

Ciencias de la vida

Guías para una
docencia universitaria
con perspectiva de género

Medicina

M. Teresa Ruiz Cantero

Xarxa Vives
d'universitats



ESTA COLECCIÓN DE GUÍAS ESTÁ IMPULSADA POR EL GRUPO DE TRABAJO DE IGUALDAD DE GÉNERO DE LA RED VIVES DE UNIVERSIDADES (2016-2017)

Elena Villatoro Boan, presidenta de la Comisión de Igualdad y Conciliación de Vida Laboral y Familiar, Universitat Abat Oliba CEU.

M. José Rodríguez Jaume, vicerrectora de Responsabilidad Social, Inclusión e Igualdad, Universitat d'Alacant.

Cristina Yáñez de Aldecoa, coordinadora del Rectorado en Internacionalización y Relaciones Institucionales, Universitat d'Andorra.

Joana Gallego Ayala, directora del Observatorio para la Igualdad, Universitat Autònoma de Barcelona.

M. Pilar Rivas Vallejo, jefe de la Unidad de Igualdad, Universitat de Barcelona.

Ruth María Abril Stoffels, directora de la Unidad de Igualdad, Universitat CEU Cardenal Herrera.

Ana María Pla Boix, delegada del rector para la Igualdad de Género, Universitat de Girona.

Esperanza Bosch Fiol, directora y coordinadora de la Oficina para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, Universitat de les Illes Balears.

Consuelo León Llorente, directora del Observatorio de Políticas Familiares, Universitat Internacional de Catalunya.

Mercedes Alcañiz Moscardó, directora de la Unidad de Igualdad, Universitat Jaume I.

Anna Romero Burillo, directora del Centro Dolors Piera de Igualdad de Oportunidades y Promoción de las Mujeres, Universitat de Lleida.

M. José Alarcón García, directora de la Unidad de Igualdad, Universitat Miguel Hernández d'Elx.

María Olivella Quintana, directora del Grupo de Igualdad de Género, Universitat Oberta de Catalunya.

Dominique Sistach, responsable de la Comisión de Igualdad de Oportunidades, Universitat de Perpinyà Via Domitia.

Silvia Gómez Castán, técnica de Igualdad del Gabinete de Innovación y Comunidad, Universitat Politècnica de Catalunya.

María Rosa Cerdà Hernández, responsable de la Unidad de Igualdad, Universitat Politècnica de València.

Tània Verge Mestre, directora de la Unidad de Igualdad, Universitat Pompeu Fabra.

Maite Sala Rodríguez, técnica de Relaciones Internacionales y Estudiantes, Universitat Ramon Llull.

Inma Pastor Gosálvez, directora del Observatorio de la Igualdad, Universitat Rovira i Virgili.

Amparo Mañés Barbé, directora de la Unidad de Igualdad, Universitat de València.

Anna Pérez i Quintana, directora de la Unidad de Igualdad, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

EDITA

XARXA VIVES D'UNIVERSITATS

Edificio Àgora Universitat Jaume I

12006 Castelló de la Plana · <http://www.vives.org>

ISBN: 978-84-09-27562-5

LIBRO BAJO UNA LICENCIA CREATIVE COMMONS BY-NC-SA

(cc) Xarxa Vives d'Universitats, 2018, de la edición original

(cc) Universitat d'Alacant y Xarxa Vives d'Universitats, 2021, de esta edición.

Traducción del catalán: Robert Escolano López.

Servei de Llengües de la Universitat d'Alacant.

Coordinadoras: Teresa Cabruja Ubach, M. José Rodríguez Jaume y Tània Verge Mestre.



Este proyecto ha recibido financiación del Departamento de Empresa y Conocimiento de la Generalitat de Catalunya.



Esta edición ha sido impulsada por la Red Vives de Universidades en colaboración con la Universitat d'Alacant

SUMARIO

PRESENTACIÓN	5
01. INTRODUCCIÓN	8
02. LA CEGUERA AL GÉNERO Y SUS IMPLICACIONES	10
03. PROPUESTAS GENERALES PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA DOCENCIA	12
04. PROPUESTAS PARA INTRODUCIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MEDICINA	15
4.1 Objetivos de la asignatura/módulo	15
4.1.1 Objetivo general para asignaturas en carreras de Ciencias de la Salud	15
4.1.2 Objetivo de asignaturas relacionadas con especialidades clínicas	15
4.2 Objetivos específicos	15
4.2.1 Objetivo en una asignatura específica de Género y Salud	16
4.3 Contenidos de las asignaturas/módulos	16
4.4 Incorporación de la perspectiva de género en Cardiología	17
4.4.1 Enfermedad isquémica crónica del corazón	18
4.4.2 Enfermedades por insuficiencia cardíaca (IC)	20
4.4.3 Síndrome coronario agudo (SCOA) / infarto de miocardio (IM)	22
4.4.4 Factores de riesgo cardiovascular - tradicionales y nuevos	23
4.5 Incorporación de la perspectiva de género en Endocrinología	24
4.6 Incorporación de la perspectiva de género en Neurología	25
4.7 Incorporación de la perspectiva de género en Neumología	26
05. RECURSOS DOCENTES	33

06. ENSEÑAR A HACER INVESTIGACIÓN SENSIBLE AL GÉNERO	36
6.1 Lista de comprobación en investigación sobre salud y medicina	39
07. RECURSOS PEDAGÓGICOS	45
08. PARA PROFUNDIZAR	46
8.1 Bibliografía	46

PRESENTACIÓN

¿Qué es la perspectiva de género y qué relevancia tiene en la docencia de los programas de grado y de posgrado? Aplicada al ámbito universitario, la perspectiva de género o *gender mainstreaming*, es una política integral para promover la igualdad de género y la diversidad en la investigación, la docencia y la gestión de las universidades, todos ellos ámbitos afectados por diferentes sesgos de género. Como estrategia transversal, implica que todas las políticas tengan en cuenta las características, necesidades e intereses tanto de las mujeres como de los hombres, distinguiendo los aspectos biológicos (sexo) de las representaciones sociales (normas, roles, estereotipos) que se han venido construyendo culturalmente a lo largo de la historia sobre la feminidad y la masculinidad (género) a partir de la diferencia sexual.

La Xaxa Vives d'Universitats [Red Vives de Universidades (XVU)] promueve la cohesión de la comunidad universitaria y refuerza la proyección y el impacto de la universidad en la sociedad impulsando la definición de estrategias comunes, especialmente en el ámbito de acción de la perspectiva de género. Es oportuno recordar que las políticas que no tienen en cuenta estos roles diferentes y necesidades diversas y, por tanto, son ciegas al género, no ayudan a transformar la estructura desigual de las relaciones de género. Esto también es aplicable a la docencia universitaria, a través de la cual ofrecemos al alumnado una serie de conocimientos para entender el mundo e intervenir en el futuro desde el ejercicio profesional, proporcionamos fuentes de referencia y autoridad académica y buscamos fomentar el espíritu crítico.

Una transferencia de conocimiento en las aulas sensible al sexo y al género trae consigo diferentes beneficios, tanto para el profesorado como para el alumnado. Por un lado, al profundizar en la comprensión de las necesidades y comportamientos del conjunto de la población se evitan las interpretaciones parciales o sesgadas, tanto a nivel teórico como empírico, que se producen cuando se parte del hombre como referente universal o no se tiene en cuenta la diversidad del sujeto mujeres y del sujeto hombres. De este modo, incorporar la perspectiva de género mejora la calidad docente y la relevancia social de los conocimientos, las tecnologías y las innovaciones (re)producidas.

Por otro lado, proporcionar al alumnado nuevas herramientas para identificar los estereotipos, normas y roles sociales de género contribuye a desarrollar su espíritu crítico y a adquirir competencias que le permiten evitar la ceguera al género en su práctica profesional futura. Así mismo, la perspectiva de género permite

al profesorado prestar atención a las dinámicas de género que tienen lugar en el entorno de aprendizaje y adoptar medidas que aseguran que se atiende a la diversidad de las y los estudiantes.

El documento que tienes en tus manos es fruto del plan de trabajo bianual 2016-2017 del Grupo de Trabajo en Igualdad de Género de la XVU, centrado en la perspectiva de género en la docencia y la investigación universitarias. En una primera fase, el informe *La perspectiva de gènere en docència i recerca a les universitats de la Xarxa Vives: Situació actual i reptes de futur* (2017), coordinado por Tània Verge Mestre (Universidad Pompeu Fabra) y Teresa Cabruja Ubach (Universidad de Girona), constató que la incorporación efectiva de la perspectiva de género en la docencia universitaria seguía siendo un reto pendiente, a pesar del marco normativo vigente a nivel europeo, estatal y de los territorios de la XVU.

Uno de los principales retos identificados en este informe para superar la carencia de sensibilidad al género de los currículums de los programas de grado y de posgrado era la necesidad de formar al profesorado en esta competencia. En esta línea, se apuntaba la necesidad de contar con recursos docentes que ayuden al profesorado a realizar una docencia sensible al género.

Así, en una segunda fase, se ha elaborado el recurso *Guías para una docencia universitaria con perspectiva de género*, bajo la coordinación de Teresa Cabruja Ubach (Universidad de Girona), M. José Rodríguez Jaume (Universidad de Alicante) y Tània Verge Mestre (Universidad Pompeu Fabra). En conjunto, se han elaborado once guías, incluyendo entre una y cuatro guías por ámbito de conocimiento, que se han encargado a profesoras de distintas universidades expertas en la aplicación de la perspectiva de género en su disciplina:

ARTES Y HUMANIDADES:

HISTORIA: Mónica Moreno Seco (Universitat d'Alacant)

HISTORIA DEL ARTE: M. Lluïsa Faxedas Brujats (Universitat de Girona)

FILOLOGÍA Y LINGÜÍSTICA: Montserrat Ribas Bisbal (Universitat Pompeu Fabra)

FILOSOFÍA: Sonia Reverter-Bañón (Universitat Jaume I)

CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS:

DERECHO Y CRIMINOLOGÍA: M. Concepción Torres Díaz (Universitat d'Alacant)

SOCIOLOGÍA, ECONOMÍA Y CIENCIA POLÍTICA: Rosa M. Ortiz Monera y Anna M. Morero Beltrán (Universitat de Barcelona)

EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA: Montserrat Rifà Valls (Universitat Autònoma de Barcelona)

CIENCIAS:

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

CIENCIAS DE LA VIDA:

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

PSICOLOGÍA: Esperanza Bosch Fiol y Salud Mantero Heredia (Universitat de les Illes Balears)

INGENIERÍAS:

CIENCIAS DE LA COMPUTACIÓN: Paloma Moreda Pozo (Universitat d'Alacant)

Aprender a incorporar la perspectiva de género en las asignaturas impartidas no implica nada más que una reflexión sobre los diferentes elementos que configuran el proceso de enseñanza-aprendizaje, partiendo del sexo y del género como variables analíticas clave. Para poder revisar tus asignaturas desde esta perspectiva, en las *Guías para una docencia universitaria con perspectiva de género* encontrarás recomendaciones e indicaciones que cubren todos estos elementos: objetivos, resultados de aprendizaje, contenidos, ejemplos y lenguaje utilizados, fuentes seleccionadas, métodos docentes y de evaluación y gestión del entorno de aprendizaje. Al fin y al cabo, incorporar el principio de igualdad de género no es solo una cuestión de justicia social, sino de calidad de la docencia.

Teresa Cabruja Ubach, M. José Rodríguez Jaume y Tània Verge Mestre,
coordinadoras

01. INTRODUCCIÓN

La evidencia científica y la experiencia, tanto académica como profesional, demuestran que es imprescindible incorporar un enfoque de género como criterio de mejora de la calidad de los estudios universitarios en ciencias de la salud. Esta guía recoge una propuesta para transversalizar la perspectiva de género en la docencia en los estudios de grado en Medicina, si bien muchas de las reflexiones y orientaciones que aquí se recogen son aplicables no solo a los grados adscritos a las llamadas ciencias de la salud o ciencias de la vida, sino que son extensibles a cualquier formación de grado.

A las orientaciones concretas para la implementación de la perspectiva de género en los estudios de grado de Medicina (apartado 4) les preceden dos apartados (de reflexión) inexorables. En primer lugar, la profesora M^a Teresa Ruiz expone las suposiciones incorrectas, o sesgos de género, que se han identificado en el conocimiento médico, en la gestión clínica y los servicios de salud (apartado 2); para, en segundo lugar, señalar propuestas generales que habría que incorporar para contrarrestar estos sesgos de género en la docencia universitaria (apartado 3). Es, precisamente en este apartado, en donde se responde a la pregunta ¿qué es un o una profesional de la salud competente en género?, pregunta clave a la que han respondido un número importante de universidades del ámbito internacional que han querido incorporar la perspectiva de género en sus programas docentes.

En el apartado de propuestas para introducir la perspectiva de género en los grados de Medicina (n.º 4), se van desgranado cada uno de los elementos en torno a los cuales diseñamos el proceso de enseñanza-aprendizaje correspondiente a nuestras asignaturas, a saber: objetivos generales, objetivos específicos, contenidos, evaluación, métodos docentes y modalidades organizativas. Este apartado, fruto de un minucioso estudio sobre las memorias de grado y experiencias de buenas prácticas llevadas a cabo en universidades extranjeras, ofrece herramientas de gran utilidad al mismo tiempo que sitúa al lector o lectora en una actitud reflexiva constante, absolutamente necesaria para cuestionar nuestros modos docentes. Así, se ha optado por exponer un caso completo (cardiología) y tres casos resumidos (endocrinología, neurología y neumología) para ejemplificar la propuesta de contenidos con perspectiva de género. Los apartados de evaluación y modalidades organizativas y métodos docentes aportan herramientas de gran utilidad en clave de pedagogía feminista y *queer*.

Los recursos docentes específicos y pedagógicos (apartados 5 y 7) y las indicaciones para la realización de trabajos fin de grado y fin de máster (apartado 6) son ricos en calidad y cantidad, y ofrecen al personal docente múltiples opciones desde las que construir su particular enfoque de género.

02. LA CEGUERA AL GÉNERO Y SUS IMPLICACIONES

Los sesgos de género (SG), o ceguera de género dentro del ámbito de ciencias de la salud, y en concreto de la investigación y atención sanitaria, surgen cuando se asume *igualdad* entre ambos sexos donde hay diferencias genuinas, en la exposición a determinantes de la salud y la respuesta a los mismos, en la historia natural de la enfermedad, tanto en los pródromos (fase inicial) como en el curso de la misma; así como en la respuesta a las diferentes terapias y en el pronóstico, y cuando se asumen *diferencias* donde no las hay. Esta dualidad surge en un modelo biomédico que asume *igualdad* para problemas de salud física, y *desigualdad* para los de tono emocional y de salud autopercebida.

Las desigualdades de género en las ciencias de la salud se fundamentan en: 1, los factores sociales que subyacen a la aparición de la enfermedad; 2, las relaciones paciente-médico, y 3, los comportamientos que se desencadenan durante el proceso salud-enfermedad. Un enfoque que desatienda alguno de estos factores, generará una mirada parcial que desestima o malinterpreta los riesgos para la salud de las mujeres, así como la manera en la que se expresa la enfermedad en ellas y como las reportan.

Algunas consecuencias de los sesgos de género en el conocimiento médico, la gestión clínica y los servicios de salud son las suposiciones incorrectas como:

1. *No hay diferencia por sexo ni desigualdades de género en la experiencia de la enfermedad.* Actualmente, la mayor parte de la investigación y desarrollo de terapias afines se dedica a enfermedades crónicas letales. Son necesarios mejor equilibrio y reorientación de la investigación específica de ciertas enfermedades para una mayor atención a las enfermedades predominantes en mujeres. De manera complementaria, los hombres deben que ser incluidos en la investigación de enfermedades no mortales.
2. *No hay diferencia por sexo en las manifestaciones de las enfermedades.* A mayor proporción de mujeres que de hombres se les diagnostica de «síntomas y signos no específicos» en los registros e historias clínicas de servicios de salud y los certificados de defunción. Posiblemente, el conocimiento médico acumulado parte de las quejas, problemas de salud y signos indicativos de enfermedades específicas de los hombres. Las pacientes pueden sufrir enfermedades que no se identifican en una etapa temprana porque se siguen criterios diagnósticos o estándares (o masculinos), o por un conjunto de quejas atípicas (no masculinas). Sin tratamien-

to o tratamiento inapropiado se puede conducir al empeoramiento de la enfermedad entre las mujeres.

3. *Las diferencias según sexo se encuentran detrás de la provisión diferencial de servicios sanitarios y de los resultados a los tratamientos.* A pesar de que la atención primaria la utilizan más las mujeres, los datos indican que las demoras son más cortas en la atención sanitaria a los hombres, y los servicios hospitalarios de emergencia son más accesibles a estos. Las mujeres esperan más tiempo que los hombres en salas de emergencia antes de ser evaluadas. Estas estadísticas se explican argumentando que los hombres sufren enfermedades más graves y complejas o que las mujeres son más saludables, aunque con peor percepción de su salud. Sin embargo, estudios recientes muestran que cuando los hombres y las mujeres usan servicios de urgencias, sus tasas de hospitalización son iguales y, que las mujeres ingresadas en el hospital para enfermedades cardiovasculares tienen mayor letalidad por esta causa que los hombres.

03. PROPUESTAS GENERALES PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA DOCENCIA

En las prácticas profesionales sanitarias y en la política editorial de múltiples revistas científicas se están produciendo cambios desde la perspectiva de género que deben ser incorporados en los *curricula* de las carreras de ciencias de la salud. ¿Qué es un o una profesional competente en género? Esta es una cuestión clave que un importante número de universidades internacionales se han planteado para incorporar la perspectiva de género en sus programas docentes. Sintéticamente, será quién: 1, lee literatura de su titulación con lentes de género; 2, trata a hombres y mujeres de manera competente basada en la evidencia científica apropiada, y 3, ejerce la correspondiente función de defensa para la eliminación de situaciones de vulnerabilidad.

En ciencias de la salud, a pesar de que los conceptos sexo y género aluden a realidades diferentes, con frecuencia se confunden e intercambian en la literatura científica. El sexo es un constructo biológico basado en dos configuraciones cromosómicas diferentes y en conjuntos de procesos biofisiológicos relativos a los seres sexuados. En los análisis para determinar las diferencias entre ambos sexos, debe tratarse como una variable dicotómica. Sin embargo, aunque el género está relacionado con el sexo, es una variable continua porque define características conductuales, psicológicas, culturales y políticas que se expresan en un continuo, pudiendo hombres y mujeres exhibir un rango de puntuaciones diferentes e, incluso, superpuestas. El género se define como una construcción sociocultural y política que determina las relaciones entre las personas, otorgando beneficios y acceso a recursos, como los sanitarios, en dichas relaciones a quienes se encuentran en posiciones más elevadas de una jerarquía de género (Connell, 2012).

En problemas de salud, sobre todo crónicos, es conveniente considerar que la fragilidad (especialmente la física) en combinación con el marco de la feminidad y la masculinidad provoca cambios en pacientes sintomáticos al forzar la creación de las condiciones apropiadas de trabajo y cuidado familiar. En un país en transición a un modelo de familia de doble ingreso, los hombres y las mujeres con enfermedades crónicas se ven obligadas a reconstruir sus opciones de vida, y a cambiar la manera en que cumplen sus roles productivos y reproductivos, identificando sus limitaciones y renegociando nuevos roles dentro de la familia y en el trabajo.

Sandra Harding critica en su libro *Ciencia y feminismo* tres enfoques epistemológicos (corrientes teóricas feministas) con gran utilidad para situar a estudiantes y a profesionales dependiendo de su profesión:

1. El empirismo feminista, que identifica el sexismo y el androcentrismo como sesgos sociales corregibles mediante la aplicación de las normas metodológicas en investigación científica. Su objetivo es reformar la *mala ciencia* (corregir imprecisiones de la epistemología empirista).
2. El punto de vista feminista (*feminist stand point*), que sostiene que la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial, mientras que la experiencia social de las mujeres constituye el único punto de partida para descubrir el sesgo androcéntrico de la ciencia.
3. El postmodernismo feminista, que discute los supuestos científicos más fundamentales, como es la generalización de los resultados de investigación.

Las investigaciones sobre determinantes de salud y el género como eje transversal de estos, han mostrado en las últimas décadas la necesidad de comprender y atender a las subjetividades y necesidades específicas y diferentes de las personas, evidenciando la necesidad de una actuación profesional interdisciplinaria. Por este motivo, las recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género en las carreras de ciencias de la salud deben ser observadas como estrategias transversales a los diferentes modelos de atención a la salud y a los procesos de intervención específicos de cada disciplina.

Así mismo, la incorporación de la perspectiva de género en las titulaciones de Ciencias de la Salud requiere la revisión de los contenidos, resultados de aprendizaje, estrategias educativas y de evaluación en todas las materias; tanto en las básicas (anatomofisiología, farmacología y patologías aplicadas), como en las metodológicas, clínicas, médico-quirúrgicas, de atención psicosocial y salud pública o comunitaria. Con la evidencia ya existente, una titulación que se pretenda realmente científica debe introducir oportunamente en las asignaturas: 1, las diferencias según sexo; 2, hacer visible la relevancia de los roles de género; 3, incorporar el enfoque relacional, y 4, interacciones.

Finalmente, es importante destacar que, en los últimos años, y de la mano del desarrollo del enfoque interseccional en las políticas y estrategias de igualdad entre mujeres y hombres en los ámbitos universitarios, la docencia e investigación en

ciencias de la salud ha ido incorporando las cuestiones relativas a la identidad y expresión de género. Por identidad de género nos referimos a la identidad psicológica y social sobre el género sentido de cada persona; es decir, es la vivencia personal y profunda de ser hombre o mujer. En la mayoría de las personas, la identidad de género se corresponde con el sexo biológico de la persona (sus genitales y sistemas hormonales); pero en algunas personas, la identidad de género es disonante con el sexo biológico. De la intersección entre las esferas de los factores biológicos y los socioculturales-históricos se conceptualiza a las personas *sexo-género diversas*, categoría conceptual e inclusiva en la que se adscribirían las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, transexuales, intersex y asexuales y heterosexuales. Tradicionalmente, el colectivo LGTBI ha sido frecuentemente discriminado en la atención sanitaria, dado que ha sido observado como personas con una disfunción, enfermedad o discapacidad.

04. PROPUESTAS PARA INTRODUCIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MEDICINA

La incorporación de la perspectiva de género en los estudios de grado y posgrado requiere revisar sus contenidos, resultados de aprendizaje, y evaluación en todas las materias. Es el que en innovación docente se denomina «transversalización de la perspectiva de género en la docencia universitaria».

4.1 Objetivos de la asignatura/módulo

4.1.1 Objetivo general para asignaturas en carreras de Ciencias de la Salud

Ofrecer un marco de análisis de género y derechos humanos que pueda ser incorporado a la prestación de servicios profesionales (atención/asistencia sanitaria) adecuados a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables, para que repercuta en la mejora de los diferentes ámbitos de la salud.

4.1.2 Objetivo de asignaturas relacionadas con especialidades clínicas

Aportar información al alumnado para capacitarlo para analizar cómo el patrón fisiopatológico, clínico o terapéutico de las enfermedades en un sexo resulta dominante en el esfuerzo diagnóstico o terapéutico, lo que dificulta la atención clínica de los sujetos del otro sexo.

4.2 Objetivos específicos

1. Demostrar comprensión de los conceptos básicos de género: relaciones de poder de género, roles de género, acceso y control, manifestaciones de prejuicios relativos al género; identidad de género, y equidad e igualdad de género como uno de los muchos determinantes sociales de la salud.
2. Explicar las diferencias sexuales y de género y sus interacciones en el desarrollo normal de los hombres y las mujeres, la salud y la enfermedad (psicopatología y fisiopatología), para aplicarlas a la prevención y manejo de problemas de salud.

3. Comunicar de manera eficaz con los pacientes, demostrando conciencia de la diferencia de poder entre la persona médico y la persona paciente y de las desigualdades de género y culturales. Esto se demostrará, por ejemplo, mediante el uso del lenguaje que debe minimizar los desequilibrios de poder, validar las experiencias de quienes sufren y minimizar los estereotipos de género.
4. Realizar un examen físico apropiado según sexo y edad y culturalmente sensible.
5. Discutir el impacto de roles y creencias sociales y culturales basadas en el género, en la salud y el cuidado de la salud de quienes padecen enfermedades o problemas de salud.
6. Discutir el impacto de roles y creencias sociales y culturales basadas en el género, en la salud y el bienestar de las y los profesionales del ámbito sanitario.
7. Identificar y ayudar a las víctimas de violencia de género y abuso sexual.
8. Evaluar y asesorar a las y los pacientes para la reducción del riesgo por sexo y género, incluyendo cambios en el estilo de vida y pruebas genéticas.
9. Valorar y evaluar críticamente la nueva información a través de una «perspectiva de género»: identificar sesgos y brechas de género; y adoptar buenas prácticas que incorporen el conocimiento de las diferencias de sexo, las desigualdades de género en salud y enfermedad.
10. Demostrar comprensión del impacto diferente de los sistemas de atención a la salud en hombres y mujeres (por ejemplo, la forma en que se organizan y financian) en las poblaciones e individuos que reciben atención médica.

4.2.1 Objetivo en una asignatura específica de Género y Salud

Analizar los conceptos básicos del sistema sexo-género: la construcción cultural del género, el origen de las desigualdades de género y su repercusión en la construcción social; así como la influencia del género en el proceso salud-enfermedad y en las desigualdades en salud.

4.3 Contenidos de las asignaturas/módulos

Los estudios epidemiológicos han identificado sistemáticamente diferencias en la incidencia y prevalencia de la enfermedad entre hombres y mujeres. La rele-

vancia de la incorporación del sistema sexo-género en ciencias de la salud radica en el hecho que tanto las diferencias sexuales como los sesgos de género en la atención sanitaria juegan un papel importante en la fisiopatología y cuadro clínico. En concreto, una de las consecuencias más importantes se produce en el diagnóstico diferencial de las enfermedades, al confundirlas erróneamente con otras, puesto que son diferentes para el caso de ser hombre o mujer (por ejemplo, la espondiloartropatía se confunde con osteoporosis o fibromialgia en mujeres, y con esguinces en hombres), esto también influye en el desarrollo de complicaciones y en la prescripción terapéutica, que afectan a la esperanza y calidad de vida. Las propias diferencias fisiopatológicas entre ambos sexos son también base para clasificar las enfermedades en tres categorías:

1. Enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos, pero con diferentes edades de inicio, con sintomatología en el inicio o durante el seguimiento de la enfermedad (infarto o las espondiloartropatías), o con diferente respuesta al tratamiento y pronóstico en un sexo respecto al otro.
2. Enfermedades de mayor prevalencia en un sexo.
3. Enfermedades únicas de un sexo (las asociadas con la reproducción).

A continuación, se presentan ejemplos en patologías que pueden ser padecidas por ambos sexos (punto 1 anterior):

4.4 Incorporación de la perspectiva de género en Cardiología¹

Las diferencias por sexo y las desigualdades de género juegan un papel importante en la manifestación y los resultados de las enfermedades cardiovasculares. Desde la perspectiva de género es relevante que la docencia en cardiología se centre en:

1. La cardiopatía isquémica crónica.
2. La insuficiencia cardíaca y sus causas más frecuentes, como la hipertensión y las cardiomiopatías.
3. El síndrome coronario agudo/infarto de miocardio.
4. Los factores de riesgo, tanto los tradicionales como los nuevos.
5. Los problemas especiales, es decir las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo y las arritmias.

1 Caso completo

4.4.1 Enfermedad isquémica crónica del corazón

Las diferencias según sexo y desigualdades de género en la enfermedad coronaria (ECO) son conocidas desde hace mucho tiempo. Las mujeres con ECO son aproximadamente 10 años mayores que los hombres, y la diabetes mellitus tipo II es un factor de riesgo, mayor en las mujeres que en los hombres. Los factores de riesgo genéticos para la ECO crónica son conocidos y difieren en mujeres y hombres.

La fisiopatología también es diferente según sexo. Los hombres presentan más estenosis del tronco principal y más enfermedad de múltiples vasos. Por el contrario, las mujeres presentan con mayor frecuencia la enfermedad de un solo vaso, más trastornos de la microcirculación y más síntomas similares a la angina con ECO normal. Esta diferencia en la fisiopatología de la arteria coronaria (ECO no obstructiva) puede ser una razón para diferentes enfoques diagnósticos y terapéuticos en hombres y mujeres. El ECG de ejercicio es muy frecuentemente engañoso en las mujeres por razones no completamente entendidas. Sin embargo, las estrategias de imagen por eco, escintigrafía o resonancia magnética son de alto valor similar en ambos sexos. La intervención coronaria percutánea tiene éxito en ambos sexos. Pero, se acompaña más a menudo de complicaciones hemorrágicas en las mujeres que en los hombres.

Las mujeres tienen una mayor mortalidad después de la cirugía de bypass coronario. Hay evidencias de que las mujeres responden peor a la revascularización agresiva temprana en el caso de angina aguda o síndromes coronarios agudos. Las razones siguen siendo debatidas: la edad avanzada y mayor comorbilidad en la cirugía, así como vasos sanguíneos más estrechos y más tortuosos en las mujeres.

Las desigualdades de género también existen en la conducta de búsqueda de salud, en el lado de quien padece; y en la gestión de la enfermedad por parte de profesionales de la medicina. Todas estas circunstancias llevan al hecho de que las mujeres con ECO están subdiagnosticadas y que el diagnóstico se retrasa en mujeres con síndromes coronarios agudos y crónicos.

Desde la perspectiva de género es recomendable que la docencia se centre en:

1. Introducir las diferencias en la fisiopatología de las cardiopatías isquémicas en hombres y mujeres.
2. Mantener los trastornos microvasculares en mente y pensar en los síntomas «atípicos» descritos para las mujeres.

3. Reconocer fácilmente las diferencias entre hombres y mujeres y las desigualdades de género en las manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica.
4. Desarrollar las habilidades para el diagnóstico en las mujeres, incluyendo el uso de las técnicas de imagen y la evaluación de la función vasodilatadora endotelial de la arteria coronaria.

Resultados esperados. Al final de esta docencia, el alumnado será capaz de entender que:

1. Las ECO son la principal causa de muerte de las mujeres en los países industrializados.
2. Los factores de riesgo significativos para enfermedad cardiovascular e infarto de miocardio en mujeres incluyen diabetes mellitus, hipertensión, disfunción renal, obesidad y depresión.
3. Las complicaciones del embarazo como la preeclampsia, la diabetes gestacional o la hipertensión inducida por el embarazo y las enfermedades autoinmunes sistémicas como el lupus eritematoso o la artritis reumatoide, están entre los «nuevos» factores de riesgo que deben considerarse en la evaluación del riesgo cardiovascular en las mujeres.
4. Las mujeres con síndrome coronario agudo suelen presentar síntomas llamados «atípicos». La falta de aliento y la fatiga grave a menudo no se perciben como síntomas tempranos. Entre el 10% y el 30% de las pacientes presentan síntomas de angina sin lesión en la angiografía coronaria como causa de isquemia miocárdica. Las mujeres con síntomas de angina de pecho inestables constituyen el grupo más grande.
5. En pacientes estables, para el diagnóstico es preferible realizar una prueba de esfuerzo por ecocardiografía de esfuerzo.
6. A causa de las diferentes farmacocinéticas en las mujeres, en el ajuste de dosis de un fármaco se debe considerar: una adaptación de peso, un mayor espacio de distribución de las sustancias liposolubles, una expresión diferente de las isoenzimas CYP, un menor tiempo de tránsito gastrointestinal y prestar atención a una menor depuración renal.

4.4.2 Enfermedades por insuficiencia cardíaca (IC)

El número de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) está aumentando continuamente. Es uno de los principales diagnósticos de alta hospitalaria en el mundo moderno, con importantes implicaciones en la utilización de los recursos de la sociedad y en las experiencias individuales de calidad de vida. Representan una gran carga de costes de atención médica. Las miocardiopatías son una causa rara, pero particularmente grave, de IC que lleva al 50% de todos los trasplantes en la IC final.

Para la perspectiva de género es relevante que la docencia se centre en demostrar que:

1. La epidemiología de la IC difiere en mujeres y hombres y se discute.
2. Las desigualdades de género en el diagnóstico de IC por ecocardiografía, centrada en la presión arterial sistólica versus diastólica en mujeres y hombres.
3. Las diferencias según sexo en la fisiopatología en las enfermedades por IC, incluyendo el papel de las hormonas sexuales como los estrógenos y los andrógenos y las hormonas con efectos sobre la manipulación de Ca, el metabolismo mitocondrial y la producción de radicales libres.
4. Cardiomiopatías, una causa rara pero particularmente grave de la IC, que conduce al 50% de todos los trasplantes en la fase final de IC en ambos sexos.
5. Farmacoterapia y sus efectos adversos en ambos sexos.
6. Palabras clave: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (normal) o insuficiencia cardíaca diastólica, cardiomiopatías.

Resultados esperados. Al final de esta docencia, una o un estudiante será capaz de entender que:

1. Las mujeres con IC representan el grupo más grande debido a su mayor número y propensión a vivir más tiempo.
2. Las mujeres experimentan más frecuentemente IC con función sistólica normal o IC diastólica, mientras que los hombres presentan más frecuentemente IC con fracción de eyección reducida (IC sistólica).

3. En general, las adaptaciones miocárdicas específicas según el sexo se caracterizan por hipertrofia concéntrica con fracción de eyección mantenida más frecuente en mujeres, e hipertrofia excéntrica con ventrículo dilatado, disfunción sistólica y disminución de la fracción de eyección más frecuente en hombres.
4. Las hormonas sexuales están implicadas en cascadas adaptativas de señalización del miocardio a presión y sobrecarga del volumen, que incluyen por ejemplo: la señalización del calcio, la síntesis del óxido nítrico y los mecanismos profibróticos.
5. Las mujeres presentan más que los hombres una regresión más rápida de la LVH (H del ventrículo izquierdo) y las dimensiones del ventrículo izquierdo en el postoperatorio temprano, después de la reparación de la válvula aórtica.
6. Las cardiomiopatías ocurren con frecuencias similares en hombres y en mujeres, la diferencia es de aproximadamente 1,5:1 o 2:1.
7. La cardiomiopatía de Tako-Tsubo afecta casi exclusivamente a las mujeres y está precedida por un estrés psicológico masivo.
8. Las mujeres con miocardiopatías e insuficiencia cardíaca sistólica reciben tratamiento menos invasivo, dispositivos o trasplantes de órganos que los hombres.
9. La IC de fase terminal es una enfermedad de ambos sexos. Sin embargo, solo alrededor del 25% de todos los trasplantes de corazón se realizan en mujeres. La tasa de supervivencia a los 20 años es similar en ambos sexos (26%), lo que sugiere que no hay razón para impedir los trasplantes en las mujeres.
10. El tratamiento con fármacos tiene que ser cuidadosamente controlado en las mujeres (por ejemplo, con relación a la dosis terapéutica conveniente, con segmento QT largo en el ECG...).
11. Las disparidades relacionadas con el sexo en la farmacocinética son comunes y algunas, pero no todas, darán lugar a diferencias clínicamente relevantes en los efectos adversos y la eficacia.
12. El tratamiento con digoxina debe conducir a niveles plasmáticos inferiores a 0,8 ng por ml para ambos sexos. El deterioro de la función renal debe ser específicamente considerada en las mujeres tratadas con digital.

13. Las diferencias según sexo en la farmacocinética de los betabloqueantes conducen a una mayor exposición a fármacos, y a mayores efectos adversos en las mujeres. Los betabloqueantes llevan a beneficios de supervivencia similares en la insuficiencia cardíaca en mujeres y hombres.
14. Las diferencias según sexo en la farmacocinética y los efectos de los bloqueadores de los canales de calcio son mínimos. En los ancianos, el aclaramiento de la administración oral de amlodipino es más rápido en las mujeres.
15. Los efectos adversos de los inhibidores de la ECA, especialmente la tos seca típica, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.
16. Los efectos adversos como hiponatremia e hipopotasemia ocurren más frecuentemente en mujeres que en hombres que toman diuréticos, y ambos trastornos electrolíticos tienen el potencial de causar arritmia severa.

4.4.3 Síndrome coronario agudo (SCOA) / infarto de miocardio (IM)

El IM se considera una enfermedad de hombres, pero mata a casi tantas mujeres como hombres. Las mujeres experimentan la mayoría de los IM unos 10 años más tarde que los hombres. Pero su mayor esperanza de vida lleva al hecho de experimentar un número absoluto muy similar de IM al de los hombres.

Actualmente se acepta que la incidencia de IM disminuye en todo el mundo, excepto en las mujeres jóvenes. Las mujeres tienen una mayor mortalidad después de un primer IM que los hombres de la misma edad. Esto también es cierto por el aumento de la mortalidad de las mujeres más jóvenes después de cirugía de *bypass* coronario. Ambos sexos difieren en los desencadenantes del IM. El estrés psicológico es más importante en las mujeres; el ejercicio pesado es más común en los hombres. Ambos sexos también difieren en los síntomas de IM. Las mujeres experimentan mayor variedad de síntomas, llamados «síndromes atípicos» y más signos de activación vagal que los hombres. En contraste, hay una probabilidad mucho mayor de muerte súbita isquémica en los hombres. Las mujeres reciben menos diagnóstico basado en las guías y protocolos de práctica clínica y un tratamiento menos invasivo para el IM que los hombres. El estrés social es el principal determinante del re-infarto después de un primero IM en las mujeres.

4.4.4 Factores de riesgo cardiovascular - tradicionales y nuevos

El sexo femenino se asocia con una esperanza de vida más larga que el masculino. Las mujeres constituyen una proporción mayor de la población de edad avanzada en la que la prevalencia de ECV es mayor. Las estadísticas alarmantes entre las mujeres más jóvenes de 35 a 44 años de edad muestran que las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria han aumentado. Existe un debate en curso sobre si las mujeres tienen un peor pronóstico después de un infarto de miocardio (IM) que los hombres, y por qué.

¿Hay alguna diferencia observada explicada por el sesgo de género en el manejo de la ECO? ¿O puede el retraso observado en la atención sanitaria relacionarse con las mujeres que buscan atención, o por el reconocimiento y el tratamiento de los proveedores de atención médica, a causa de las diferencias en la fisiopatología, más comorbilidades o edades mayores en el momento de la presentación en las mujeres en comparación con los hombres?

Desde la perspectiva de género es recomendable que la docencia se centre en:

1. La repetición de los factores de riesgo tradicionales de las enfermedades cardiovasculares (ECV).
2. La incorporación de nuevos factores de riesgo para las ECV en las mujeres.
3. El estudio de la importancia de la hipertensión, la diabetes, y las complicaciones del embarazo y las enfermedades reumáticas y autoinmunes.
4. La mejora en el conocimiento de las influencias socioculturales.
6. La información sobre los cambios en el equilibrio del estilo de vida y la prevención, para mejorar la salud individual.
7. Determinar la estratificación de riesgo de la ECV, para utilizar las puntuaciones y ser consciente de las limitaciones, y utilizar otras puntuaciones para la estratificación del riesgo de ECV para las mujeres en su vida diaria.

Un nuevo enfoque es conocer los nuevos factores de riesgo y estar abierto a nuevos algoritmos para la clasificación del riesgo en las mujeres. Los esfuerzos educativos son de importancia crítica, ya que la mayor conciencia de los factores de riesgo cardiovasculares individuales se ha asociado con una mejor salud y estilos de vida para las mujeres y sus familiares.

4.5 Incorporación de la perspectiva de género en Endocrinología²

La medicina con perspectiva de género en el campo de la endocrinología y el metabolismo se está expandiendo rápidamente. La endocrinología es un tema central de la medicina desde la perspectiva de la interacción sexo/género. Las diferencias sexuales y las desigualdades de género juegan un papel importante en la fisiopatología, el cuadro clínico, el desarrollo de complicaciones y en parte también en la terapia de trastornos metabólicos que afectan la calidad de vida y la esperanza de vida.

Es comprensible que las enfermedades relacionadas con los estilos de vida, como la obesidad y la diabetes tipo 2, sean de especial interés para la medicina desde la perspectiva de género. Los genes, las hormonas específicas de cada sexo y la distribución de la grasa corporal combinadas con los cambios relacionados con el sexo de las adipocitoquinas, y también las exposiciones ambientales y los factores psicosociales, obviamente, contribuyen a la progresión de las enfermedades. Además, estas enfermedades también se asocian con depresión, enfermedad cardiovascular, disfunción sexual y neoplasias malignas específicas en cada sexo. La osteoporosis es un problema muy conocido en las mujeres posmenopáusicas, pero cada vez más también afecta a mujeres y hombres jóvenes que actualmente están subdiagnosticados. Los hombres, incluso, presentan un mayor riesgo de mortalidad después de fracturas de cadera; por eso tienen que ser implementadas mejores estrategias de detección y prevención en ambos sexos, aspecto que implica una formación médica en estas enfermedades que expongan las diferencias por sexo y analicen la situación desde la perspectiva de género.

Los estudios de endocrinología se ocupan de la secreción y los efectos de las hormonas, así como la regulación del metabolismo energético, el mantenimiento del peso corporal y la reproducción durante todo el ciclo de vida de hombres y mujeres. Existen diferencias en los sistemas endocrinos importantes como el metabolismo de la insulina, el metabolismo óseo, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, las hormonas tiroideas y el metabolismo de los adipocitos.

Temas de interés desde la perspectiva de género:

1. Resistencia a la insulina y secreción de células beta.
2. Apetito y ganancia de peso.
3. Estructura ósea y osteoporosis.

² Caso resumido

4.6 Incorporación de la perspectiva de género en Neurología³

Los aspectos de género hasta ahora han ejercido un papel mínimo en la investigación y la práctica clínica, tanto en la enfermedad y la salud como en el campo neuropsiquiátrico. En casi todos los dominios de la neurociencia, la suposición generalmente implícita de que existen pocas diferencias significativas, si es que existen, entre la función cerebral masculina y femenina está siendo cuestionada. El sexo y el género afectan a la incidencia, la prevalencia y la dinámica del sistema nervioso con su parte central, periférica y/o autonómica y el tejido con el que se efectúan las acciones, particularmente el músculo.

Las diferencias según sexo están documentándose en todos los niveles de la neurociencia, desde neuronas únicas en el cultivo de células, a los procesos a nivel de sistemas medidos por neuroimagen. Anatómicamente, hay diferencias en la densidad de las neuronas, el tamaño de las áreas regionales del cerebro, la expresión de los receptores celulares y los sistemas de neurotransmisores. Fisiológicamente hay diferencias en el flujo sanguíneo cerebral y en los patrones de activación cortical. Las patologías de mayor relevancia desde la perspectiva sexo/género incluyen a las inflamatorias (esclerosis múltiple) y degenerativas (Alzheimer y Parkinson) enfermedades neurológicas, así como la epilepsia, un estado funcional de mayor vulnerabilidad a las convulsiones.

El derrame cerebral puede ser devastador para todas las personas afectadas. Pero, a nivel social, las mujeres soportan una mayor carga de accidentes cerebrovasculares que los hombres, en gran parte a causa de su mayor esperanza de vida y el mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular con el avance de la edad. Las mujeres no solo sufren más episodios globales de accidente cerebrovascular, sino que las que sobreviven tienen peores perspectivas de recuperación, con peores resultados funcionales y menor calidad de vida que los hombres. Por lo tanto, es crucial que las estrategias para prevenir el accidente cerebrovascular y proporcionar acceso a los tratamientos se mejoran en las mujeres. Se piensa que muchos accidentes cerebrovasculares pueden prevenirse. Se necesita urgentemente una mayor conciencia de los factores de riesgo que son más comunes en las mujeres —principalmente la hipertensión, la fibrilación auricular— y mejores estrategias para manejarlas.

Temas de relevancia desde la perspectiva de género:

1. Enfermedades neurológicas inflamatorias.

³ Caso resumido

2. Enfermedades neurológicas degenerativas.
3. Epilepsia.
4. Derrame cerebral.

4.7 Incorporación de la perspectiva de género en Neumología⁴

Las enfermedades pulmonares, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer de pulmón, muestran una tendencia muy desfavorable en un futuro próximo por el aumento mundial de la morbilidad y la mortalidad. Las estadísticas epidemiológicas predicen que la EPOC se posicionará en tercer lugar en el 2020 entre las enfermedades con mayor incidencia en todo el mundo. Además, el cáncer de pulmón es la forma más común y agresiva de los tumores sólidos. El análisis de las estrategias de supervivencia desde la perspectiva de género con la enfermedad pulmonar es de interés para combatir de manera específica la carga de la enfermedad. Los datos sobre las diferencias por sexo y las desigualdades de género en el manejo clínico de las enfermedades pulmonares son escasos, pero están aumentando.

Temas de interés desde la perspectiva de género:

1. Enfermedades de las vías respiratorias alérgicas (la predisposición genética es crucial).
La incidencia de asma ha aumentado en los niños jóvenes machos en comparación con las hembras, relación que se invierte con el tiempo, dado que las mujeres parecen afectadas predominantemente en la edad adulta joven y los hombres, en edad avanzada. Los síntomas tienden a ser más graves en las adolescentes. En las personas ancianas se pueden encontrar diferencias significativas según sexo en la presentación de los síntomas, en el patrón obstructivo y en el potencial alérgico subyacente.
2. EPOC y las mujeres fumadoras.
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema grave en mujeres y hombres. Su relevancia desde la perspectiva de género se basa en el aumento de la prevalencia del tabaquismo en las mujeres y su mayor sensibilidad para la toxicidad del tabaco. Por sus diferencias, el tratamiento farmacológico y la respuesta a los fármacos también es de interés desde esta perspectiva.
3. Cáncer de pulmón: ¡mujeres en riesgo!

⁴ Caso resumido

El cáncer de pulmón es uno de los tumores sólidos más frecuentes en este momento. Su prevalencia en las mujeres está aumentando y alcanzará la prevalencia de hombres a causa de los cambios en el estilo de vida y los hábitos de fumar. Parece que una mayor sensibilidad a algunas toxinas del tabaco y fumar cigarrillos pone a las mujeres en mayor riesgo de cáncer de pulmón que los hombres. A nivel mundial, abundan las campañas y el material sobre la prevención del consumo de tabaco, pero el género es poco frecuente.

4. Trastornos del sueño

Mientras que las mujeres tienen mayor eficiencia objetiva del sueño que los hombres, paradójicamente reportan más problemas de sueño. No está claro si las diferencias son reales o un problema de medición. Algunos trastornos del sueño, como el insomnio, el síndrome de las piernas inquietas (RLS) y la hipersomnolencia, son más frecuentes en las mujeres, mientras que otros, como el trastorno del comportamiento del sueño REM y los problemas con la respiración son más frecuentes en los hombres. Las diferencias por sexo se observan tanto en la prevalencia, como en la fisiopatología, presentación clínica y respuesta al tratamiento.

TABLA 1. CONCEPTOS BÁSICOS DE APLICACIÓN EN LAS ASIGNATURAS PRECLÍNICAS, CLÍNICAS Y DE SALUD PÚBLICA

Asignaturas básicas o preclínicas (anatomofisiología, farmacología y patologías aplicadas)
<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias anatómicas-fisiológicas, evitando la posición androcéntrica • Diferenciación sexo-género e interacciones sexo-género en patología general • Sexo como factor de variabilidad en las reacciones a medicamentos. • Terapia contraceptiva e infertilidad • Toxicidad de uso de medicamentos en el embarazo • Diferencias por sexo e interacciones sexo-género en los trastornos de la conducta alimentaria y problemas de salud mental • Diferencias por sexo e interacciones sexo-género en la contracepción, sexualidad, problemas de respuesta sexual humana, ETS, e identidad sexual

Asignaturas clínicas (médico-quirúrgicas, de atención psicosocial y de salud pública y comunitaria)

Diferencias por sexo e interacciones sexo género de patologías específicas:

- Identificación de las diferencias según sexo e interacción sexo-género en las manifestaciones (signos-síntomas) de las enfermedades
- Valoración del padecimiento (*illness*)/enfermedad (*diseases*): anamnesis, procedimientos de exploración clínica, pruebas complementarias
- Criterios diagnósticos por sexo e interacciones sexo-género
- Uso de protocolos estándares diagnósticos y terapéuticos
- Toma de decisiones diagnósticas considerando estereotipos de género
- Uso de información disponible (por ejemplo, de ensayos clínicos) y desarrollo de pensamiento crítico para la toma de decisiones clínicas
- Toma de decisiones diagnósticas/terapéuticas y de cuidados en función de la apariencia y comportamiento.
- Plan de cuidados adaptado a las diferencias por sexo e interacciones sexo-género
- Atención a la violencia de género.
- Salud Pública y Comunitaria:
 - Planificación y programas de intervención individuales y comunitarios con enfoque de género.
 - Diferencias sexo/género en indicadores de salud, incidencia, prevalencia y causalidad
 - Evaluación de las intervenciones sanitarias

Evaluación de las asignaturas

Las experiencias revisadas en universidades internacionales en la incorporación de la perspectiva de género y su evaluación sugieren:

1. Incluir el género en un 10% de las preguntas de examen.
2. Revisar los sesgos de género que se introducen, inconscientemente, en la formulación de la pregunta cuando se generalizan las afirmaciones (o negaciones) en relación con problemas de salud (desde el inicio de los

síntomas, pasando por el curso del problema de salud o enfermedad ya evolucionada hasta el pronóstico, así como en el diagnóstico diferencial). También, cuando estas afirmaciones (o negaciones) se realizan respecto a las causas y el impacto de los factores de riesgo, puesto que pueden ser diferentes según sexo y género. Así mismo, revisar las opciones de respuesta cuando aluden a resultados en salud de las intervenciones (incluida la terapia con medicamentos).

Para afrontar este problema, lo más pertinente es que la formulación de la pregunta se base en la evidencia científica para cada sexo.

3. De igual manera, las respuestas tienen que contemplar las diferencias por sexo en los conceptos reflejados en el punto anterior (para ilustrar las propuestas se extraen ejemplos a continuación de la asignatura de Salud Pública):

- En preguntas conceptuales, hay que incluir respuestas que hagan visible las estrategias sanitarias dirigidas a mujeres.

Ejemplo: ¿Cuál de las siguientes respuestas se relaciona con la prevención secundaria? Trabajar en los servicios de planificación sanitaria en un programa que tenga como objetivo:

- a) Reducir los riesgos de malos tratos de las personas ancianas.
 - b) Aumentar el número de horas de ejercicio físico en personas con discapacidad.
 - c) Informar a la población de la relevancia para su salud de la igualdad de género.
 - d) Incrementar la tasa de participación de mujeres en los programas de mamografías.
 - e) Incrementar las actividades de inserción de los niños con una enfermedad crónica.
- O bien la existencia de respuestas donde sean visibles ambos sexos por separado.

Ejemplo: El aumento de la esperanza de vida en los últimos 20 años:

- a) Es mayor en los países con escasos recursos.
- b) Es mayor en los países desarrollados.

- c) Es mayor en las mujeres de países de ingresos altos.
 - d) Es mayor en los hombres de los países de ingresos bajos.
 - e) Es en general mayor en los hombres que viven en los países de ingresos medios.
4. Incluir preguntas con perspectiva de género y no sobre las diferencias por sexo.
- Ejemplo: Sobre determinantes de las desigualdades de género en salud. Respecto a que las mujeres de clases medias y altas den prioridad al ejercicio físico y las dietas equilibradas, ¿cuál de las siguientes respuestas es la más correcta?
- a) Está provocando mayores desigualdades entre clases.
 - b) Es producto solo de un beneficio precoz en ellas de las intervenciones poblacionales.
 - c) Es porque una mayor proporción de ellas se benefician de las intervenciones sanitarias.
 - d) No aumenta las desigualdades, pues las de clases sociales vulnerables las imitan.
 - e) Es debido a una cuestión de selección social.
5. Además de la evaluación de las lecciones teóricas mediante tests, contamos con las evaluaciones mediante preguntas abiertas en donde analizar sobre todo estudios de casos.
6. Para que el alumnado pueda interactuar y aprender entre si a través de la participación, otra forma de evaluación es a través de foros de evaluación del aprendizaje.

Modalidades organizativas de las dinámicas docentes

En ciencias de la salud se ha mostrado la utilidad de acciones como:

1. Incorporar los conceptos de sexo-género en los primeros cursos de la formación.
2. Incluir de manera transversal las diferencias por sexo y el enfoque de género en las asignaturas clínicas, con independencia de la potencial existencia de asignaturas obligatorias u optativas.

3. Aportar información sobre las diferencias por sexo y las desigualdades de género en salud. Las clases teóricas son necesarias para conseguir información científica. Además, existe amplia literatura científica sobre los sesgos de género en investigación en el binomio salud-enfermedad que tiene su impacto en la producción de sesgos de género en la divulgación científica, en la toma de decisiones políticas y, lo que es más grave, en la propia atención sanitaria. Esta información apenas trasciende al sistema educativo. Por tanto, es nuclear tratar las diferencias por sexo y género. Por ello, la organización clásica de las asignaturas en clases teóricas (clase magistral) continúan siendo necesarias.
4. Promover las actividades participativas del alumnado cuya finalidad es comprender, reflexionar e interpretar los contenidos objeto de aprendizaje. Entre estas, especialmente las que tratan temas como: intersección sexo/género con otros ejes de desigualdad en salud, reconocimiento y empoderamiento de los grupos históricamente discriminados, y la concienciación al alumnado sobre los estereotipos de género y su intersección con otras categorías sociales (clase social, edad, etnia...).

Métodos docentes

1. Tareas individuales para la concienciación personal: ejercicios de discriminación de conceptos, búsqueda de material audiovisual, aplicación de contenidos a situaciones conocidas, análisis de videos, de casos y de prácticas profesionales.
2. En las clases prácticas, un aspecto motivador es compartir experiencias y debatir innovaciones y aplicaciones sobre cuestiones de género en el ámbito clínico-sanitario y poblacional, como:
 - Taller de revisión de la literatura científica para realizar con posterioridad:
 1. Análisis crítico de las prácticas profesionales (identificar sesgos de género).
 2. Identificar la utilidad (buenas prácticas, equidad y eficiencia) de las innovaciones de género.
 - Seminarios de lecturas críticas.
 - Seminario sobre las diferencias por sexo/desigualdades de género en la práctica profesional dependiendo del sexo de las y los profesionales.

- Seminarios de estudio de casos. Desarrollar entre 3 a 5 estudios de casos fáciles en los cuales el género tiene que ser convincente. Es más útil si alumnado voluntario los escribe, después de haber revisado documentos y literatura científica para hacerlo.
 - Taller para la elaboración de listas de comprobación (*check list*), de protocolos diagnósticos/terapéuticos según sexo y desde la perspectiva de género.
3. Las prácticas de campo también pueden centrarse en estudios de casos sobre la base de la evidencia científica.

05. RECURSOS DOCENTES

A continuación, se presenta la Tabla 2 con información de la experiencia de diferentes instituciones de cómo han incorporado el enfoque de género en titulaciones de ciencias de la salud, sus estrategias educativas y herramientas docentes.

TABLA 2. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN TITULACIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS, HERRAMIENTAS DOCENTES E INSTITUCIONES

Evaluación incorporación enfoque de género y diseño de guías docentes: sensibilidad, objetivos, competencias y resultados de aprendizaje	
Directrices para evaluar la sensibilidad de género en el currículum de medicina (Cannadà). Zelek B (1997) en Yut-Lin W (2009)	Ofrece una guía para valorar su aplicación tanto en los contenidos, en el lenguaje y en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
Metas y objetivos en salud de las mujeres y temas de género (USA). Phillips SP. (2002) en Yut-Lin W (2009)	Metas y objetivos, y como comprobar que se han conseguido, incluyendo entidades patológicas específicas, análisis con enfoque de género de las evidencias científicas, actitudes y capacidades.
Objetivos a valorar para ver el éxito en implementar el currículum en medicina (Holanda). Verdonk P (2008)	Objetivos que indican una implementación exitosa de temas de género en el currículum de medicina.
Capacitación para profesorado de enfermería: «Norm Aware Caring». Tenglein I <i>et al.</i> (2017)	Curso para mejorar las habilidades del profesorado de enfermería para identificar y cuestionar las normas sociales dominantes que afectan a los encuentros con pacientes, para utilizar esta perspectiva en su enseñanza.
Técnicas didácticas, materiales y evaluación	
eGender platform (Alemania): http://egender.charite.de	Plataforma de aprendizaje en línea y de intercambio de conocimientos sobre diferencias por sexo y género y habilidades de comunicación para facilitar la toma de decisiones por parte de profesionales de salud. Requiere registro gratuito y ofrece diferentes módulos formativos independientes.

Recursos para el desarrollo del currículum en perspectiva sexo-género (USA). Miller VM (2016)	Libros de texto y artículos que describen diseños metodológicos experimentales para incorporar la perspectiva sexo-género en titulaciones de ciencias de la salud.
Recursos (USA) educativos con enlaces a webs. Miller VM (2013)	Libros de texto, recursos web para investigación y educación y para cursos de formación continuada, organizaciones profesionales y revistas científicas.
Estrategias docentes desde un enfoque feminista para ciencias de la salud. Michela NJ (2014)	Aprendizaje cooperativo, estudios de casos, grupos reducidos.
Estrategias docentes desde un enfoque feminista aplicado a enfermería. Lamont E (2014)	Aprendizaje de competencias interpersonales y aplicación en el primer curso de la titulación.
Instituciones profesionales con recursos accesibles para investigación y educación	
The Sex and Gender Medical Education Summit (USA): http://www.sgbmeducationsummit.org	Acceso a documentos de la cumbre del 2015 sobre sexo y género en la educación médica y sanitaria (The Sex and Gender Medical Education Summit): actas, presentaciones, pósteres y otros materiales incluyendo la figura del agente de cambio.
The Sex and Gender Women's Health Collaborative (USA): www.sgwhc.org «Every cell has a sex, and all bodies are influenced by gender».	Centrado en la competencia sexo-género en los cuidados a las mujeres. Ofrece materiales específicos de sexo y género para adaptar en la educación y en la práctica clínica.
The Gender Awakening Tool (Canadá): 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	Recursos para la inclusión de la perspectiva de género en la investigación. Casos en que se muestran los beneficios de incluir sexo y género en salud, estrategias y guías para incluir sexo y género en investigación (básica, experimental, revisiones sistemáticas, buenas prácticas en investigación y <i>checklist</i> para cada paso del proceso de investigación).
Toolkit Gender in EU Funded Research (Unión Europea): https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb6faaf8dec8	

<p>The Center for Gender Medicine (CfGM) en el Karolinska Institutet (Suecia): http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine</p>	<p>Primera institución europea con cursos web sobre salud y enfermedad en perspectiva de género.</p>
<p>Institute of Gender and Health (IGH) de Canadian Institutes of Health Research (Canadá): http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48641.html</p>	<p>Instituto dependiente del gobierno de Canadá, con acceso a solicitud de fondos para investigación, seminarios, vídeos y módulos de capacitación en línea.</p>
<p>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)</p>	<p>Programa de certificación para graduados/as en medicina, enfermería, farmacia y otras ciencias de la salud.</p>
<p>Sex and gender specific health https://www.sexandgenderhealth.org/ De la Texas Tech University Health Sciences Center (USA)</p>	<p>Repositorio interprofesional y lugar de encuentro para debates sobre la contribución de sexo y género a la atención a la salud personalizada.</p>
<p>Gender innovations Stanford University https://genderinnovations.stanford.edu</p>	<p>Aplicación del enfoque de género en la investigación e innovación científica, en ciencias de la salud y en otras disciplinas.</p>

06. ENSEÑAR A HACER INVESTIGACIÓN SENSIBLE AL GÉNERO

La incorporación de la perspectiva de género (PG) de manera transversal en investigación implica hacerla visible en todas las secciones de un proyecto de investigación —desde el título, y en los productos que se derivan de ellos, como son las publicaciones— y todavía más concretamente los artículos originales, incluidas las revisiones sistemáticas y metaanálisis. Esto implica la consideración de la pertinencia y el método de la perspectiva de género en los proyectos. Afortunadamente, existen múltiples guías en España y de ámbitos internacionales de las páginas web de los centros e institutos de investigación relacionados con las mujeres o de género, como la *Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación*, de un conjunto de autoras de diferentes ámbitos profesionales del estado español, que se encuentra dentro de la página web de la Unidad de Mujeres y Ciencia del MINECO <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec7da6901432ea0/?-vgnnextoid=e218c5aa16493210VgnVCM1000001d04140aRCRD>).

Respecto a la pertinencia, en los apartados anteriores se ha mencionado con detalle la manera de valorarla según el tipo de enfermedades. En este sentido, es relevante recordar la importancia de investigar desde el conocimiento y habilidades de que se parte; es decir, del área de conocimiento de las personas que investigan, pues la aplicación de la perspectiva de género en una investigación se suele adoptar a partir de los sistemas de género, que son un conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen los roles tradicionales masculino y femenino, y lo clásicamente atribuido a hombres y mujeres. Además, indican como una sociedad estructura las relaciones de género, y como las transmite a todos los ámbitos de la vida social, lo que hace en una dinámica social comprensiva que da prioridad y refuerza determinados resultados.

Los sistemas de género establecen tres niveles de observación desde los que se caracteriza al género: como base de los valores normativos (identidad social de género), como un componente de la identidad personal, y como un principio organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres).

La identidad social de género se constituye a partir de los patrones sociales asociados a características aparentes, corpóreas y visibles proyectadas sobre los grupos sociales, en concreto, el de las mujeres y los hombres. Responde a lo que se considera femenino y masculino en una sociedad. El género como componente de la identidad individual hace referencia al sentido que las personas tienen de sí

mismas frente a la identidad social, que son las categorizaciones de las personas efectuadas por los otros. El género también se puede entender como principio organizador de la estructura social mediante el cual las actividades de mujeres y hombres en una sociedad están segregadas en función de su sexo. La división sexual del trabajo debe entenderse no solo como un reparto de tareas, sino como un indicador (y producto) de las desigualdades sociales entre sexos. En este nivel de observación se incluyen los estudios sobre la posición de las mujeres y los hombres en las sociedades, el acceso a los recursos y la distribución de estos. Se incluyen los análisis que consideran el género como un criterio de estratificación social, como los relacionados con el trabajo reproductivo (cuidados y doméstico) y remunerado, la doble jornada o la segregación del mercado laboral. Destacan 3 escenarios en los cuales hay un reparto de tareas por sexo, mediante los cuales se pueden observar los efectos de la división sexual del trabajo: vida familiar-doméstica-personal o privada, vida profesional-laboral o pública, e interacción de ambas vidas, con sus implicaciones en la distribución del tiempo y la sobrecarga de trabajo.

Léase:

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.

Respecto al método, hay que hacer una llamada de atención sobre la influencia que en él tendrá la corriente teórica que se pretende utilizar, así como que consta de 2 fases: diseño y análisis. La influencia de la corriente teórica en la incorporación de la perspectiva de género en el diseño:

1. Desde el empirismo feminista se pretenderá la aplicación del método empírico en el diseño de la investigación, calculando el tamaño muestral de hombres y mujeres en los estudios de manera proporcional a la prevalencia de la enfermedad en cada sexo, o del porcentaje de mujeres y hombres

expuestos a factores de riesgo. También, el de mujeres y hombres consumidores de fármacos en los ensayos clínicos, o que recibirán una intervención con el fin de promocionar su salud en los ensayos de intervención comunitaria. En el análisis se valora como relevante la realización de los mismos estratificándolos en función del sexo; de tal manera que se aportan resultados para hombres y mujeres, lo suficientemente concretos para permitir la realización de un metaanálisis.

2. El punto de partida feminista (*feminist standpoint*), considera que a la perspectiva androcéntrica de la ciencia le falta la perspectiva de las mujeres, lo que tiene como consecuencia una mirada parcial de la realidad —la de los científicos—, cuando es necesaria una mirada más amplia de esta para complementar la ausencia de conocimiento de cómo es la situación de las mujeres. Tiene el valor de centrarse en la generación de hipótesis y objetivos de problemas sobre los cuales existe menos o nulo conocimiento, desde las preguntas y la perspectiva que se plantean las personas que las pueden padecer. Por ejemplo, existe menos conocimiento sobre los riesgos en el sector reproductivo (informal) que en el sector productivo remunerado (formal). En parte por ello, uno de los criterios que se han establecido para la incorporación de la perspectiva de género es la paridad en los equipos de investigación.
3. La aproximación de la que parte el feminismo posmoderno utiliza diversas teorías como la fenomenología, el psicoanálisis, etc., y hace énfasis en la realidad fragmentada. Desde esta perspectiva no es posible la generalización de los resultados. Por ejemplo, no es lo mismo la realidad de una mujer no caucásica con escasos recursos y con una discapacidad, que la de un hombre caucásico de clase social alta y anglosajón.

Léase a continuación el artículo publicado en la revista *Gaceta Sanitaria* y la *Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud* de la Escuela Andaluza de Salud Pública:

GARIÑO, María Dolores y cols. «¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?» *Gaceta Sanitaria* 2011; 25: 146-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200011

GARCÍA CALVENTE, María de Mar y cols. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 2013. Disponible en: <http://www.easp.es/project/guia-para-incorporar-la-perspectiva-de-genero-a-la-investigacion-en-salud/>

A continuación se presenta además, una versión traducida y adaptada de la lista de verificación de la aplicación de la perspectiva de género en investigación del proyecto Gendered Innovations: http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/health_med_checklist.html

6.1 Lista de comprobación en investigación sobre salud y medicina

Esta lista de comprobación pretende ser una ayuda para investigadoras e investigadores, escritores y escritoras de proyectos para solicitar subvenciones, personas que dirijan o evalúen proyectos y organizaciones de financiación que se ocupan de la salud y la medicina. Presenta los pasos clave para incorporar los análisis según sexo y desigualdades de género en la investigación biomédica y de ciencias de la salud. Como tal, se complementa y debe leerse junto con la metodología descrita en «Diseñando investigación en Biomedicina y Salud». <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/health.html>

Los recursos importantes al considerar el diseño de investigación incluyen: Oertelt-Prigione, Sabine *et al.*, *Sex and Gender aspects in clinical*; Schenck-Gustafsson *et al.*, *Handbook of Clinical Gender Medicine*; y, Vera, *Sex and Gender Differences in Pharmacology*. Recursos adicionales: curso en línea de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU.: *The Science of sex and gender in human Health*; el curso online sobre el currículum europeo en medicina desde la perspectiva de género.

1: Determinar la relevancia. Véase «Repensar las prioridades y los resultados de la investigación»: <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/priorities.html>

- Comprender las distinciones analíticas entre *sexo* y *género*.
- El sexo es probablemente relevante cuando un estudio involucra sujetos humanos, animales, tejidos o células. El género es probablemente relevante para los humanos y, en algunos casos, para los animales. Véase «Investigación animal», punto 4: <http://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies/animals.html#tabs-2>
- El sexo y el género también son importantes cuando el proyecto desarrolla o modifica las políticas de salud.
- El sexo y el género deben ser investigados antes de que puedan ser descartados. Consúltese «No considerar la diferencia según sexo como un problema» http://genderedinnovations.stanford.edu/terms/not_considering.html

No todas las diferencias por sexo o desigualdades de género son significativas. Véase «Sobre enfatizar las diferencias por sexo como un problema».

<http://genderedinnovations.stanford.edu/terms/overemphasizing.html>

- El género se reduce con menor facilidad que el sexo a variables independientes que pueden incluirse en un análisis estadístico, pero su poder explicativo puede ser enorme. Véase «Análisis de género». <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/gender.html>

2: Búsqueda de literatura

Es necesario hacer búsquedas bibliográficas y de bases de datos con los términos adecuados para *sexo* y *género*. MeSH (Medical Subject Headings) —el diccionario de sinónimos de vocabulario controlado de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. utilizado para indexar artículos para PubMed— no distingue consistentemente entre sexo y género (en gran parte porque los autores no lo hacen). Por lo tanto, las investigadoras e investigadores deben desarrollar estrategias de búsqueda para identificar toda la gama de diferencias según sexo y desigualdades de género previamente documentadas.

- Varios estudios sugieren combinar el nombre de una condición o tema de investigación biomédica con termas estandarizados MeSH, como «*sex factors*» y «*sex characteristics*» o palabras de texto, como «*gender-differences*» y «*sex-differences*». También se han desarrollado complejos términos de búsqueda que ofrecen mejores resultados que «sexo» o «género» solos (Oertelt-Prigione *et al.*, 2010; Moerman *et al.*, 2008).
- En la investigación básica de ciencias de la vida, es posible que se requieran términos de búsqueda relacionados con la distinción entre «*female/male*», tal como *sex steroid hormones*, *gonadal hormones*, *sex chromosomes*, *estrogens*, and *androgens or steroid receptors*.
- Se ha establecido una base de datos que incluye una encuesta según sexo y referencias relacionadas con el género en las principales disciplinas clínicas y la investigación básica biomédica. Véase <http://bioinformatics.charite.de/gender/>

(Este sitio web tiene dos indicaciones para el inicio de sesión: hay que ingresar como usuario: «sexo» y contraseña: «ppgm». En la segunda solicitud, hay que ingresar como usuario: «invitado» y contraseña: «invitado»). En la investigación básica en ciencias de la vida, también puede ser útil

utilizar términos de búsqueda relacionados con la distinción entre «female/male», como «sex hormones» o «reproductive biology».

- Se ha creado una herramienta que puede ayudar a identificar la investigación relacionada con el sexo y el género en la base de datos PubMed de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (Jenkins *et al.*, 2012).

3: Establecer preguntas e hipótesis de investigación. Véase «Formulación de preguntas de investigación»:

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

- Utilizando los resultados de los pasos 1 y 2, se tiene que considerar cómo el proyecto actual incluirá métodos de detección de diferencias según sexo y análisis de género. Consúltese «Repensar conceptos y teorías» http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/rethinking_concepts_theories.html
- El diseño del estudio debe permitir la recopilación de datos desagregados por sexo.
- Las poblaciones de estudio en humanos se pueden configurar de diferentes maneras según los tipos de preguntas que se deben realizar:

Estudios que incluyen a ambos sexos:

1. La población de estudio debería considerar la composición del grupo de pacientes cómo serán tratados con la terapia bajo investigación.
2. Hombres y mujeres deberían ser estratificados por condiciones tales como edad, raza/etnia, estatus socioeconómico, composición corporal, etc., y, si no es posible, estas variables deben ser medidas y controladas por ellas.
3. Analizar los factores que interactúan con el sexo y el género es crítico para prevenir pasar por alto las diferencias según sexo; así como prevenir sobre-enfatizar el sexo.

Estudios que incluyen solo mujeres:

1. Para estudiar enfermedades que solo afectan a ellas como el cáncer de ovario.
2. Para completar falta de conocimiento sobre una enfermedad que afecta a ambos sexos; como la enfermedad cardiovascular, en la cual las mujeres han sido infraestudiadas.

3. Para analizar diferencias entre mujeres, como las relacionadas con el estatus reproductivo, edad, etc.

Estudios que incluyen solo hombres:

1. Para estudiar enfermedades que solo afectan a ellos, como el cáncer de próstata.
2. Para completar la falta de conocimiento sobre una en un problema de salud que afecta a ambos sexos; tal como la osteoporosis, en la que los hombres han sido infraestudiados.
3. Como herramienta relevante para analizar diferencias entre hombres.

4: Establecimiento de métodos de investigación y planificación de análisis de datos. Véase «Diseño de investigación médica y biomédica»:

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

- Los instrumentos de investigación (cuestionarios, encuestas o protocolos, etc.) deben desarrollarse tanto para mujeres como para hombres, o para la condición de femenino y masculino. Consúltese «Repensar estándares y modelos de referencia». <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/standards.html>
- Los datos se pueden analizar de muchas maneras diferentes. Hay que aclarar si es necesario controlar por sexo, o si el estudio está investigando los efectos del sexo en los resultados.
- Un estudio que incluya tanto mujeres como hombres debe usar pruebas estadísticas para determinar la confianza con la que se pueden afirmar similitudes o diferencias.
- Hay que considerar las siguientes preguntas en el análisis de datos:
 1. ¿El tratamiento tiene un balance favorable de beneficios y riesgos en una población general mixta respecto al sexo?
 2. ¿Es el tratamiento efectivo y lo suficientemente seguro como para ser indicado en mujeres y hombres?
 3. ¿Hay diferencias según sexo en el efecto?; es decir, si el tratamiento es más efectivo o más seguro en un solo sexo.

4. ¿Las diferencias entre las opciones de tratamiento existentes entre mujeres y hombres hacen que el tratamiento propuesto sea más importante para un sexo?
- Si la población de estudio coincide con la edad, el estado reproductivo, el origen étnico, etc., ¿el estudio tiene suficiente potencia para el análisis por subgrupos? ¿Se puede evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento en subpoblaciones específicas? Si es así, ¿estas subpoblaciones se definen de manera consistente para garantizar la práctica clínica basada en la evidencia?

5: interpretación de datos a través de conceptos y modelos teóricos

- Analizar todos los conceptos y modelos teóricos que se basan en suposiciones infundadas. Consúltese «Repensar conceptos y teorías» http://genderinnovations.stanford.edu/methods/rethinking_concepts_theories.html
- Los estudios deben tener cuidado de no:
 - Suponer que los hallazgos en un sexo se aplican al otro.
 - Crear una norma no representativa, como asumir una norma masculina para una enfermedad que afecta a ambos sexos o una tecnología utilizada igualmente tanto para mujeres como para hombres. Consúltese «Repensar estándares y modelos de referencia». <http://genderinnovations.stanford.edu/methods/standards.html>
 - Patologizar procesos biológicos normales, como el embarazo o la menopausia.
 - Interpretar los resultados de forma ciega al sexo y/o género.

6: Información a incorporar en los resultados. Véase «Análisis por sexo»: <http://genderinnovations.stanford.edu/methods/sex.html>

- Información relacionada con el sexo de los/las sujetos y/o materiales de investigación.
- Información sobre hallazgos nulos. Los/las investigadores/as deben informar cuando las diferencias por sexo (efectos principales o de interacción) no se detectan en sus análisis para reducir el sesgo de publicación y permitir el metaanálisis.

- Verificación que las diferencias por sexo o de género se visualicen correctamente en las tablas, figuras y conclusiones (consúltase «Repensar el lenguaje y las representaciones visuales» <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/language.html>)
- Verificación que los hallazgos relacionados con el sexo y el género se presenten correctamente en el título, el resumen y las palabras clave.

7: Establecer conclusiones y hacer recomendaciones

- Cuando los resultados muestran diferencias significativas por sexo y efectos de género, ¿qué investigaciones de seguimiento son necesarias?
- ¿Los resultados tienen implicaciones específicas para pacientes mujeres y hombres? ¿Estas diferencias tienen implicaciones para la práctica clínica o la investigación futura?
- ¿Cómo pueden los resultados que muestran diferencias significativas por sexo o de género traducirse en prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas para mejorar los resultados de los/las pacientes?

07. RECURSOS PEDAGÓGICOS

- eGender platform (Alemania): <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 (Canadá): <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 (Unión Europea): <https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb6faaf8dec8>
- The Center for Gender Medicine (CfGM) en el Karolinska Institutet (Suecia): <http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine>
- Institute of Gender and Health (IGH) de Canadian Institutes of Health Research (Canadá): <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48641.html>
- Gendered innovations: http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm

08. PARA PROFUNDIZAR

8.1 Bibliografía

JENKINS, Margorie y 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 y 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 (de este artículo adaptamos la lista de comprobación).

MOERMAN, Clara; DEURENBERG, Rikie y HAAFKENS, Joke (2009). «Locating Sex-Specific Evidence on Clinical Questions», en *MEDLINE: A Search Filter for Us on OvidSP. BioMed Central Medicine Medical Research Methodology*; 9 (25).

ORTEL-T-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.

ORTEL-T-PRIGIONE, Sabine y 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 y PISETSKY, David (eds.) (2012). *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel: Karger.

También existen normas de incorporación de la perspectiva de género en las publicaciones científicas. Véase: <http://genderinnovations.stanford.edu/sex-and-gender-analysis-policies-peer-reviewed-journals.html>. Muy recomendables las «Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use», publicadas por Shirin Heidari y cols. en *Research Integrity and Peer Review* (2016) 1:2.

En España, la revista *Gaceta Sanitaria* dio un paso adelante sobre este tema y publicó un editorial bajo el título «Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante» *Gac. Sanit.* 2015; 29:161-3, las recomendaciones siguientes:

Recomendaciones para tener en cuenta el sexo y género en la publicación científica

Sección	Recomendación
Autoría	Debe figurar el nombre entero de cada persona autora para poder conocer el sexo de los autores y las autoras.
Terminología y lenguaje	Utilizar terminología correcta sin confundir los términos «sexo» (que se refiere a diferencias biológicas) y «género» (que se refiere a desigualdades sociales). Utilizar un lenguaje no sexista.
Título y resumen	Si solo se incluye población de un sexo es necesario especificarlo en el título y en el resumen.
Introducción	Es necesario incluir una reflexión sobre las diferencias de sexo o las desigualdades de género que se espera encontrar (si es apropiado) Si el estudio se centra en uno de los sexos, cabe justificar el interés de esta elección.
Métodos	Explicar cómo el sexo/género se ha tenido en cuenta en el diseño del estudio. Asegurar que haya muestra suficiente tanto de hombres como de mujeres, y dar a conocer los casos perdidos según sexo. Si el estudio analiza los datos para los dos sexos conjuntamente, cabe justificar el interés de hacerlo así. Hay que hacer el análisis estratificado por sexo siempre que los patrones de asociación de las variables predictoras con las dependientes difieran según el sexo.
Resultados	Hay que mostrar los resultados estratificados por sexo (si procede). En las revisiones, se tienen que analizar separadamente los resultados de hombres y mujeres para facilitar el metaanálisis. Se deben tener en cuenta las interacciones que permiten determinar las diferencias por sexo o desigualdades de género.

Discusión	<p>Se deben comentar las implicaciones del análisis de la comparación entre sexos o según el género.</p> <p>Si este análisis no se ha podido hacer, comentar las limitaciones.</p>
-----------	--

Algunos artículos para visualizar cómo se aplica la perspectiva de género en investigación de los que ha partido la información de este documento:

BLASCO-BLASCO, María de Mar; RUIZ-CANTERO, María Teresa y cols. (2017). «Sex and Gender Interactions in the Lives of Patients with Spondyloarthritis in Spain: A Quantitative-qualitative Study». *J. Rheumatol*; 44: 1429-35.

JOVANI, Vega; BLASCO-BLASCO, María de Mar; RUIZ-CANTERO, María Teresa y 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 Y CAIRO, Lucero Aida; CASTRO-VASQUEZ, María de Carmen y RUIZ-CANTERO, María Teresa (2016). «Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres del Norte de México». *Salud Pub Mex*; 58: 428-36.

GARCÍA-CALVENTE, María de Mar; RUIZ-CANTERO, María Teresa y 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 y RUIZ-CANTERO, María Teresa (2014). «Oportunidad de integración en la perspectiva de género en investigación e innovación en salud en Europa: red COSTE genderSTE». *Gac. Sanit.*; 28: 401-4.

RUIZ-CANTERO, María Teresa y cols. (2007). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research». *J Epidemiol and Community Health*, 61: ii46-ii53.

RUIZ-CANTERO, María Teresa y 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 de Mar; CASTAÑO LÓPEZ, Esther; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada; MAROTO-NAVARRÉS, Gracia y RUIZ-CANTERO, María Teresa (2007). «A tool to analyse gender mainstreaming and care-giving models in support planes for informal care: case studies in Andalusia and the United Kingdom». *J Epidemiol and Community Health*, 61: ii32-ii38.

- RUIZ-CANTERO, María Teresa y 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 y 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, Sura; RUIZ, María Teresa y 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 y VERDÚ-DELGADO, María (2004). «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico». *Gac. Sanit.*; 18(supl 1): 118-25.
- RUIZ, María Teresa y VERBRUGGE, Lois M. (1997). «A two view of genderbias in Medicine». *J Epidemiol and Community Health*, 51: 106-9.

En ciencias de la salud, a pesar de que los conceptos sexo y género aluden a realidades diferentes, con frecuencia se confunden. Además, los sesgos de género en el conocimiento médico, la gestión clínica y los servicios de salud responden a suposiciones incorrectas.

La *Guía para una docencia universitaria con perspectiva de género de Medicina* ofrece propuestas, ejemplos de buenas prácticas, recursos docentes y herramientas de consulta que permiten incorporar un enfoque de género en los estudios universitarios en ciencias de la salud y formar a profesionales en esta disciplina competentes en materia de género.



Consulta las guías de otras disciplinas en 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.