l'impacte de la universitat en la societat impulsant la definició d'estratègies comunes, especialment en l'àmbit d'acció de la perspectiva de gènere. És oportú recordar que les polítiques que no tenen en compte aquests rols diferents i necessitats diverses i, per tant, són cegues al gènere, no ajuden a transformar l'estructura desigual de les relacions de gènere. Això també és aplicable a la docència universitària, a través de la qual oferim a l'alumnat una sèrie de coneixements per entendre el món i intervenir-hi en el futur des de l'exercici professional, proporcionem fonts de referència i autoritat acadèmica i busquem fomentar l'esperit crític.

Una transferència de coneixement a les aules sensible al sexe i al gènere comporta diferents beneficis, tant per al professorat com per a l'alumnat. D'una banda, en aprofundir en la comprensió de les necessitats i comportaments del conjunt de la població s'eviten les interpretacions parcials o esbiaixades, tant a nivell teòric com empíric, que es produeixen quan es parteix de l'home com a referent universal o no es té en compte la diversitat del subjecte dones i del subjecte homes. D'aquesta manera, incorporar la perspectiva de gènere millora la qualitat docent i la rellevància social dels coneixements, les tecnologies i les innovacions (re)produïdes.

D'altra banda, proporcionar a l'alumnat noves eines per identificar els estereotips, normes i rols socials de gènere contribueix a desenvolupar el seu esperit crític i a adquirir competències que li permeten evitar la ceguesa al gènere en la seua pràctica professional futura. Així mateix, la perspectiva de gènere permet al professorat prestar atenció a les dinàmiques de gènere que tenen lloc en l'entorn d'aprenentatge i adoptar mesures que assegurin que s'atén a la diversitat d'estudiants.

El document que teniu a les mans és fruit del pla de treball bianual 2016-2017 del Grup de Treball en Igualtat de Gènere de la XVU, centrat en la perspectiva de gènere en la docència i la recerca universitàries. En una primera fase, l'informe *La perspectiva de gènere en docència i recerca a les universitats de la Xarxa Vives: Situació actual i reptes de futur* (2017), coordinat per Tània Verge Mestre (Universitat Pompeu Fabra) i Teresa Cabruja Ubach (Universitat de Girona), va constatar que la incorporació efectiva de la perspectiva de gènere en la docència universitària seguia sent un repte pendent, malgrat el marc normatiu vigent a nivell europeu, estatal i dels territoris de la XVU.

Un dels principals reptes identificats en aquest informe per superar la manca de sensibilitat al gènere dels currículums dels programes de grau i de postgrau era la necessitat de formar al professorat en aquesta competència. En aquesta línia, s'apuntava la necessitat de comptar amb recursos docents que ajuden el professorat a fer una docència sensible al gènere.

Així, en una segona fase, s'ha elaborat el recurs *Guies per a una docència universitària amb perspectiva de gènere*, sota la coordinació de Teresa Cabruja Ubach (Universitat de Girona), M. José Rodríguez Jaume (Universitat d'Alacant) i Tània Verge Mestre (Universitat Pompeu Fabra). En conjunt, s'han elaborat onze guies, incloent-hi entre una i quatre guies per àmbit de coneixement, que s'han encarregat a professores expertes en l'aplicació de la perspectiva de gènere a la seua disciplina de diferents universitats:

ARTS I HUMANITATS:

HISTÒRIA: Mónica Moreno Seco (Universitat d'Alacant)

HISTÒRIA DE L'ART: M. Lluïsa Faxedas Brujats (Universitat de Girona)

FILOLOGIA I LINGÜÍSTICA: Montserrat Ribas Bisbal (Universitat Pompeu Fabra)

FILOSOFIA: Sonia Reverter-Bañón (Universitat Jaume I)

CIÈNCIES SOCIALS I JURÍDIQUES:

DRET I CRIMINOLOGIA: M. Concepción Torres Díaz (Universitat d'Alacant)

SOCIOLOGIA, ECONOMIA I CIÈNCIA POLÍTICA: Rosa M. Ortiz Monera i Anna M. Morero Beltrán (Universitat de Barcelona)

EDUCACIÓ I PEDAGOGIA: Montserrat Rifà Valls (Universitat Autònoma de Barcelona)

CIÈNCIES:

FÍSICA: Encina Calvo Iglesias (Universidade de Santiago de Compostela)

CIÈNCIES DE LA VIDA:

MEDICINA: M. Teresa Ruiz Cantero (Universitat d'Alacant)

PSICOLOGIA: Esperanza Bosch Fiol i Salud Mantero Heredia (Universitat de les Illes Balears)

ENGINYERIES:

CIÈNCIES DE LA COMPUTACIÓ: Paloma Moreda Pozo (Universitat d'Alacant)

Aprendre a incorporar la perspectiva de gènere en les assignatures impartides no implica res més que una reflexió sobre els diferents elements que configuren el procés d'ensenyament-aprenentatge, tot partint del sexe i del gènere com a variables analítiques clau. Per poder revisar les vostres assignatures des d'aquesta perspectiva, a les *Guies per a una docència universitària amb perspectiva de gènere* trobareu recomanacions i indicacions que cobreixen tots aquests elements: objectius, resultats d'aprenentatge, continguts, exemples i llenguatge utilitzats, fonts seleccionades, mètodes docents i d'avaluació i gestió de l'entorn d'aprenentatge. Al cap i a la fi, incorporar el principi d'igualtat de gènere no és només una qüestió de justícia social sinó de qualitat de la docència.

Teresa Cabruja Ubach, M. José Rodríguez Jaume i Tània Verge Mestre,
coordinadores

01. INTRODUCCIÓ

L'evidència científica i l'experiència, tant acadèmica com professional, demostren que és imprescindible incorporar un enfocament de gènere com a criteri de millora de la qualitat dels estudis universitaris en ciències de la salut. Aquesta guia arreplega una proposta per a transversalitzar la perspectiva de gènere en la docència en els estudis de grau en Medicina, si bé moltes de les reflexions i orientacions que ací s'arrepleguen són aplicables no solament als graus adscrits a les anomenades ciències de la salut o ciències de la vida, sinó que són extensibles a qualsevol formació de grau.

A les orientacions concretes per a la implementació de la perspectiva de gènere en els estudis de grau de Medicina (apartat 4) les precedeixen dos apartats (de reflexió) inexorables. En primer lloc, la professora Maria Teresa Ruiz exposa les suposicions incorrectes, o biaixos de gènere, que s'han identificat en el coneixement mèdic, en la gestió clínica i els serveis de salut (apartat 2); per, en segon lloc, assenyalar propostes generals que caldria incorporar per a contrarestrar aquests biaixos de gènere en la docència universitària (apartat 3). És, precisament en aquest apartat on es respon a la pregunta què és un o una professional de la salut competent en gènere?, pregunta clau a la qual han respost un nombre important d'universitats de l'àmbit internacional que han volgut incorporar la perspectiva de gènere en els seus programes docents.

En l'apartat de propostes per a introduir la perspectiva de gènere en els graus de Medicina (núm. 4), es van desgranar cadascun dels elements al voltant dels quals dissenyem el procés d'ensenyament-aprenentatge corresponent a les nostres assignatures, a saber: objectius generals, objectius específics, continguts, avaluació, mètodes docents i modalitats organitzatives. Aquest apartat, fruit d'un minuciós estudi sobre les memòries de grau i experiències de bones pràctiques dutes a terme en universitats estrangeres, ofereix eines de gran utilitat al mateix temps que situa el lector o lectora en una actitud reflexiva constant, absolutament necessària per a qüestionar les nostres maneres docents. Així, s'ha optat per exposar un cas complet (cardiologia) i tres casos resumits (endocrinologia, neurologia i pneumologia) per a exemplificar la proposta de continguts amb perspectiva de gènere. Els apartats d'avaluació i modalitats organitzatives i mètodes docents aporten eines de gran utilitat en clau de pedagogia feminista i *queer*.

Els recursos docents específics i pedagògics (apartats 5 i 7) i les indicacions per a la realització de treballs fi de grau i fi de màster (apartat 6) són rics en qualitat i quantitat, i ofereixen al personal docent múltiples opcions des de les quals construir el seu particular enfocament de gènere.

02. LA CEGUESA AL GÈNERE I LES SEUES IMPLICACIONS

Els biaixos de gènere (BG), o ceguesa al gènere dins de l'àmbit de ciències de la salut, i en concret de la recerca i atenció sanitària, sorgeixen quan s'assumeix *igualtat* entre tots dos sexes on hi ha diferències genuïnes, en l'exposició a determinants de la salut i la resposta a aquests, en la història natural de la malaltia, tant en els pròdroms (fase inicial) com en el curs d'aquesta; així com en la resposta a les diferents teràpies i en el pronòstic, i quan s'assumeixen *diferències* on no n'hi ha cap. Aquesta dualitat sorgeix en un model biomèdic que assumeix *igualtat* per a problemes de salut física, i *desigualtat* per als de to emocional i de salut autopercebuda.

Les desigualtats de gènere en les ciències de la salut es fonamenten en: 1, els factors socials que subjauen a l'aparició de la malaltia; 2, les relacions pacient-metge, i 3, els comportaments que es desencadenen durant el procés salut-malaltia. Un enfocament que desatenga algun d'aquests factors, generarà una mirada parcial que desestima o malinterpreta els riscos per a la salut de les dones, així com la manera en la qual s'expressa la malaltia en elles i com les reporten.

Algunes conseqüències dels biaixos de gènere en el coneixement mèdic, la gestió clínica i els serveis de salut són les suposicions incorrectes com:

1. *No hi ha diferència per sexe ni desigualtats de gènere en l'experiència de la malaltia.* Actualment, la major part de la recerca i desenvolupament de teràpies afins es dedica a malalties cròniques letals. Són necessaris millor equilibri i reorientació de la recerca específica de certes malalties per a una major atenció a les malalties predominants en dones. De manera complementària, els homes han de ser inclosos en la recerca de malalties no mortals.

2. *No hi ha diferència per sexe en les manifestacions de les malalties.* A major proporció de dones que d'homes se'ls diagnostica de «síntomes i signes no específics» en els registres i històries clíniques de serveis de salut i els certificats de defunció. Possiblement, el coneixement mèdic acumulat parteix de les queixes, problemes de salut i signes indicatius de malalties específiques dels homes. Les pacients poden patir malalties que no s'identifiquen en una etapa primerenca perquè se segueixen criteris diagnòstics o estàndards (o masculins), o per un conjunt de queixes atípiques (no masculines). Sense tractament o tractament inadequat es pot conduir a l'empitjorament de la malaltia entre les dones.

3. *Les diferències segons sexe es troben darrere de la provisió diferencial de serveis sanitaris i dels resultats als tractaments.* Malgrat que l'atenció primària la utilitzen

més les dones, les dades indiquen que les demores són més curtes en l'atenció sanitària als homes, i els serveis hospitalaris d'emergència són més accessibles a aquests. Les dones esperen més temps que els homes en sales d'emergència abans de ser avaluades. Aquestes estadístiques s'expliquen argumentant que els homes pateixen malalties més greus i complexes o que les dones són més saludables, encara que amb pitjor percepció de la seua salut. No obstant això, estudis recents mostren que quan els homes i les dones usen serveis d'urgències, les seues taxes d'hospitalització són iguals i, que les dones ingressades en l'hospital per a malalties cardiovasculars tenen major letalitat per aquesta causa que els homes.

03. PROPOSTES GENERALS PER INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN LA DOCÈNCIA

En les pràctiques professionals sanitàries i en la política editorial de múltiples revistes científiques s'estan produint canvis des de la perspectiva de gènere que han de ser incorporats en els currículums de les carreres de ciències de la salut. Què és un o una professional competent en gènere? Aquesta és una qüestió clau que un important nombre d'universitats internacionals s'han plantejat per a incorporar la perspectiva de gènere en els seus programes docents. Sintèticament, serà qui: 1, llig literatura de la titulació amb lents de gènere; 2, tracta a homes i dones de manera competent basada en l'evidència científica apropiada, i 3, exerceix la corresponent funció de defensa per a l'eliminació de situacions de vulnerabilitat.

En ciències de la salut, a pesar que els conceptes sexe i gènere al·ludeixen a realitats diferents, amb freqüència es confonen i intercanvien en la literatura científica. El sexe és un constructe biològic basat en dues configuracions cromosòmiques diferents i en conjunts de processos biofisiològics relatius als éssers sexuats. En les anàlisis per a determinar les diferències entre tots dos sexes, ha de tractar-se com una variable dicotòmica. No obstant això, encara que el gènere està relacionat amb el sexe, és una variable contínua perquè defineix característiques conductuals, psicològiques, culturals i polítiques que s'expressen en un continu, podent homes i dones exhibir un rang de puntuacions diferents i, fins i tot, superposades. El gènere es defineix com una construcció sociocultural i política que determina les relacions entre les persones, atorgant beneficis i accés a recursos, com els sanitaris, en aquestes relacions a qui es troben en posicions més elevades d'una jerarquia de gènere (Connell, 2012).

En problemes de salut, sobretot crònics, és convenient considerar que la fragilitat (especialment la física) en combinació amb el marc de la feminitat i la masculinitat provoca canvis en pacients simptomàtics en forçar la creació de les condicions apropiades de treball i cura familiar. En un país en transició a un model de família de doble ingrés, els homes i les dones amb malalties cròniques esdevenen persones obligades a reconstruir les opcions de vida, i a canviar la manera en què compleixen els seus rols productius i reproductius, identificant les seues limitacions i renegociant nous rols dins de la família i en el treball.

Sandra Harding critica en el seu llibre *Ciència i feminisme* tres enfocaments epistemològics (corrents teòrics feministes) amb gran utilitat per a situar estudiants i professionals depenent de la seua professió:

1. L'empirisme feminista, que identifica el sexisme i l'androcentrisme com a biaixos socials corregibles mitjançant l'aplicació de les normes metodològiques en recerca científica. El seu objectiu és reformar la *mala ciència* (corregir imprecisions de l'epistemologia empirista).
2. El punt de vista feminista (*feminist stand point*), que sosté que la posició dominant dels homes en la vida social es tradueix en un coneixement parcial, mentre que l'experiència social de les dones constitueix l'únic punt de partida per a descobrir el biaix androcèntric de la ciència.
3. El postmodernisme feminista, que discuteix els supòsits científics més fonamentals, com és la generalització dels resultats de recerca.

Les recerques sobre determinants de salut i el gènere com a eix transversal d'aquests, han mostrat en les últimes dècades la necessitat de comprendre i atendre les subjectivitats i necessitats específiques i diferents de les persones, evidenciant la necessitat d'una actuació professional interdisciplinària. Per aquest motiu, les recomanacions per a la incorporació de la perspectiva de gènere en les carreres de ciències de la salut han de ser observades com a estratègies transversals als diferents models d'atenció a la salut i als processos d'intervenció específics de cada disciplina.

Així mateix, la incorporació de la perspectiva de gènere en les titulacions de Ciències de la Salut requereix la revisió dels continguts, resultats d'aprenentatge, estratègies educatives i d'avaluació en totes les matèries; tant en les bàsiques (anatomofisiologia, farmacologia i patologies aplicades), com en les metodològiques, clíniques, medicoquirúrgiques, d'atenció psicosocial i salut pública o comunitària. Amb l'evidència ja existent, una titulació que es pretén realment científica ha d'introduir oportunament en les assignatures: 1, les diferències segons sexe; 2, fer visible la rellevància dels rols de gènere; 3, incorporar l'enfocament relacional, i 4, interaccions.

Finalment, és important destacar que en els últims anys, i de la mà del desenvolupament de l'enfocament interseccional en les polítiques i estratègies d'igualtat entre dones i homes en els àmbits universitaris, la docència i recerca en ciències de la salut ha anat incorporant les qüestions relatives a la identitat i expressió de gènere. Per identitat de gènere ens referim a la identitat psicològica i social sobre

el gènere sentit de cada persona; és a dir, és la vivència personal i profunda de ser home o dona. En la majoria de les persones, la identitat de gènere es correspon amb el sexe biològic de la persona (els seus genitals i sistemes hormonal); però en algunes persones, la identitat de gènere és dissonant amb el sexe biològic. De la intersecció entre les esferes dels factors biològics i els socioculturals-històrics es conceptualitza a les persones *sexogènere diverses*, categoria conceptual i inclusiva en la qual s'adscriuen les persones lesbianes, homosexuals, bisexuals, transgènere, transsexuals, intersex i asexuals i heterosexuales. Tradicionalment, el col·lectiu LGTBI ha sigut freqüentment discriminat en l'atenció sanitària, atès que ha sigut observat com a persones amb una disfunció, malaltia o discapacitat.

04. PROPOSTES PER A INTRODUIR LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN MEDICINA

La incorporació de la perspectiva de gènere en els estudis de grau i postgrau requereix revisar els seus continguts, resultats d'aprenentatge, i avaluació en totes les matèries. És el que en innovació docent es denomina «transversalització de la perspectiva de gènere en la docència universitària».

Objectius de l'assignatura/mòdul

Objectiu general per a assignatures en carreres de Ciències de la Salut

Ofrir un marc d'anàlisi de gènere i drets humans amb possibilitat de ser incorporat a la prestació de serveis professionals (atenció/assistència sanitària) adequats a les necessitats de salut de les persones que atenen, d'acord amb el desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables, perquè repercutisca en la millora dels diferents àmbits de la salut.

Objectiu d'assignatures relacionades amb especialitats clíniques

Aportar informació a l'alumnat per tal de capacitar-lo per analitzar com el patró fisiopatològic, clínic o terapèutic de les malalties en un sexe resulta dominant en l'esforç diagnòstic o terapèutic, fet que dificulta l'atenció clínica dels subjectes de l'altre sexe.

Objectius específics

1. Demostrar comprensió dels conceptes bàsics de gènere: relacions de poder de gènere, rols de gènere, accés i control, manifestacions de prejudicis relatius al gènere; identitat de gènere, i equitat i igualtat de gènere com un dels molts determinants socials de la salut.
2. Explicar les diferències sexuals i de gènere i les seues interaccions en el desenvolupament normal dels homes i les dones, la salut i la malaltia (psicopatologia i fisiopatologia), per a aplicar-les a la prevenció i maneig de problemes de salut.

3. Comunicar de manera eficaç amb els pacients, demostrant consciència de la diferència de poder entre la persona metge i la persona pacient i de les desigualtats de gènere i culturals. Açò es demostrarà, per exemple, mitjançant l'ús del llenguatge que ha de minimitzar els desequilibris de poder, validar les experiències dels qui pateixen i minimitzar els estereotips de gènere.
4. Realitzar un examen físic apropiat segons sexe i edat i culturalment sensible.
5. Discutir l'impacte de rols i creences socials i culturals basades en el gènere, en la salut i la cura de la salut dels qui pateixen malalties o problemes de salut.
6. Discutir l'impacte de rols i creences socials i culturals basades en el gènere, en la salut i el benestar de les i els professionals de l'àmbit sanitari.
7. Identificar i ajudar les víctimes de violència de gènere i abús sexual.
8. Avaluar i assessorar les i els pacients per a la reducció del risc per sexe i gènere, incloent-hi canvis en l'estil de vida i proves genètiques.
9. Valorar i avaluar críticament la nova informació a través d'una «perspectiva de gènere»: identificar biaixos i bretxes de gènere; i adoptar bones pràctiques que incorporen el coneixement de les diferències de sexe, les desigualtats de gènere en salut i malaltia.
10. Demostrar comprensió de l'impacte diferent dels sistemes d'atenció a la salut en homes i dones (per exemple, la forma en què s'organitzen i financen) en les poblacions i individus que reben atenció mèdica.

Objectiu en una assignatura específica de Gènere i Salut

Analitzar els conceptes bàsics del sistema sexe-gènere: la construcció cultural del gènere, l'origen de les desigualtats de gènere i la repercussió d'aquests en la construcció social; així com la influència del gènere en el procés salut-malaltia i en les desigualtats en salut.

Continguts de les assignatures/mòduls

Els estudis epidemiològics han identificat sistemàticament diferències en la incidència i prevalença de la malaltia entre homes i dones. La rellevància de la incorporació del sistema sexe-gènere en ciències de la salut radica en el fet que tant les diferències sexuals com els biaixos de gènere en l'atenció sanitària juguen un paper important en la fisiopatologia i quadre clínic. En concret, una de les conseqüències més importants es produeix en el diagnòstic diferencial de les malalties, en confondre-les erròniament amb unes altres, ja que són diferents per al cas de ser home o dona (per exemple, l'espondiloartropatia es confon amb osteoporosi o fibromiàlgia en dones i amb esquinços en homes), això també influeix en el desenvolupament de complicacions i en la prescripció terapèutica, que afecten l'esperança i qualitat de vida. Les mateixes diferències fisiopatològiques entre tots dos sexes són també base per a classificar les malalties en tres categories:

1. Malalties que poden ser patides per tots dos sexes però amb diferents edats d'inici, amb simptomatologia en l'inici o durant el seguiment de la malaltia (infart o les espondiloartropaties), o amb diferent resposta al tractament i pronòstic en un sexe respecte a l'altre.
2. Malalties de major prevalença en un sexe.
3. Malalties úniques d'un sexe (les associades amb la reproducció).

A continuació, es presenten exemples en patologies que poden ser patides per tots dos sexes (punt 1 anterior):

Incorporació de la perspectiva de gènere en Cardiologia¹

Les diferències per sexe i les desigualtats de gènere juguen un paper important en la manifestació i els resultats de les malalties cardiovasculars. Des de la perspectiva de gènere és rellevant que la docència en cardiologia se centre en:

1. La cardiopatia isquèmica crònica.
2. La insuficiència cardíaca i les seues causes més freqüents, com la hipertensió i les cardiomiopaties.
3. La síndrome coronària aguda/infart de miocardi.

¹ Cas complet

4. Els factors de risc, tant els tradicionals com els nous.
5. Els problemes especials, és a dir les malalties cardiovasculars durant l'embaràs i les arítmies.

Malaltia isquèmica crònica del cor

Les diferències segons sexe i desigualtats de gènere en la malaltia coronària (MCO) són conegudes des de fa molt temps. Les dones amb MCO són aproximadament 10 anys majors que els homes i la diabetis mellitus tipus II n'és un factor de risc, major en les dones que en els homes. Els factors de risc genètics per a la MCO crònica són coneguts i difereixen en dones i homes.

La fisiopatologia també és diferent segons sexe. Els homes presenten més estenosi del tronc principal i més malaltia de múltiples vasos. Per contra, les dones presenten amb major freqüència la malaltia d'un sol vas, més trastorns de la microcirculació i més símptomes similars a l'angina amb MCO normal. Aquesta diferència en la fisiopatologia de l'artèria coronària (MCO no obstructiva) pot ser una raó per a diferents enfocaments diagnòstics i terapèutics en homes i dones. L'ECG d'exercici és molt freqüentment enganyós en les dones per raons no completament enteses. No obstant això, les estratègies d'imatge per eco, escintigrafia o ressonància magnètica són d'alt valor similar en tots dos sexes. La intervenció coronària percutània té èxit en tots dos sexes. Però, s'acompanya més sovint de complicacions hemorràgiques en les dones que en els homes.

Les dones tenen una major mortalitat després de la cirurgia de *bypass* coronari. Hi ha evidències que les dones responen pitjor a la revascularització agressiva primerenca en el cas d'angina aguda o síndromes coronàries agudes. Les raons segueixen sent debatudes: l'edat avançada i major comorbiditat en la cirurgia, així com vasos sanguinis més estrets i més tortuosos en les dones.

Les desigualtats de gènere també existeixen en la conducta per assolir la salut, en el costat de qui pateix; i en la gestió de la malaltia per part de professionals de la medicina. Totes aquestes circumstàncies porten al fet que les dones amb MCO estan subdiagnosticades i que el diagnòstic es retarda en dones amb síndromes coronàries agudes i cròniques.

Des de la perspectiva de gènere és recomanable que la docència se centre en:

1. Introduir les diferències en la fisiopatologia de les cardiopaties isquèmiques en homes i dones.
2. Mantenir els trastorns microvasculars en ment i pensar en els símptomes «atípics» descrits per a les dones.
3. Reconèixer fàcilment les diferències entre homes i dones i les desigualtats de gènere en les manifestacions clíniques de la cardiopatia isquèmica.
4. Desenvolupar les habilitats per al diagnòstic en les dones, incloent-hi l'ús de les tècniques d'imatge i l'avaluació de la funció vasodilatadora endotelial de l'artèria coronària.

Resultats esperats. Al final d'aquesta docència, l'alumnat serà capaç d'entendre que:

1. Les MCO són la principal causa de mort de les dones en els països industrialitzats.
2. Els factors de risc significatius per a malaltia cardiovascular i infart de miocardi en dones inclouen diabetis mellitus, hipertensió, disfunció renal, obesitat i depressió.
3. Les complicacions de l'embaràs com la preeclàmsia, la diabetis gestacional o la hipertensió induïda per l'embaràs i les malalties autoimmunes sistèmiques com el lupus eritematós o l'artritis reumatoide, estan entre els «nous» factors de risc que han de considerar-se en l'avaluació del risc cardiovascular en les dones.
4. Les dones amb síndrome coronària aguda solen presentar símptomes anomenats «atípics». La falta d'alè i la fatiga greu sovint no es perceben com a símptomes primerencs. Entre el 10% i el 30% de les pacients presenten símptomes d'angina sense lesió en l'angiografia coronària com a causa d'isquemia miocàrdica. Les dones amb símptomes d'angina de pit inestables en constitueixen el grup més gran.
5. En pacients estables, per al diagnòstic és preferible realitzar una prova d'esforç per ecocardiografia d'esforç.
6. A causa de les diferents farmacocinètiques en les dones, en l'ajust de dosi d'un fàrmac s'ha de considerar: una adaptació de pes, un major espai de distribució de les substàncies liposolubles, una expressió diferent dels isoenzims CYP, un menor temps de trànsit gastrointestinal i parar esment a una menor depuració renal.

Malalties per insuficiència cardíaca (IC)

El nombre de pacients amb insuficiència cardíaca (IC) està augmentant contínuament. És un dels principals diagnòstics d'alta hospitalària en el món modern, amb importants implicacions en la utilització dels recursos de la societat i en les experiències individuals de qualitat de vida. Representen una gran càrrega de costos d'atenció mèdica. Les miocardiopaties són una causa rara, però particularment greu, d'IC que porta al 50% de tots els trasplantaments en la IC final.

Per a la perspectiva de gènere és rellevant que la docència se centre a mostrar que:

1. L'epidemiologia de la IC difereix en dones i homes i es discuteix.
2. Les desigualtats de gènere en el diagnòstic d'IC per ecocardiografia, centrada en la pressió arterial sistòlica versus diastòlica en dones i homes.
3. Les diferències segons sexe en la fisiopatologia en les malalties per IC, inclouent-hi el paper de les hormones sexuals com els estrògens i els andrògens i les hormones amb efectes sobre la manipulació de Ca, el metabolisme mitocondrial i la producció de radicals lliures.
4. Cardiomiopaties, una causa rara però particularment greu de la IC, que condueix al 50% de tots els trasplantaments en la fase final d'IC en tots dos sexes.
5. Farmacoteràpia i els seus efectes adversos en tots dos sexes.
6. Paraules clau: insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció preservada (normal) o insuficiència cardíaca diastòlica, cardiomiopaties.

Resultats esperats. Al final d'aquesta docència, una o un estudiant serà capaç d'entendre que:

1. Les dones amb IC representen el grup més gran a causa del seu major nombre i pensió a viure més temps.
2. Les dones experimenten més freqüentment IC amb funció sistòlica normal o IC diastòlica, mentre que els homes presenten més freqüentment IC amb fracció d'ejecció reduïda (IC sistòlica).
3. En general, les adaptacions miocàrdiques específiques segons el sexe es caracteritzen per hipertròfia concèntrica amb fracció d'ejecció mantinguda més freqüent en dones, i hipertròfia excèntrica amb ventricle dilatat, disfunció sistòlica i disminució de la fracció d'ejecció més freqüent en homes.

4. Les hormones sexuals estan implicades en cascades adaptatives de senyalització del miocardi a pressió i sobrecàrrega del volum, que inclouen per exemple: la senyalització del calci, la síntesi de l'òxid nítric i els mecanismes profibròtics.
5. Les dones presenten més que els homes una regressió més ràpida de la LVH (H del ventricle esquerre) i les dimensions del ventricle esquerre en el postoperatori primerenc, després de la reparació de la vàlvula aòrtica.
6. Les cardiomiopaties ocorren amb freqüències similars en homes i en dones, la diferència és d'aproximadament 1,5:1 o 2:1.
7. La cardiomiopatia de Tako-Tsubo afecta quasi exclusivament les dones i està precedida per un estrès psicològic massiu.
8. Les dones amb miocardiopaties i insuficiència cardíaca sistòlica reben tractament menys invasiu, dispositius o trasplantaments d'òrgans que els homes.
9. La IC de fase terminal és una malaltia de tots dos sexes. No obstant això, només al voltant del 25% de tots els trasplantaments de cor es realitzen en dones. La taxa de supervivència als 20 anys és similar en tots dos sexes (26%), la qual cosa suggereix que no hi ha raó per a impedir el trasplantament en les dones.
10. El tractament amb fàrmacs ha de ser acuradament controlat en les dones (per exemple, en relació amb la dosi terapèutica convenient, amb segment QT llarg en l'ECG...).
11. Les disparitats relacionades amb el sexe en la farmacocinètica són comunes i algunes, però no totes, donaran lloc a diferències clínicament rellevants en els efectes adversos i l'eficàcia.
12. El tractament amb digoxina ha de conduir a nivells plasmàtics inferiors a 0,8 ng per ml per a tots dos sexes. La deterioració de la funció renal ha de ser específicament considerada en les dones tractades amb digital.
13. Les diferències segons sexe en la farmacocinètica dels betabloquejants condueixen a una major exposició a fàrmacs, i a majors efectes adversos en les dones. Els betabloquejants porten a beneficis de supervivència similars en la insuficiència cardíaca en dones i homes.

14. Les diferències segons sexe en la farmacocinètica i els efectes dels bloquejadors dels canals de calci són mínims. En els ancians, l'aclarament de l'administració oral d'amlodipina és més ràpid en les dones.
15. Els efectes adversos dels inhibidors de l'ECA, especialment la tos seca típica, són més freqüents en les dones que en els homes.
16. Els efectes adversos com hiponatrèmia i hipopotasèmia ocorren més freqüentment en dones que en homes que prenen diurètics, i tots dos trastorns electrolítics tenen el potencial de causar arítmia severa.

Síndrome coronària aguda (SCOA) / infart de miocardi (IM)

L'IM es considera una malaltia d'homes però mata a quasi tantes dones com homes. Les dones experimenten la majoria dels IM uns 10 anys més tard que els homes. Però la major esperança de vida d'aquestes porta al fet d'experimentar un nombre absolut molt similar d'IM al dels homes.

Actualment s'accepta que la incidència d'IM disminueix a tot el món, excepte en les dones joves. Les dones tenen una major mortalitat després d'un primer IM que els homes de la mateixa edat. Això també és cert per l'augment de la mortalitat de les dones més joves després de cirurgia de *byp ass* coronari. Tots dos sexes difereixen en els desencadenants de l'IM. L'estrès psicològic és més important en les dones; l'exercici pesat és més comú en els homes. Tots dos sexes també difereixen en els símptomes d'IM. Les dones experimenten major varietat de símptomes, anomenades «síndromes atípiques» i més signes d'activació vagal que els homes. En contrast, hi ha una probabilitat molt major de mort sobtada isquèmica en els homes. Les dones reben menys diagnòstic basat en les guies i protocols de pràctica clínica i un tractament menys invasiu per a l'IM que els homes. L'estrès social és el principal determinant del re-infart després d'un primer IM en les dones.

Factors de risc cardiovascular - tradicionals i nous

El sexe femení s'associa amb una esperança de vida més llarga que el masculí. Les dones constitueixen una proporció major de la població d'edat avançada en la qual la prevalença d'ECV és major. Les estadístiques alarmants entre les dones més joves de 35 a 44 anys d'edat mostren que les taxes de mortalitat per cardiopatia coronària han augmentat. Existeix un debat en curs sobre si les dones tenen un pitjor pronòstic després d'un infart de miocardi (IM) que els homes, i per què. Hi ha alguna diferència observada explicada pel biaix de gènere en el maneig de

l'MCO? O pot el retard observat en l'atenció sanitària relacionar-se amb les dones que cerquen atenció, o pel reconeixement i el tractament dels proveïdors d'atenció mèdica, a causa de les diferències en la fisiopatologia, més comorbilitats o edats majors en el moment de la presentació en les dones en comparació amb els homes?

Des de la perspectiva de gènere és recomanable que la docència se centre en:

1. La repetició dels factors de risc tradicionals de les malalties cardiovasculars (MCV).
2. La incorporació de nous factors de risc per a les MCV en les dones.
3. L'estudi de la importància de la hipertensió, la diabetis, i les complicacions de l'embaràs i les malalties reumàtiques i autoimmunes.
4. La millora en el coneixement de les influències socioculturals.
5. La informació sobre els canvis en l'equilibri de l'estil de vida i la prevenció, per tal de millorar la salut individual.
6. Determinar l'estratificació de risc de MCV, per a utilitzar les puntuacions i ser-ne conscient de les limitacions, i utilitzar altres puntuacions per a l'estratificació del risc de MCV per a les dones en la seua vida diària.

Un nou enfocament és conèixer els nous factors de risc i estar obert a nous algorismes per a la classificació del risc en les dones. Els esforços educatius són d'importància crítica, ja que la major consciència dels factors de risc cardiovasculars individuals s'ha associat amb una millor salut i estils de vida per a les dones i els seus familiars.

Incorporació de la perspectiva de gènere en Endocrinologia²

La medicina amb perspectiva de gènere en el camp de l'endocrinologia i el metabolisme s'està expandint ràpidament. L'endocrinologia és un tema central de la medicina des de la perspectiva de la interacció sexe/gènere. Les diferències sexuals i les desigualtats de gènere juguen un paper important en la fisiopatologia, el quadre clínic, el desenvolupament de complicacions i en part també en la teràpia de trastorns metabòlics que afecten la qualitat de vida i l'esperança de vida.

És comprensible que les malalties relacionades amb els estils de vida, com l'obesitat i la diabetis tipus 2, han de ser d'especial interès per a la medicina des de la perspectiva de gènere. Els gens, les hormones específiques de cada sexe i la distribució del greix corporal combinades amb els canvis relacionats amb el sexe de les adipocitoquines, i també les exposicions ambientals i els factors psicosocials, òbviament, contribueixen a la progressió de les malalties. A més, aquestes malalties també s'associen amb depressió, malaltia cardiovascular, disfunció sexual i neoplàsies malignes específiques en cada sexe. L'osteoporosi és un problema ben conegut en les dones postmenopàusiques, però cada vegada més també afecta a dones i homes joves que actualment estan subdiagnosticats. Els homes, fins i tot, presenten un major risc de mortalitat després de fractures de maluc; per això han de ser implementades millors estratègies de detecció i prevenció en tots dos sexes, aspecte que implica una formació mèdica en aquestes malalties que exposen les diferències per sexe i analitzen la situació des de la perspectiva de gènere.

Els estudis d'endocrinologia s'ocupen de la secreció i els efectes de les hormones, així com la regulació del metabolisme energètic, el manteniment del pes corporal i la reproducció durant tot el cicle de vida d'homes i dones. Existeixen diferències en els sistemes endocrins importants com el metabolisme de la insulina, el metabolisme ossi, l'eix hipotàlem-hipòfisi-adrenal, les hormones tiroïdals i el metabolisme dels adipòcits.

Temes d'interès des de la perspectiva de gènere:

1. Resistència a la insulina i secreció de cèl·lules beta.
2. Appetit i augment de pes.
3. Estructura òssia i osteoporosi.

Incorporació de la perspectiva de gènere en Neurologia³

Els aspectes de gènere fins ara han exercit un paper mínim en la recerca i la pràctica clínica, tant en la malaltia i la salut com en el camp neuropsiquiàtric. En quasi tots els dominis de la neurociència, la suposició generalment implícita que existeixen poques diferències significatives, si és que n'hi ha, entre la funció cerebral masculina i femenina està sent qüestionada. El sexe i el gènere afecten a la incidència, la prevalença i la dinàmica del sistema nerviós amb la seua part central, perifèrica i/o autonòmica i el teixit amb el qual s'efectuen les accions, particularment el múscul.

Les diferències segons sexe estan documentant-se en tots els nivells de la neurociència, des de neurones úniques en el cultiu de cèl·lules, als processos a nivell de sistemes mesurats per neuroimatge. Anatòmicament, hi ha diferències en la densitat de les neurones, la grandària de les àrees regionals del cervell, l'expressió dels receptors cel·lulars i els sistemes de neurotransmisors. Fisiològicament hi ha diferències en el flux sanguini cerebral i en els patrons d'activació cortical. Les patologies de major rellevància des de la perspectiva sexe/gènere inclouen les inflamatòries (esclerosi múltiple) i degeneratives (Alzheimer i Parkinson) malalties neurològiques, així com l'epilèpsia, un estat funcional de major vulnerabilitat a les convulsions.

El vessament cerebral pot ser devastador per a totes les persones afectades. Però, a nivell social, les dones suporten una major càrrega d'accidents cerebrovasculars que els homes, en gran part a causa de la seua major esperança de vida i el major risc de patir un accident cerebrovascular amb l'avanç de l'edat. Les dones no solament pateixen més episodis globals d'accident cerebrovascular, sinó que les que sobreviuen tenen pitjors perspectives de recuperació, amb pitjors resultats funcionals i menor qualitat de vida que els homes. Per tant, és crucial que les estratègies per a prevenir l'accident cerebrovascular i proporcionar accés als tractaments es milloren en les dones. Es pensa que molts accidents cerebrovasculars poden prevenir-se. Cal urgentment una major consciència dels factors de risc que són més comuns en les dones -principalment la hipertensió, la fibril·lació auricular- i millors estratègies per a manejar-les.

Temes de rellevància des de la perspectiva de gènere:

3 Cas resumit

1. Malalties neurològiques inflamatòries.
2. Malalties neurològiques degeneratives.
3. Epilèpsia.
4. Vessament cerebral.

Incorporació de la perspectiva de gènere en Pneumologia⁴

Les malalties pulmonars, com la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i el càncer de pulmó, mostren una tendència molt desfavorable en un futur pròxim; per l'augment mundial de la morbiditat i la mortalitat. Les estadístiques epidemiològiques prediuen que la MPOC es posicionarà en tercer lloc l'any 2020 entre les malalties amb major incidència a tot el món. A més, el càncer de pulmó és la forma més comuna i agressiva dels tumors sòlids. L'anàlisi de les estratègies de supervivència des de la perspectiva de gènere amb la malaltia pulmonar és d'interès per a combatre de manera específica la càrrega de la malaltia. Les dades sobre les diferències per sexe i les desigualtats de gènere en el maneig clínic de les malalties pulmonars són escasses però estan augmentant.

Temes d'interès des de la perspectiva de gènere:

1. Malalties de les vies respiratòries al·lèrgiques -la predisposició genètica és crucial.

La incidència d'asma ha augmentat en els infants joves mascles en comparació amb les femelles, relació que s'inverteix amb el temps, atés que les dones semblen afectades predominantment en l'edat adulta jove i els homes en edat avançada. Els símptomes tendeixen a ser més greus en les adolescents. En les persones ancianes es poden trobar diferències significatives segons sexe en la presentació dels símptomes, en el patró obstructiu i en el potencial al·lèrgic subjacent.

2. MPOC i les dones fumadores.

La malaltia pulmonar obstructiva crònica és un problema greu en dones i homes. La seua rellevància des de la perspectiva de gènere es basa en l'augment de la prevalença del tabaquisme en les dones i la seua major sensibilitat per a la toxicitat del tabac. Per les seues diferències, el trac-

⁴ Cas resumit

tament farmacològic i la resposta als fàrmacs també és d'interès des d'aquesta perspectiva.

3. Càncer de pulmó: dones en risc!

El càncer de pulmó és un dels tumors sòlids més freqüents en aquest moment. La seua prevalença en les dones està augmentant i aconseguirà la prevalença d'homes a causa dels canvis en l'estil de vida i els hàbits de fumar. Sembla que una major sensibilitat a algunes toxines del tabac i fumar cigarrets posa les dones en major risc de càncer de pulmó que els homes. A nivell mundial, abunden les campanyes i el material sobre la prevenció del consum de tabac, però el gènere és poc freqüent.

4. Trastorns del son

Mentre que les dones tenen major eficiència objectiva del son que els homes, paradoxalment reporten més problemes de son. No és clar si les diferències són reals o un problema de mesurament. Alguns trastorns del son, com l'insomni, la síndrome de les cames inquietes (RLS) i la hipersomnolència, són més freqüents en les dones, mentre que uns altres, com el trastorn del comportament del son REM i els problemes amb la respiració són més freqüents en els homes. Les diferències per sexe s'observen tant en la prevalença, com en la fisiopatologia, presentació clínica i resposta al tractament.

TAULA 1. CONCEPTES BÀSICS D'APLICACIÓ EN LES ASSIGNATURES PRECLÍNQUES, CLÍNQUES I DE SALUT PÚBLICA

Assignatures bàsiques o preclíniques (anatomofisiologia, farmacologia i patologies aplicades)
<ul style="list-style-type: none"> • Diferències anatòmiques-fisiològiques, evitant la posició androcèntrica • Diferenciació sexe-gènere i interaccions sexe-gènere en patologia general • Sexe com a factor de variabilitat en les reaccions a medicaments • Teràpia contraceptiva i infertilitat • Toxicitat d'ús de medicaments en l'embaràs • Diferències per sexe i interaccions sexe-gènere en els trastorns de la conducta alimentària, i problemes de salut mental • Diferències per sexe i interaccions sexe-gènere en la contracepció, sexualitat, problemes de resposta sexual humana, MTS, i identitat sexual
Assignatures clíniques (medicoquirúrgiques, d'atenció psicosocial i de salut pública i comunitària)
<p>Diferències per sexe i interaccions sexe gènere de patologies específiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificació de les diferències segons sexe i interacció sexe-gènere en les manifestacions (signes-síntomes) de les malalties • Valoració del patiment (<i>illness</i>)/malaltia (<i>diseases</i>): anamnesi, procediments d'exploració clínica, proves complementàries • Criteris diagnòstics per sexe i interaccions sexe-gènere • Ús de protocols estàndard diagnòstics i terapèutics • Presa de decisions diagnòstiques considerant estereotips de gènere • Ús d'informació disponible (per exemple, d'assajos clínics) i desenvolupament de pensament crític per a la presa de decisions clíniques • Presa de decisions diagnòstiques/terapèutiques i de cures en funció de l'aparença i comportament • Pla de cures adaptat a les diferències per sexe i interaccions sexe-gènere • Atenció a la violència de gènere • Salut Pública i Comunitària: <ul style="list-style-type: none"> – Planificació i programes d'intervenció individuals i comunitaris amb enfocament de gènere – Diferències sexe/gènere en indicadors de salut, incidència, prevalença i causalitat – Avaluació de les intervencions sanitàries

Avaluació dels assignatures

Les experiències revisades en universitats internacionals en la incorporació de la perspectiva de gènere i la seua avaluació suggereixen:

1. Incloure-hi el gènere en un 10% de les preguntes d'examen.
2. Revisar els biaixos de gènere que s'introdueixen, inconscientment, en la formulació de la pregunta quan es generalitzen les afirmacions (o negacions) en relació amb problemes de salut (des de l'inici dels símptomes, passant pel curs del problema de salut o malaltia ja evolucionada fins al pronòstic, així com en el diagnòstic diferencial). També, quan aquestes afirmacions (o negacions) es realitzen respecte a les causes i l'impacte dels factors de risc, atés que poden ser diferents segons sexe i gènere. Així mateix, revisar les opcions de resposta quan al·ludeixen a resultats en salut de les intervencions (inclosa la teràpia amb medicaments).

Per tal de respondre a aquest problema, el més pertinent és que la formulació de la pregunta es base en l'evidència científica per a cada sexe.

3. D'igual manera, les respostes han de contemplar les diferències per sexe en els conceptes reflectits en el punt anterior (per a il·lustrar les propostes s'extrauen exemples a continuació de l'assignatura de Salut Pública):
 - En preguntes conceptuals, cal incloure-hi respostes que facen visible les estratègies sanitàries dirigides a dones.

Exemple: Quina de les següents respostes es relaciona amb la prevenció secundària? Treballar en els serveis de planificació sanitària en un programa que tinga com a objectiu:

- a) Reduir els riscos de maltractaments de les persones ancianes.
 - b) Augmentar el nombre d'hores d'exercici físic en persones amb discapacitat.
 - c) Informar la població de la rellevància per a la seua salut de la igualtat de gènere.
 - d) Incrementar la taxa de participació de dones en els programes de mamografies.
 - e) Incrementar les activitats d'inserció els xiquets amb una malaltia crònica.
- O bé l'existència de respostes on siguen visibles tots dos sexes per separat.

Exemple: L'augment de l'esperança de vida en els últims 20 anys:

- a) És major en els països amb escassos recursos.
 - b) És major en els països desenvolupats.
 - c) És major en les dones de països d'ingressos alts.
 - d) És major en els homes dels països d'ingressos baixos.
 - e) És en general major en els homes que viuen en els països d'ingressos mitjans.
4. Incloure-hi preguntes amb perspectiva de gènere i no sobre les diferències per sexe.

Exemple: Sobre determinants de les desigualtats de gènere en salut. Respecte a que les dones de classes mitjanes i altes donen prioritat a l'exercici físic i les dietes equilibrades, quina de les següents respostes és la més correcta?

- a) Està provocant majors desigualtats entre classes.
 - b) És producte sols d'un benefici precoç en elles de les intervencions poblacionals.
 - c) És perquè una major proporció d'elles es beneficien de les intervencions sanitàries.
 - d) No augmenta les desigualtats, perquè les de classes socials vulnerables les imiten.
 - e) És a causa d'una qüestió de selecció social.
5. A més de l'avaluació de les lliçons teòriques mitjançant tests, comptem amb les avaluacions mitjançant preguntes obertes on analitzar sobretot estudis de casos.
6. Perquè l'alumnat tinga opció a interactuar i aprendre entre si a través de la participació, una altra forma d'avaluació és a través de fòrums d'avaluació de l'aprenentatge.

Modalitats organitzatives dels dinàmiques docents

En ciències de la salut s'ha mostrat la utilitat d'accions com:

- 1. Incorporar els conceptes de sexe-gènere en els primers cursos de la formació.

2. Incloure de manera transversal las diferències per sexe i l'enfocament de gènere en les assignatures clíniques, amb independència de la potencial existència d'assignatures obligatòries o optatives.
3. Aportar informació sobre les diferències per sexe i les desigualtats de gènere en salut. Les classes teòriques són necessàries per a aconseguir informació científica. A més, existeix àmplia literatura científica sobre els biaixos de gènere en recerca en el binomi salut-malaltia que té el seu impacte en la producció de biaixos de gènere en la divulgació científica, en la presa de decisions polítiques i, el que és més greu, en la mateixa atenció sanitària. Aquesta informació amb prou faenes transcendeix al sistema educatiu. Per tant, és nuclear tractar-hi les diferències per sexe i gènere. Per açò, l'organització clàssica de les assignatures en classes teòriques (classe magistral) continuen sent necessàries.
4. Promoure-hi les activitats participatives de l'alumnat, la finalitat de les quals siga comprendre, reflexionar i interpretar els continguts objecte d'aprenentatge. Entre aquestes, especialment les que tracten temes com: intersecció sexe/gènere amb altres eixos de desigualtat en salut, reconeixement i empoderament dels grups històricament discriminats, i la conscienciació a l'alumnat sobre els estereotips de gènere i la seua intersecció amb altres categories socials (classe social, edat, ètnia...).

Mètodes docents

1. Tasques individuals per a la conscienciació personal: exercicis de discriminació de conceptes, cerca de material audiovisual, aplicació de continguts a situacions conegudes, anàlisis de vídeos, de casos i de pràctiques professionals.
2. En les classes pràctiques, un aspecte motivador és compartir experiències i debatre innovacions i aplicacions sobre qüestions de gènere en l'àmbit clínic-sanitari i poblacional, com:
 - Taller de revisió de la literatura científica per a realitzar amb posterioritat:
 1. Anàlisi crítica de les pràctiques professionals (identificar biaixos de gènere).
 2. Identificar la utilitat (bones pràctiques, equitat i eficiència) de les innovacions de gènere.

- Seminaris de lectures crítiques.
 - Seminari sobre les diferències per sexe/desigualtats de gènere en la pràctica professional depenent del sexe de les i els professionals.
 - Seminaris d'estudi de casos. Desenvolupar entre 3 a 5 estudis de casos fàcils en els quals el gènere ha de ser convincent. És més útil si alumnat voluntari els escriu, després d'haver revisat documents i literatura científica per a fer-ho.
 - Taller per a l'elaboració de llistes de comprovació (*check list*), de protocols diagnòstics/terapèutics segons sexe i des de la perspectiva de gènere.
3. Les pràctiques de camp també poden centrar-se en estudis de casos sobre la base de l'evidència científica.

05. RECURSOS DOCENTS

A continuació, es presenta la Taula 2 amb informació de l'experiència de diferents institucions de com han incorporat l'enfocament de gènere en titulacions de ciències de la salut, les seues estratègies educatives i eines docents.

TAULA 2. INCORPORACIÓ DE L'ENFOCAMENT DE GÈNERE EN TITULACIONS DE CIÈNCIES DE LA SALUT. ESTRATÈGIES EDUCATIVES, EINES DOCENTS I INSTITUCIONS

Avaluació incorporació enfocament de gènere i disseny de guies docents: sensibilitat, objectius, competències i resultats d'aprenentatge	
Directrius per a avaluar la sensibilitat de gènere en el currículum de medicina (Canadà). Zelek B (1997) en Yut-Lin W (2009)	Ofereix una guia per a valorar la seua aplicació tant en els continguts, en el llenguatge i en el procés d'ensenyament-aprenentatge.
Metes i objectius en salut de les dones i temes de gènere (USA). Phillips SP. (2002) en Yut-Lin W (2009)	Metes i objectius, i com comprovar que s'han aconseguit, incloent-hi entitats patològiques específiques, anàlisis amb enfocament de gènere de les evidències científiques, actituds i capacitats.
Objectius a valorar per a veure l'èxit en implementar el currículum en medicina (Holanda). Verdonk P (2008)	Objectius que indiquen una implementació reeixida de temes de gènere en el currículum de medicina.
Capacitació per a professorat d'infermeria: «Norm Aware Caring». Tinglein I <i>et al.</i> (2017)	Curs per a millorar les habilitats del professorat d'infermeria per a identificar i qüestionar les normes socials dominants que afecten a les trobades amb pacients, per a utilitzar aquesta perspectiva en el seu ensenyament.
Tècniques didàctiques, materials i avaluació	

eGender platform (Alemanya): http://egender.charite.de	Plataforma d'aprenentatge en línia i d'intercanvi de coneixements sobre diferències per sexe i gènere i habilitats de comunicació per a facilitar la presa de decisions per part de professionals de salut. Requereix registre gratuït i ofereix diferents mòduls formatius independents.
Recursos per al desenvolupament del currículum en perspectiva sexe-gènere (USA). Miller VM (2016)	Llibres de text i articles que descriuen dissenys metodològics experimentals per a incorporar la perspectiva sexe-gènere en titulacions de ciències de la salut.
Recursos (USA) educatius amb enllaços a webs. Miller VM (2013)	Llibres de text, recursos web per a recerca i educació i per a cursos de formació continuada, organitzacions professionals i revistes científiques.
Estratègies docents des d'un enfocament feminista per a ciències de la salut. Michela NJ (2014)	Aprenentatge cooperatiu, estudis de casos, grups reduïts.
Estratègies docents des d'un enfocament feminista aplicat a infermeria. Lamont I (2014)	Aprenentatge de competències interpersonals i aplicació en el primer curs de la titulació.
Institucions professionals amb recursos accessibles per a recerca i educació	
The Sex and Gender Medical Education Summit (USA): http://www.sgbmeducationsummit.org	Accés a documents de la cimera del 2015 sobre sexe i gènere en l'educació mèdica i sanitària (The Sex and Gender Medical Education Summit): actes, presentacions, pòsters i altres materials incloent-hi la figura de l'agent de canvi.
The Sex and Gender Women's Health Collaborative (USA): www.sgwhc.org «Every cell has a sex, and all bodies are influenced by gender».	Centrat en la competència sexe-gènere en les cures a les dones. Ofereix materials específics de sexe i gènere per a adaptar en l'educació i en la pràctica clínica.
The Gender Awakening Tool (Canadà): http://www.cwhn.ca/en/node/43342	Recursos per a la inclusió de la perspectiva de gènere en la recerca. Casos en què es mostren els beneficis d'incloure sexe i gènere en salut, estratègies i guies per a incloure sexe i gènere en recerca (bàsica, experimental, revisions sistemàtiques, bones pràctiques en recerca i <i>checklist</i> per a cada pas del procés de recerca).

Sex and Gender in Systematic Reviews: Planning Tool (USA): http://methods.cochrane.org/equity/sex-and-gender-analysis	
Toolkit Gender in EU Funded Research (Unió Europea): https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb6faaf8dec8	
The Center for Gender Medicine (CfGM) en el Karolinska Institutet (Suècia): http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine	Primera institució europea amb cursos web sobre salut i malaltia en perspectiva de gènere.
Institute of Gender and Health (IGH) de Canadian Institutes of Health Research (Canadà): http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48641.html	Institut depenent del govern de Canadà, amb accés a sol·licitud de fons per a recerca, seminaris, vídeos i mòduls de capacitaació en línia.
Online Continuing Medical Education and Certificate Program in Sex and Gender Specific Health: http://www.laurabushinstitute.org/cme/default.aspx De la Texas Tech University Health Sciences Center (USA)	Programa de certificació per a graduats/des en medicina, infermeria, farmàcia i altres ciències de la salut.
Sex and gender specific health https://www.sexandgenderhealth.org/ De la Texas Tech University Health Sciences Center (USA)	Repositori interprofessional i lloc de trobada per a debats sobre la contribució de sexe i gènere a l'atenció a la salut personalitzada.
Gender innovations Stanford University https://genderinnovations.stanford.edu	Aplicació de l'enfocament de gènere en la recerca i innovació científica, en ciències de la salut i en altres disciplines.

06. ENSENYAR A FER RECERCA SENSIBLE AL GÈNERE

La incorporació de la perspectiva de gènere (PG) de manera transversal en recerca implica fer-la visible en totes les seccions d'un projecte de recerca –des del títol, i en els productes que es deriven d'ells, com són les publicacions– i encara més concretament els articles originals, incloses les revisions sistemàtiques i metaanàlisis. Açò implica la consideració de la pertinença i el mètode de la perspectiva de gènere en els projectes. Afortunadament, existeixen múltiples guies a Espanya i d'àmbits internacionals de les pàgines web dels centres i instituts de recerca relacionats amb les dones o de gènere, com la *Guia pràctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación*, d'un conjunt d'autores de diferents àmbits professionals de l'estat espanyol, que es troba dins de la pàgina web de la Unitat de Dones i Ciència del MINECO (<http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/micinn/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec7da6901432ea0/?vg-nextoid=e218c5aa16493210vgnvcm1000001d04140arcd>).

Respecte a la pertinença, en els apartats anteriors s'ha esmentat amb detall la manera de valorar-la segons el tipus de malalties. En aquest sentit, és rellevant recordar la importància d'investigar des del coneixement i habilitats de què es parteix; és a dir, de l'àrea de coneixement de les persones que investiguen, perquè l'aplicació de la perspectiva de gènere en una recerca se sol adoptar a partir dels sistemes de gènere, que són un conjunt d'estructures socioeconòmiques i polítiques que mantenen els rols tradicionals masculí i femení, i allò clàssicament atribuït a homes i dones. A més, indiquen com una societat estructura les relacions de gènere, i com les transmet a tots els àmbits de la vida social, cosa que fa en una dinàmica social comprensiva que dóna prioritat i reforça determinats resultats.

Els sistemes de gènere estableixen tres nivells d'observació des dels quals es caracteritza el gènere: com a base dels valors normatius (identitat social de gènere), com un component de la identitat personal, i com un principi organitzador de l'estructura social (posició social de les dones i els homes).

La identitat social de gènere es constitueix a partir dels patrons socials associats a característiques aparents, corpòries i visibles projectades sobre els grups socials, en concret, el de les dones i els homes. Respon al que es considera femení i masculí en una societat. El gènere com a component de la identitat individual fa referència al sentit que les persones tenen de si mateixes enfront de la identitat social, que són les categoritzacions de les persones efectuades pels altres. El gènere també es pot entendre com a principi organitzador de l'estructura social mit-

jançant el qual les activitats de dones i homes en una societat estan segregades en funció del seu sexe. La divisió sexual del treball ha d'entendre's no solament com un repartiment de tasques, sinó com un indicador (i producte) de les desigualtats socials entre sexes. En aquest nivell d'observació s'inclouen els estudis sobre la posició de les dones i els homes en les societats, l'accés als recursos i la distribució d'aquests. S'inclouen les anàlisis que consideren el gènere com un criteri d'estratificació social, com els relacionats amb el treball reproductiu (cures i domèstic) i remunerat, la doble jornada o la segregació del mercat laboral. Destaquen 3 escenaris en els quals hi ha un repartiment de tasques per sexe, mitjançant els quals es poden observar els efectes de la divisió sexual del treball: vida familiar-domèstica-personal o privada, vida professional-laboral o pública, i interacció d'ambdues vides, amb les seues implicacions en la distribució del temps i la sobrecàrrega de treball.

Llegiu:

HARDING, Susan (1987). *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington: Indiana University Press.

HARDING, Susan (1991). *Whose science, whose knowledge?* Ithaca: Cornell University Press.

BRAIDOTTI, Rosi. "The uses and abuses of the sex/gender distinction in European feminist practices". En: GRIFFIN, Gabriele, BRAIDOTTI, Rosi, ed., *Thinking differently. A reader in European Women's Studies*. London: Zed Book; 2002.

RUIZ CANTERO, María Teresa; PAPÍ GÁLVEZ, Natalia; CABRERA RUIZ, Virginia; RUIZ MARTÍNEZ, Ana; ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, Carlos, *Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud*. Gac Sanit 2006; 20: 427-34.

Respecte al mètode, cal fer una crida d'atenció sobre la influència que hi tindrà el corrent teòric que es pretén utilitzar, així com que consta de 2 fases: disseny i anàlisi. La influència del corrent teòric en la incorporació de la perspectiva de gènere en el disseny:

1. Des de l'empirisme feminista es pretindrà l'aplicació del mètode empíric en el disseny de la recerca, calculant la quantitat mostral d'homes i dones en els estudis de manera proporcional a la prevalença de la malaltia en cada sexe, o del percentatge de dones i homes exposats a factors de risc. També, el de dones i homes consumidors de fàrmacs en els assajos clínics, o que rebran una intervenció amb la finalitat de promocionar la seua salut en els assajos d'intervenció comunitària. En l'anàlisi es valora com a

rellevant la realització d'aquests estratificant-los en funció del sexe; de tal manera que s'aporten resultats per a homes i dones, prou concrets per a permetre la realització d'una metaanàlisi.

2. El punt de partida feminista (*feminist standpoint*), considera que a la perspectiva androcèntrica de la ciència li falta la perspectiva de les dones, fet que té com a conseqüència una mirada parcial de la realitat –la dels científics-, quan és necessària una mirada més àmplia d'aquesta per a complementar l'absència de coneixement de com és la situació de les dones. Té el valor de centrar-se en la generació d'hipòtesis i objectius de problemes sobre els quals existeix menys o nul coneixement, des de les preguntes i la perspectiva que es plantegen les persones que les poden patir. Per exemple, hi ha menys coneixement sobre els riscos en el sector reproductiu (informal) que en el sector productiu remunerat (formal). En part per açò, un dels criteris que s'han establert per a la incorporació de la perspectiva de gènere és la paritat en els equips de recerca.
3. L'aproximació de la qual parteix el feminisme postmodern utilitza diverses teories com la fenomenologia, la psicoanàlisi, etc., i fa èmfasi en la realitat fragmentada. Des d'aquesta perspectiva no és possible la generalització dels resultats. Per exemple, no és el mateix la realitat d'una dona no caucàsica amb escassos recursos i amb una discapacitat, que la d'un home caucàsic de classe social alta i anglosaxó.

Llegiu a continuació l'article publicat en la revista «Gaceta Sanitaria» i la Guia per a incorporar la perspectiva de gènere en la recerca en salut de l'Escola Andalus de Salut Pública:

ARIÑO, María Dolores i cols. «Es pot avaluar la perspectiva de gènere en els projectes de recerca» *Gaceta Sanitaria* 2011; 25: 146-50. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200011

GARCÍA CALVENTE, María del Mar i cols. *Guia para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escola Andalus de Salut Pública. Granada 2013. Disponible a: <http://www.easp.es/project/guia-para-incorporar-la-perspectiva-de-genero-a-la-investigacion-en-salud/>

A continuació teniu a més, una versió traduïda i adaptada de la llista de verificació de l'aplicació de la perspectiva de gènere en recerca del projecte Gendered Innovations: http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/health_med_checklist.html

Llista de comprovació en recerca sobre salut i medicina

Aquesta llista de comprovació pretén ser una ajuda per a investigadores i investigadors, escriptors i escriptores de projectes per tal de sol·licitar subvencions, persones que dirigisquen o avaluen projectes i organitzacions de finançament que s'ocupen de la salut i la medicina. Presenta els passos clau per a incorporar les anàlisis segons sexe i desigualtats de gènere en la recerca biomèdica i de ciències de la salut. Com a tal, es complementa i ha de llegir-se juntament amb la metodologia descrita en «Dissenyant recerca en Biomedicina i Salut». <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/health.html>

Els recursos importants en considerar el disseny de recerca inclouen: Oertelt-Prigione, Sabine *et al.*, *Sex and Gender aspects in clinical*; Schenck-Gustafsson *et al.*, *Handbook of Clinical Gender Medicine*; i, Vera, *Sex and Gender Differences in Pharmacology*. Recursos addicionals: curs en línia dels Instituts Nacionals de Salut d'EUA: *The Science of sex and gender in human Health*; el curs en línia sobre el currículum europeu en medicina des de la perspectiva de gènere.

Pas 1: determinar la rellevància. Vegeu «Repensar les prioritats i els resultats de la recerca»: <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/priorities.html>

- Comprendre les distincions analítiques entre *sexe* i *gènere*.
- El sexe és probablement rellevant quan un estudi involucra subjectes humans, animals, teixits o cèl·lules. El gènere és probablement rellevant per als humans i, en alguns casos, per als animals. Vegeu «Investigació animal», punt 4: <http://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies/animals.html#tabs-2>
- El sexe i el gènere també són importants quan el projecte desenvolupa o modifica les polítiques de salut.
- El sexe i el gènere han de ser investigats abans que puguin ser descartats. Consulteu «No considerar la diferència segons sexe com un problema» http://genderedinnovations.stanford.edu/terms/not_considering.html

No totes les diferències per sexe o desigualtats de gènere són significatives. Vegeu «Sobre emfatitzar les diferències per sexe com un problema». <http://genderedinnovations.stanford.edu/terms/overemphasizing.html>

- El gènere es redueix amb menor facilitat que el sexe a variables independents que poden incloure's en una anàlisi estadística, però el seu poder explicatiu pot ser enorme. Vegeu «Anàlisi de gènere». <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/gender.html>

Pas 2: cerca de literatura

Cal fer cerques bibliogràfiques i de bases de dades amb els termes adequats per a *sexe i gènere*. MeSH (Medical Subject Headings) -el diccionari de sinònims de vocabulari controlat de la Biblioteca Nacional de Medicina d'EUA utilitzat per a indexar articles per a PubMed- no distingeix consistentment entre sexe i gènere (en gran part perquè els autors no ho fan). Per tant, les investigadores i investigadors han de desenvolupar estratègies de cerca per a identificar tota la gamma de diferències segons sexe i desigualtats de gènere prèviament documentades.

- Diversos estudis suggereixen combinar el nom d'una condició o tema de recerca biomèdica amb termes estandarditzats MeSH, com «*sex factors*» i «*sex characteristics*» o paraules de text, com «*gender-differences*» i «*sex-differences*». També s'han desenvolupat complexos termes de cerca que ofereixen millors resultats que «sexe» o «gènere» sols (Oertelt-Prigione *et al.*, 2010; Moerman *et al.*, 2008).
- En la recerca bàsica de ciències de la vida, és possible que es requerisquen termes de cerca relacionats amb la distinció entre «*female/male*», tal com *sex steroid hormones, gonadal hormones, sex chromosomes, estrogens, and androgens or steroid receptors*.
- S'ha establert una base de dades que inclou una enquesta segons sexe i referències relacionades amb el gènere en les principals disciplines clíniques i la recerca bàsica biomèdica. Vegeu <http://bioinformatics.charite.de/gender/>

(Aquest lloc web té dues indicacions per a l'inici de sessió: cal ingressar com a usuari: «sexe» i contrasenya: «ppgm». En la segona sol·licitud, cal ingressar com a usuari: «convidat» i contrasenya: «convidat»). En la recerca bàsica en ciències de la vida, també pot ser útil utilitzar termes de cerca relacionats amb la distinció entre «*female/male*» distincion, com «*sex hormones*» o «*reproductive biology*».

- S'ha creat una eina que pot ajudar a identificar la recerca relacionada amb el sexe i el gènere en la base de dades PubMed de la Biblioteca Nacional de Medicina d'EUA (Jenkins *et al.*, 2012).

Pas 3: Establir preguntes i hipòtesis de recerca. Vegeu «Formulació de preguntes de recerca»:

<http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/questions.html>

- Utilitzant els resultats dels passos 1 i 2, s'ha de considerar com el projecte actual inclourà mètodes de detecció de diferències segons sexe i anàlisi de gènere. Consulteu «Repensar conceptes i teories» http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/rethinking_concepts_theories.html
- El disseny de l'estudi ha de permetre la recopilació de dades desagregades per sexe.
- Les poblacions d'estudi en humans es poden configurar de diferents maneres segons els tipus de preguntes que s'han de realitzar:

Estudis que inclouen a tots dos sexes:

1. La població d'estudi hauria de considerar la composició del grup de pacients com seran tractats amb la teràpia sota recerca.
2. Homes i dones haurien de ser estratificats per condicions com ara edat, raça/ètnia, estatus socioeconòmic, composició corporal, etc., i, si no és possible, aquestes variables han de ser mesurades i controlades per elles.
3. Cal analitzar els factors que interactuen amb el sexe i el gènere és crític per a prevenir passar per alt les diferències segons sexe; així com prevenir sobreemfasitzar el sexe.

Estudis que inclouen solament dones:

1. Per a estudiar malalties que solament els afecten a elles com el càncer d'ovari.
2. Per a completar falta de coneixement sobre una malaltia que afecta a tots dos sexes; com la malaltia cardiovascular, en la qual les dones han sigut infraestudiades.
3. Per a analitzar diferències entre dones, com les relacionades amb l'estatus reproductiu, edat, etc.

Estudis que inclouen solament homes:

1. Per a estudiar malalties que solament els afecten a ells, com el càncer de pròstata.
2. Per a completar la falta de coneixement sobre una en un problema de salut que afecta a tots dos sexes; tal com l'osteoporosis, en què els homes han sigut infraestudiats.
3. Com a eina rellevant per a analitzar diferències entre homes.

Pas 4: Establiment de mètodes de recerca i planificació d'anàlisi de dades.

Vegeu «Disseny de recerca mèdica i biomèdica»:

<http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/health.html>

- Els instruments de recerca (qüestionaris, enquestes o protocols, etc.) han de desenvolupar-se tant per a dones com per a homes, o per a la condició de femení i masculí. Consulteu «Repensar estàndards i models de referència». <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/standards.html>
- Les dades es poden analitzar de moltes maneres diferents. Cal aclarir si és necessari controlar per sexe, o si l'estudi està investigant els efectes del sexe en els resultats.
- Un estudi que incloga tant dones com a homes ha d'usar proves estadístiques per a determinar la confiança amb la qual es poden afirmar similituds o diferències.
- Cal considerar les següents preguntes en l'anàlisi de dades:
 1. El tractament té un balanç favorable de beneficis i riscos en una població general mixta respecte al sexe?
 2. És el tractament efectiu i prou segur com per a ser indicat en dones i homes?
 3. Hi ha diferències segons sexe en l'efecte; és a dir, si el tractament és més efectiu o més segur en un sol sexe?
 4. Les diferències entre les opcions de tractament existents entre dones i homes fan que el tractament proposat siga més important per a un sexe?
- Si la població d'estudi coincideix amb l'edat, l'estat reproductiu, l'origen ètnic, etc., l'estudi té suficient potència per a l'anàlisi per subgrups? Es pot

avaluar l'eficàcia i seguretat del tractament en subpoblacions específiques? Si és així, aquestes subpoblacions es defineixen de manera consistent per a garantir la pràctica clínica basada en l'evidència?

Pas 5: interpretació de dades a través de conceptes i models teòrics

- Analitzar tots els conceptes i models teòrics que es basen en suposicions infundades. Consulteu «Repensar conceptes i teories»
http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/rethinking_concepts_theories.html
- Els estudis han d'anar amb compte de no:
 - Suposar que les troballes en un sexe s'apliquen a l'altre.
 - Crear una norma no representativa, com assumir una norma masculina per a una malaltia que afecta a tots dos sexes o una tecnologia utilitzada igualment tant per a dones com per a homes. Consulteu «Repensar estàndards i models de referència».
<http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/standards.html>
 - Patologitzar processos biològics normals, com l'embaràs o la menopausa.
 - Interpretar els resultats de forma cega al sexe i/o gènere.

Pas 6: Informació a incorporar en els resultats. Vegeu «Anàlisi per sexe»:

<http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/sex.html>

- Informació relacionada amb el sexe dels/les subjectes i/o materials de recerca.
- Informació sobre troballes nul·les. Els/les investigadors/es han d'informar quan les diferències per sexe (efectes principals o d'interacció) no es detecten en les seues anàlisis per a reduir el biaix de publicació i permetre la metaanàlisi.
- Verificació que les diferències per sexe o de gènere es visualitzen correctament en les taules, figures i conclusions (consulteu «Repensar el llenguatge i les representacions visuals»
<http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/language.html>)
- Verificació que les troballes relacionades amb el sexe i el gènere es presenten correctament en el títol, el resum i les paraules clau.

Pas 7: establir conclusions i fer recomanacions

- Quan els resultats mostren diferències significatives per sexe i efectes de gènere, quines recerques de seguiment són necessàries?
- Els resultats tenen implicacions específiques per a pacients dones i homes? Aquestes diferències tenen implicacions per a la pràctica clínica o la recerca futura?
- Com poden els resultats que mostren diferències significatives per sexe o de gènere traduir-se en pràctiques preventives, diagnòstiques i terapèutiques per a millorar els resultats dels/les pacients?

07. RECURSOS PEDAGÒGICS

- eGender platform (Alemanya): <http://egender.charite.de>
- The Sex and Gender Medical Education Summit (USA): <http://www.sgbmeducationsummit.org>
- The Sex and Gender Women's Health Collaborative (USA): www.sgwhc.org
“Every cell has a sex, and all bodies are influenced by gender”.
- The Gender Awakening Tool (Canadà): <http://www.cwhn.ca/en/node/43342>
- Sex and Gender in Systematic Reviews: Planning Tool (USA): <http://methods.cochrane.org/equity/sex-and-gender-analysis>
- Toolkit Gender in EU Funded Research (Unió Europea): <https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb-6faaf8dec8>
- The Center for Gender Medicine (CfGM) en el Karolinska Institutet (Suècia): <http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine>
- Institute of Gender and Health (IGH) de Canadian Institutes of Health Research (Canadà): <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48641.html>
- Gendered innovations: http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm

08. PER A APROFUNDIR

Bibliografia

- JENKINS, Margorie i WILSON, Joana (2012). *Finding the Evidence: A Sex- and Gender-Specific Medicine (SGSM) PubMed Search Engine Tool*. Lubbock: Texas Tech University School of Medicine Health Sciences Center.
- NIEUWENHOVEN, Linda i KLINGE, Ineke (2010). «Scientific Excellence in Applying Sex- and Gender-Sensitive Methods in Biomedical and Health Research», *Journal of Women's Health*; 19: 313-21 (d'aquest article adaptem la llista de comprovació).
- MOERMAN, Clara; DEURENBERG, Rikie i HAAFKENS, Joke (2009). «Locating Sex-Specific Evidence on Clinical Questions», en *MEDLINE: A Search Filter for Use on OvidSP. BioMed Central Medicine Medical Research Methodology*; 9 (25).
- ORTELT-PRIGIONE, Sabine; PAROL, Roza; KROHN, Stephan; PREISSNER, Robert; REGITZ-ZAGROSEK, Vera (2010). *Analysis of Sex and Gender-Specific Research Reveals a Common Increase in Publications and Marked Differences between Disciplines*. *BioMed Central Medicine*; 8: 70-80.
- ORTELT-PRIGIONE, Sabine i REGITZ-ZAGROSEK, Vera (eds.) (2012). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. London: Springer Verlag.
- REGITZ-ZAGROSEK, Vera (ed.) (2012). *Sex and Gender Differences in Pharmacology*. London: Springer Verlag.
- SCHENCK-GUSTAFSSON, Karin; DECOLA, Paula; PFAFF, Donald i PISETSKY, David (eds.) (2012). *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel: Karger.

També existeixen normes d'incorporació de la perspectiva de gènere en les publicacions científiques. Vegeu: <http://genderedinnovations.stanford.edu/sex-and-gender-analysis-policies-peer-reviewed-journals.html>. Molt recomanables les «Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use», publicades per Shirin Heidari i cols en *Research Integrity and Peer Review* (2016) 1:2.

A Espanya la revista *Gaceta Sanitaria* va fer un pas endavant sobre aquest tema i va publicar un editorial sota el títol «Les desigualtats de gènere en la ciència: Gaceta Sanitaria fa un pas endavant» *Gac Sanit.* 2015; 29:161-3, les següents recomanacions:

RECOMANACIONS PER A TENIR EN COMPTE EL SEXE I GÈNERE EN LA PUBLICACIÓ CIENTÍFICA

Secció	Recomanació
Autoria	Ha de figurar el nom sencer de cada persona autora per a poder conèixer el sexe dels autors i les autores.
Terminologia i llenguatge	Utilitzar terminologia correcta sense confondre els termes «sexe» (que es refereix a diferències biològiques) i «gènere» (que es refereix a desigualtats socials). Utilitzar un llenguatge no sexista.
Títol i resum	Si només s'inclou població d'un sexe és necessari especificar-ho en el títol i en el resum.
Introducció	S'ha d'incloure-hi una reflexió sobre les diferències de sexe o les desigualtats de gènere que s'espera trobar (si és apropiat) Si l'estudi se centra en un dels sexes, cal justificar l'interès d'aquesta elecció.
Mètodes	Explicar com el sexe/gènere s'ha tingut en compte en el disseny de l'estudi. Assegurar que hi haja mostra suficient tant d'homes com de dones, i donar a conèixer els casos perduts segons sexe. Si l'estudi analitza les dades per als dos sexes conjuntament, cal justificar l'interès de fer-ho així. Cal fer l'anàlisi estratificada per sexe sempre que els patrons d'associació de les variables predictores amb les dependents diferisquen segons el sexe.
Resultats	Cal mostrar els resultats estratificats per sexe (si escau). En les revisions, s'han d'analitzar separatament els resultats d'homes i dones per a facilitar-ne la metaanàlisi. S'han de tenir en compte les interaccions que permeten determinar les diferències per sexe o desigualtats de gènere.
Discussió	Cal comentar les implicacions de l'anàlisi de la comparació entre sexes o segons el gènere. Si aquesta anàlisi no s'ha pogut fer, comentar les limitacions.

Alguns articles per a visualitzar com s'aplica la perspectiva de gènere en recerca dels que ha partit la informació d'aquest document:

- BLASCO-BLASCO, María del Mar, RUIZ-CANTERO, María Teresa i cols. (2017). «Sex and Gender Interactions in the Lives of Patients with Spondyloarthritis in Spain: A Quantitative-qualitative Study». *J. Rheumatol*; 44: 1429-35.
- JOVANÍ, Vega; BLASCO-BLASCO, María del Mar; RUIZ-CANTERO, María Teresa i cols. (2017). «Understanding How the Diagnostic Delay of Spondyloarthritis Differs Between Women and Men: A Systematic Review and Metaanalysis». *J. Rheumatol*; 44: 174-83.
- HERRERA I CAIRO, Lucero Aida; CASTRO-VASQUEZ, María del Carmen i RUIZ-CANTERO, María Teresa (2016). «Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres del Norte de México». *Salut Pub Mex*; 58: 428-36.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar, RUIZ-CANTERO, María Teresa i cols. (2015). «Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014)». *Gac Sanit.*; 29: 404-1.
- SÁNCHEZ DE MADARIAGA, Inés i RUIZ-CANTERO, María Teresa (2014). «Oportunidad de integración en la perspectiva de género en investigación e innovación en salud en Europa: red COST genderSTE». *Gac Sanit.*; 28: 401-4.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa i cols. (2007). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research». *J Epidemiol and Community Health*, 61: ii46 -ii53.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa i cols. (2007). «The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care». *J Epidemiol and Community Health*; 61: 11-6.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; CASTAÑO LÓPEZ, Esther; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada; MAROTO-NAVARRÉS, Gracia i RUIZ-CANTERO, María Teresa (2007). «A tool to analyse gender mainstreaming and care-giving models in support plans for informal care: case studies in Andalusia and the United Kingdom». *J Epidemiol and Community Health*, 61: ii32–ii38.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa i cols. (2006). «Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud». *Gac Sanit.*; 20: 427-34.

- RUIZ-CANTERO, María Teresa; Simón-Rodríguez, Elena i Papí-Gálvez, Natalia (2006). «Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003». *Gac Sanit.*; 20:161-5.
- VELASCO, Sara; RUIZ, María Teresa i col. (2006). «Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres». *Rev. Esp. Salud Pública*: 80: 317-33.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa i VERDÚ-DELGADO, María (2004). «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», *Gac Sanit*; 18(supl 1): 118-25.
- RUIZ, María Teresa i VERBRUGGE, Lois M. (1997). «A two view of genderbias in Medicine». *J Epidemiol and Community Health*, 51: 106-9.

En ciències de la salut, a pesar que els conceptes de sexe i gènere alludeixen a realitats diferents, amb freqüència es confonen. A més, algunes conseqüències dels biaixos de gènere en el coneixement mèdic, la gestió clínica i els serveis de salut responen a suposicions incorrectes.

La Guia per a una docència universitària amb perspectiva de gènere de Medicina ofereix propostes, exemples de bones pràctiques, recursos docents i eines de consulta que permeten incorporar un enfocament de gènere en els estudis universitaris en ciències de la salut i formar professionals en aquesta disciplina competents en matèria de gènere.



Consulta les guies d'altres disciplines a vives.org

Xarxa Vives
d'universitats 

Universitat Abat Oliba CEU, Universitat d'Alacant, Universitat d'Andorra, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Barcelona, Universitat CEU Cardenal Herrera, Universitat de Girona, Universitat de les Illes Balears, Universitat Internacional de Catalunya, Universitat Jaume I, Universitat de Lleida, Universitat Miguel Hernández d'Elx, Universitat Oberta de Catalunya, Universitat de Perpinyà Via Domitia, Universitat Politècnica de Catalunya, Universitat Politècnica de València, Universitat Pompeu Fabra, Universitat Ramon Llull, Universitat Rovira i Virgili, Universitat de Sàsser, Universitat de València, Universitat de Vic · Universitat Central de Catalunya.