

## Artículo especial

# Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España



María Teresa Ruiz-Cantero<sup>a,b</sup>, Concepción Tomás-Aznar<sup>c</sup>, María José Rodríguez-Jaume<sup>d</sup>, Eulalia Pérez-Sedeño<sup>e</sup> y Ángel Gasch-Gallén<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Alicante, España

<sup>c</sup> Departamento de Fisiología y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Departamento de Sociología I, Universidad de Alicante, Alicante, España

<sup>e</sup> Departamento de Ciencia, Tecnología y Sociedad, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 27 de diciembre de 2017

Aceptado el 23 de marzo de 2018

On-line el 18 de julio de 2018

### Palabras clave:

Género  
Educación  
Ciencias de la salud  
Sesgos de género  
Currículum  
Desigualdades en salud

### Keywords:

Gender  
Education  
Health sciences  
Gender biases  
Curricula  
Health inequalities

## R E S U M E N

**Objetivo:** Analizar experiencias y lecciones aprendidas de la incorporación de la perspectiva de género en titulaciones de ciencias de la salud en el ámbito internacional.

**Método:** Revisión bibliográfica de tipo narrativo sin límite de fechas. Palabras clave: “curricula”, “medical education”, “nursing education”, “health science”, “gender education”, “gender medicine” y “gender health issues”. Se identificaron otros artículos en bola de nieve partiendo de los detectados en la revisión.

**Resultados:** Los contenidos sobre sexo-género aparecen en los resultados de aprendizaje y en la evaluación. Aprendizaje basado en debatir innovaciones y aplicaciones asistenciales sobre cuestiones de sexo-género. Resistencias: escepticismo como ejercicio académico útil. Falta de tiempo para formación del profesorado y dificultad de concreción por diversidad de contenidos. Sobrecarga del currículo. La idea de tratarse de temas exclusivamente de mujeres. Dificultades para implementar políticas de cambio en los centros derivadas de la dificultad de identificar sesgos de género ante las autoridades académicas.

**Conclusiones:** Las claves de la incorporación de la perspectiva de género en los títulos universitarios radican en los niveles políticos, organizativos y de cambio cultural, y en el profesorado. Existen factores facilitadores y barreras individuales e interpersonales. Es imprescindible el nivel organizativo con el apoyo institucional mediante normas que «obliguen» a incorporar esta perspectiva y asegurar su sostenibilidad.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Gender agenda in health sciences education: international experiences to reduce time in Spain

### A B S T R A C T

**Objective:** To analyse experiences and lessons learned in the process of incorporating gender perspective into health sciences degrees in the international arena.

**Method:** Narrative literature review with no date limit. Keywords “curricula”, “medical education”, “nursing education”, “health science”, “gender education”, “gender medicine” and “gender health issues”. Other articles were snowballed from those identified in the review.

**Results:** Content on sex-gender appears in learning outcomes and evaluation. Learning based on discussing innovations and assistive applications on gender issues. Resistance: scepticism as a useful academic exercise; lack of time for teacher training and difficulty in finding concrete solutions, due to the diversity of contents; Curriculum overload; the idea of dealing exclusively with women’s issues. Difficulties in implementing change policies in centres arising from the difficulty in identifying and presenting gender biases to academic authorities.

**Conclusions:** The key to gender mainstreaming in university degrees lies at the level of political, organizational and cultural change, as well as at faculty level. There are facilitating factors and individual and interpersonal barriers; the organizational level is essential with institutional support through norms that enforce the incorporation of this perspective and ensure its sustainability.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [angelgash@unizar.es](mailto:angelgash@unizar.es) (A. Gasch-Gallén).

## Introducción

Cuando en los años 1990 se publicaron los primeros artículos sobre sesgos de género en la atención sanitaria, entendidos como la diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, cuyo impacto puede ser positivo, negativo o neutro para la salud<sup>1</sup>, se argumentaba que las desigualdades derivadas en perjuicio de las mujeres se debían al desconocimiento de las diferencias por sexo en las enfermedades y la respuesta a los tratamientos. La literatura científica sobre este reto profesional es amplia un cuarto de siglo después, y aun así persisten los sesgos de género en la atención sanitaria. La Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (3/2007)<sup>2</sup> establece el fomento de la investigación sobre el significado y el alcance de la igualdad entre mujeres y hombres, y su inclusión en los planes de estudio.

Para facilitar el recorrido por hacer en las universidades españolas, el objetivo de este artículo es analizar las experiencias y el contexto de incorporación de la perspectiva de género en las titulaciones de ciencias de la salud en el ámbito internacional, la identificación de factores facilitadores y de barreras individuales, interpersonales y organizativas, y las lecciones aprendidas. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativo sin límite de fechas, a partir de las palabras clave “currícula”, “medical education”, “nursing education”, “health science”, “gender education”, “gender medicine” y “gender health issues”. Se identificaron otros artículos en bola de nieve partiendo de los detectados en la revisión.

## Sexo-género: diferencias, desigualdades e interacciones

Los conceptos de sexo y género son distintos, pero frecuentemente aparecen intercambiados en la literatura científica. El sexo se basa en configuraciones cromosómicas y procesos fisiológicos relativos a los seres sexuados, y aunque la configuración cromosómica es compleja (con variantes como solo un cromosoma o la combinación de más de dos), los análisis para determinar las diferencias en salud/enfermedad por sexo tratan esta variable como dicotómica. El género se define como una construcción sociocultural y política que determina las relaciones interpersonales, otorgando beneficios y acceso a recursos, como los sanitarios, a quienes están en posiciones más elevadas de una jerarquía de género<sup>3</sup>. El género como categoría de análisis se trata como variable continua, pues comprende características conductuales, culturales y políticas que se expresan en un rango de puntuaciones distintas (o iguales) de acuerdo con las identidades construidas, tanto si la persona se declara hombre como si se declara mujer.

Los comportamientos de mujeres y hombres, determinados por estereotipos incorporados durante la socialización, tienen impacto en el cuerpo (células, hormonas y órganos), y a su vez el cuerpo condiciona dichos comportamientos<sup>4</sup>. Esta interacción sexo-género produce diferencias en la expresión de los estados de salud y enfermedad<sup>5</sup>. Además, la diversidad en las formas de expresar y vivir los estados de salud y enfermedad no siempre es acorde con los estándares asociados a los estereotipos de masculinidad y feminidad. Sin embargo, pese al dinamismo y la flexibilidad de la identidad subjetiva de género, entendida como la autopercepción de cada persona en cuanto a su género, que puede coincidir o no con sus características sexuales, el modelo heterosexual impuso una estructura binaria (hombre/mujer) que por su reduccionismo influye en la salud<sup>3,6</sup>.

## Relevancia de la perspectiva de género en las materias básicas y clínicas de ciencias de la salud

La revista *Biology of Sex Differences* destacó que, siendo el sexo una variable fundamental de la fisiología humana, rara vez se considera en el diseño de estudios fisiológicos básicos. Critica la contradicción científica que supone que el sexo del material experimental sea frecuentemente ignorado en la era de la genómica y la atención a la salud personalizada<sup>7</sup>.

Los estudios epidemiológicos han identificado sistemáticamente diferencias en la frecuencia de las enfermedades entre sexos. Las diferencias fisiopatológicas son básicas para clasificar las enfermedades en tres categorías: 1) mayor prevalencia en un sexo; 2) diferencias en edad de inicio, sintomatología (como el infarto), respuesta al tratamiento o pronóstico entre ambos sexos; y 3) únicas de un sexo (asociadas con la reproducción). Por tanto, la relevancia de la incorporación de la interacción sexo-género radica en que las diferencias sexuales y las desigualdades de género, y en concreto los sesgos de género en la atención sanitaria, tienen un papel importante en la fisiopatología, el cuadro clínico, las complicaciones y la terapéutica (tabla 1).

La falta de currículum con perspectiva de género influye en los sistemas de cuidados de salud de enfermería, creando profesionales con experiencia, conocimientos y formas de actuación profundamente tamizados por la estructura de género. El sesgo de género en el diagnóstico enfermero se debate por la utilización de las etiquetas de la North American Nursing Diagnosis Association, que estandariza dichos diagnósticos, y por su visión androcéntrica que subordina y estereotipa las situaciones de salud de las mujeres<sup>8</sup>, lo que repercute en los planes de cuidados. En la atención domiciliaria, por ejemplo, las enfermeras esperan que las mujeres tomen el rol de cuidadoras, desaprobando a aquellas no comprometidas, pero asumiendo que las decisiones significativas del hogar serán tomadas por los hombres, que quedan eximidos de la responsabilidad de los cuidados<sup>9</sup>.

Por la formación recibida para identificar y solucionar problemas de salud y cuidar pacientes, los/las profesionales pueden perpetuar las desigualdades de género en la atención sanitaria dentro de una pretendida asepsia, al no considerar la evidencia de diferencias entre hombres y mujeres en la expresión de la enfermedad, o interpretar los mismos síntomas y signos de forma diferente según el sexo de quienes los padecen<sup>6</sup>. Tampoco se incorpora en la educación de las disciplinas sanitarias cómo las imposiciones del sistema sexo-género influyen en la salud-enfermedad-atención ante la diversidad afectivo-sexual y de género<sup>10</sup>. El desarrollo curricular tiene un reto conceptual derivado de la visión patriarcal y el androcentrismo en las ciencias de la salud, para preparar profesionales que desarrollen estrategias para afrontar las desigualdades en salud relacionadas con el sistema sexo-género<sup>11</sup>.

## Institucionalización de la perspectiva de género en las ciencias de la salud

Algunas universidades de diversos países se plantearon el significado de ser profesional competente en género para incorporar esta perspectiva en sus programas docentes. Sintetizando, es un/a profesional que: 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 su función de defensa para la eliminación de situaciones de vulnerabilidad<sup>7</sup>.

**Tabla 1**  
Enfermedades seleccionadas según especialidades que muestran la conveniencia de incorporar la perspectiva de género en la docencia universitaria en medicina

| Especialidad                    | Enfermedades frecuentes  | Características relevantes sobre diferencias según sexo o desigualdades de género  |
|---------------------------------|--|--|
| Nefrología                      | Enfermedad renal crónica   | Diferencia por sexo en la estructura del riñón y el tracto urinario, en la hemodinámica sistémica o glomerular, en los efectos celulares directos de las hormonas sexuales y en el consumo de proteínas y calorías<br>Las mujeres con enfermedad renal no diabética experimentan una progresión más lenta de la enfermedad renal crónica. El efecto renoprotector del sexo femenino en la enfermedad renal no diabética parece independiente de la presión sanguínea y de los valores del colesterol sérico. No obstante, el sexo femenino no parece proteger al riñón diabético   |
|                                 | Enfermedad renal en etapa final                                      | Menor probabilidad de que las fístulas arteriovenosas se utilicen para la diálisis en mujeres que en hombres, por la creencia de que las mujeres en hemodiálisis tienen vasos de menor calibre que los hombres. Sin embargo, los diámetros de las venas no difieren y los diámetros arteriales son más pequeños solo en los antebrazos distales de las mujeres, pero suficientes para la realización exitosa de la fístula. Las mujeres son más donantes de riñón y menos receptoras de este órgano  |
| Reumatología                    | Enfermedades reumáticas autoinmunitarias                             | Más frecuentes en mujeres que en hombres<br>Existe un retraso diagnóstico significativo en las mujeres en comparación con los hombres  |
|                                 | Lupus eritematoso sistémico  | Más frecuente en mujeres en edad reproductiva que en hombres (9:1). Sin embargo, estos tienen mayor mortalidad que las mujeres   |
|                                 | Esclerosis múltiple  | Diferencia notable en la ratio mujer/hombre (en las poblaciones occidentales 4,3:1). La ratio parece estar aumentando con el tiempo  |
| Gastroenterología y hepatología | Artritis reumatoide  | Distribución 3-4:1 en mujeres y hombres. Se ve afectada por cambios hormonales (p. ej., durante el embarazo)<br>Los hombres se benefician más de las terapias dirigidas contra el factor de necrosis tumoral que las mujeres, con mayores tasas de remisión  |
|                                 | Enfermedades autoinmunitarias  | Las mujeres se ven más afectadas (hepatitis autoinmunitaria y cirrosis biliar primaria)  |
|                                 | Enfermedades infecciosas   | Uso de drogas intravenosas como factor de riesgo más alto para virus de la hepatitis B y C en mujeres (aumento de la prevalencia de intercambio de agujas y equipos, y de las relaciones sexuales de sus parejas)  |
|                                 | Enfermedades mecánicas: reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo | Factores biológicos (hormonas sexuales) que parecen perjudicar más a las mujeres<br>Las mujeres son más propensas a padecer el reflujo no erosivo en comparación con el erosivo y el esófago de Barrett<br>Las mujeres reportan una calidad de vida significativamente peor en los reflujo erosivos y el esófago de Barrett que los hombres  |
| Endocrinología                  | Enfermedades funcionales: síndrome del intestino irritable           | Razón mujer/hombre 2:1.<br>Las diferencias por sexo no se miden con facilidad, debido a que la mayoría de los estudios no incluyen suficientes hombres<br>Confusión del síndrome del intestino irritable con lo que será diagnosticado como enfermedad inflamatoria intestinal   |
|                                 | Osteoporosis y enfermedades relacionadas con estilos de vida         | Frecuentes en mujeres en la posmenopausia<br>Los hombres pueden estar infradiagnosticados<br>Mayor riesgo de mortalidad tras fracturas de cadera en hombres<br>Determinantes del estado de salud a incluir por diferencias entre sexos y por relevancia desde la perspectiva de género: resistencia a la insulina y secreción de células beta; apetito y ganancia de peso; estructura ósea y osteoporosis  |
| Neurología                      | Enfermedades neurológicas inflamatorias                              | Más común en las mujeres (2-3:1).<br>Los hombres padecen con mayor frecuencia la forma progresiva, a edades más avanzadas y con peor pronóstico  |
|                                 | Enfermedades neurológicas degenerativas                              | Unida en mujeres a enfermedades autoinmunitarias (tiroiditis de Hashimoto y artritis reumatoide)<br>Mayor prevalencia de demencia en las mujeres<br>Se detecta antes en hombres por edades de inicio cercanas a la jubilación y los problemas de memoria que aparecen, aumentando la demanda sanitaria   |
|                                 | Derrame cerebral   | Enfermedad de Parkinson: incidencia 1,5 veces mayor en hombres<br>En Alzheimer y Parkinson las mujeres presentan síntomas depresivos con mayor frecuencia<br>Mueren más mujeres que hombres<br>Protección frente a accidente cerebrovascular en mujeres solo en etapa fértil<br>Datos limitados sobre diferencias por sexo de factores de riesgo cardiovascular, tiempos de tratamiento y resultados   |
| Cardiología                     | Enfermedad isquémica crónica del corazón                             | Tendencias accidente cerebrovascular: mujeres mayores, más historia de fibrilación auricular o enfermedad arterial coronaria, situaciones más graves y peor resultado funcional<br>En mujeres mayores y con diabetes mellitus tipo 2 como factor de riesgo<br>Factores genéticos diferentes por sexo<br>Las diferencias fisiopatológicas de la arteria coronaria (en casos de enfermedad no obstructiva) producen diferentes enfoques diagnósticos y terapéuticos<br>Las ecografías son válidas en ambos sexos, pero el electrocardiograma de esfuerzo es engañoso en las mujeres  |
|                                 | Enfermedades por insuficiencia cardíaca                              | Mujeres infradiagnosticadas y con retraso<br>Más frecuentes en mujeres, habitualmente con función sistólica normal o insuficiencia cardíaca diastólica; los hombres insuficiencia cardíaca sistólica<br>Cardiomiopatía de Tako-Tsubo casi exclusivamente en mujeres, precedida por estrés psicológico<br>Las mujeres con insuficiencia cardíaca reciben tratamientos menos invasivos, dispositivos y trasplantes que los hombres. Solo el 25% de los trasplantes de corazón se hacen en mujeres, aunque la tasa de supervivencia es similar en ambos sexos<br>Diferencias por sexo en farmacocinética (mayores efectos adversos en mujeres con el uso de betabloqueantes y diuréticos) |

Tabla 1 (continuación)

| Especialidad | Enfermedades frecuentes                          | Características relevantes sobre diferencias según sexo o desigualdades de género   |
|--------------|--|---|
|              | Infarto agudo de miocardio                       | Mortalidad similar<br>Síntomas diferenciales: las mujeres más variedad<br>Mayor probabilidad de muerte súbita isquémica en los hombres  |
|              | Factores de riesgo cardiovascular                | Estrés social como principal determinante de reinfarcto después del primer infarto en mujeres<br>Necesidad de manejo en las mujeres en función de los nuevos factores de riesgo, fisiopatología y formas de presentación, específicas y diferentes de las de los hombres<br>Se destacan factores asociados a los estereotipos de género; las mujeres han demostrado un mayor retraso en la búsqueda de atención sanitaria, teniendo en cuenta las influencias socioculturales y los estilos de vida |
| Neumología   | Enfermedades alérgicas de las vías respiratorias | Se discuten nuevos algoritmos de clasificación y actuación en las mujeres<br>Diferencias por sexo en personas mayores en cuanto a síntomas, patrón obstructivo y potencial alérgico subyacente  |
|              | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica          | Aumento de la prevalencia del tabaquismo en mujeres y mayor sensibilidad para la toxicidad del tabaco   |
|              | Cáncer de pulmón                                 | También diferencias en el tratamiento farmacológico y la respuesta a este<br>Aumento de la prevalencia en mujeres por cambios estilos de vida y tabaco; las campañas preventivas de momento tienen poco enfoque de género   |

Fuente de información: contenidos traducidos y sintetizados de la web de The Institute of Gender in Medicine (GIM) - Charité University Medicine (Berlín): <http://egender.charite.de>

La incorporación de la perspectiva de género en los estudios de grado y posgrado supone revisar sus competencias, contenidos y resultados de aprendizaje, y la evaluación de todas las materias; lo que en innovación docente se denomina «transversalización de la perspectiva de género». Las claves de su incorporación radican en los niveles políticos, organizativos y de cambio cultural, y en el profesorado.

Las competencias de género se impulsaron en universidades como Chapel Hill, Clínica Mayo y John Hopkins. La Organización Mundial de la Salud desarrolló un currículo para capacitar instituciones para un entrenamiento apropiado en género, y en derechos y salud, mediante evidencia científica, desarrollo político y prestación de servicios. En 2006 estimuló una declaración de consenso sobre género y educación médica<sup>12</sup>.

En 2015 se mostraron los avances sustanciales en el *Sex and Gender Medical Education Summit*, al que acudieron 111 universidades de todo el mundo. Crearon una hoja de ruta para incorporar conocimientos sobre las diferencias por sexo en el proceso de salud-enfermedad, partiendo de describir las enfermedades por sexo, explicitar el diagnóstico diferencial y las interacciones sexo/género, y su impacto en las desigualdades de género en salud<sup>4</sup>. Esta experiencia internacional no ha trascendido formalmente en España, donde salvo alguna asignatura optativa de género y salud, en buena parte con el impulso de institutos universitarios de estudios de las mujeres, la experiencia de incorporación transversal no ha repercutido.

### Lecciones aprendidas del ámbito internacional: facilitadores y resistencias

Entre los factores facilitadores se ha mostrado la utilidad de incorporar temas de sexo-género en los primeros cursos y estudios de casos en las materias<sup>7</sup>. Los contenidos sobre sexo-género deben aparecer en los resultados de aprendizaje y en la evaluación. En las prácticas clínicas se deben compartir experiencias y debatir innovaciones y aplicaciones asistenciales sobre cuestiones de género<sup>13</sup>. El apoyo institucional es imprescindible en el ámbito organizativo para asegurar la sostenibilidad de la perspectiva de género en el

título<sup>11</sup>, mediante normas que «obliguen» a incorporar esta perspectiva, y deben desarrollarse guías nacionales para su inclusión en los diferentes niveles educativos<sup>14</sup>.

Por sus útiles resultados, para comenzar la incorporación de la perspectiva de género hay que: a) desarrollar de tres a cinco estudios de casos fáciles en los que sea relevante la perspectiva de género; b) facilitar la participación del alumnado; c) revisar documentos y literatura científica; d) incluir el género en un 10% de las preguntas de examen; y e) participar en la comisión de elaboración del currículo. Además, debe crearse un clima cooperativo, estimular la participación de los cargos de la organización, desarrollar recursos humanos que estén a disposición (bolsa de trabajo de profesionales formados en perspectiva de género dentro de la universidad), e identificar liderazgos o agentes de cambio para las decisiones relacionadas con el género a implantar en los estudios. La *tabla 2* propone estrategias educativas, herramientas docentes e información sobre recursos accesibles para aplicar conceptos sobre enfoque de género en ciencias de la salud.

A la perspectiva de género se le presentan múltiples resistencias, al ser escasamente aceptada como un ejercicio académico útil. El profesorado plantea una falta de tiempo para su formación y la dificultad de concreción por la diversidad de contenidos relacionados con el binomio sexo-género<sup>15</sup>. La carencia de sensibilidad ante esta perspectiva y la falta de habilidades, el no disponer de guías clínicas y la sobrecarga de trabajo son barreras en la formación práctica. Desde el escepticismo se alude a la típica justificación de que otras situaciones clínicas requieren mayor atención<sup>13</sup>. La constante equiparación de los conceptos de sexo y género en la formación, la idea de que se trata de temas exclusivamente relacionados con las mujeres, y las dificultades para identificar o evidenciar sesgos de género ante las autoridades académicas impiden implementar políticas de cambio en las facultades. Organizativamente, se argumenta una sobrecarga en el currículo y una oposición a cambiar la enseñanza tradicional por las nuevas aproximaciones necesarias para integrar conceptos de género en sus enseñanzas, como la del aprendizaje mediante problemas, herramienta que facilita la introducción del contexto de género<sup>14</sup>.

**Tabla 2**

Estrategias educativas, herramientas docentes e instituciones profesionales para la incorporación del enfoque de género en las titulaciones de ciencias de la salud

| Referencia   | Aportación principal (país) y descripción  |
|--|--|
| <i>Evaluación de la incorporación del enfoque de género y el diseño de guías docentes: sensibilidad, objetivos, competencias y resultados de aprendizaje</i><br>Zelek B. Gender sensitivity in medical curricula. Can Med Assoc J. 1997;156:1297-300.  | Directrices para evaluar la sensibilidad de género en el currículo de medicina (Canadá)<br>Sirve de guía para valorar su aplicación tanto en los contenidos como en el lenguaje y en el proceso de enseñanza-aprendizaje   |
| Phillips SP. Evaluating women's health and gender. Am J Obstet Gynecol. 2002;187:S22-4.  | Metas y objetivos en salud de las mujeres y temas de género (Canadá)<br>Metas y objetivos, y cómo comprobar su consecución, incluyendo enfermedades específicas, análisis con enfoque de género de las evidencias científicas, actitudes y capacidades   |
| Verdonk P. Making a gender difference: case studies of gender mainstreaming in medical education. Med Teach. 2008;30:e194-201.   | Objetivos a tener en cuenta para valorar el éxito al implementar el género en el currículo de medicina (Holanda)<br>Objetivos que indican una implementación exitosa de temas de género en el currículo de medicina  |
| Tenglein E. Discourses with potential to disrupt traditional nursing education: nursing teachers' talk about norm-critical competence. Nurs Inq. 2017;24:e12166.   | Capacitación en perspectiva de género para el profesorado de enfermería (Suecia)<br>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 dicha perspectiva en su enseñanza  |
| <i>Técnicas didácticas, materiales y evaluación</i>  |  |
| Miller VM. Integrating topics of sex and gender into medical curricula – lessons from the international community. Biol Sex Differ. 2016;7 (Suppl 1):44.   | Recursos para el desarrollo del currículo en perspectiva sexo-género (EE.UU.)<br>Libros de texto y artículos que describen diseños metodológicos experimentales para incorporar la perspectiva sexo-género en las titulaciones de ciencias de la salud   |
| Michela NJ. Feminist learning strategies in health professions education. Virtual Mentor. 2014;16:192-5.   | Estrategias docentes desde un enfoque feminista para ciencias de la salud (EE.UU.)<br>Aprendizaje cooperativo, estudios de casos, grupos reducidos   |
| Lamont E. Understanding the art of feminist pedagogy: facilitating interpersonal skills learning for nurses. Nurse Educ Today. 2014;34:679-82  | Estrategias docentes desde un enfoque feminista aplicado a enfermería (Reino Unido)<br>Aprendizaje de competencias interpersonales y aplicación en el primer curso de la titulación  |
| <i>Instituciones profesionales con recursos accesibles para investigación y educación</i>  |  |
| eGender platform (Alemania)<br><a href="http://egender.charite.de">http://egender.charite.de</a> (requiere registro gratuito)  | Plataforma con módulos formativos independientes sobre diferencias por sexo y género, y habilidades de comunicación, para facilitar la toma de decisiones por parte de profesionales de la salud<br>Acceso a documentos de <i>The Sex and Gender Medical Education Summit</i> (2015)   |
| The Sex and Gender Medical Education Summit (USA)<br><a href="http://www.sgbmeducationssummit.org">http://www.sgbmeducationssummit.org</a>   |  |
| The Sex and Gender Women's Health Collaborative (USA)<br><a href="http://www.sgwhc.org">www.sgwhc.org</a> (Every cell has a sex, and all bodies are influenced by gender)  | Centrado en la competencia sexo-género en los cuidados a las mujeres<br>Ofrece materiales específicos de sexo y género para adaptar en la educación y en la práctica clínica   |
| The Gender Awakening Tool (Canadá)<br><a href="http://www.cwhn.ca/en/node/43342">http://www.cwhn.ca/en/node/43342</a>  | Recursos para la inclusión de la perspectiva de género en la investigación<br>Casos en los 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 listas de comprobación para cada paso del proceso de investigación) |
| Sex and Gender in Systematic Reviews: Planning Tool (USA)<br><a href="http://methods.cochrane.org/equity/sex-and-gender-analysis">http://methods.cochrane.org/equity/sex-and-gender-analysis</a>   |  |
| Toolkit Gender in EU Funded Research (Unión Europea)<br><a href="https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb6faaf8dec8">https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb6faaf8dec8</a>  |  |
| The Center for Gender Medicine (CfGM), Karolinska Institutet (Suecia)<br><a href="http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine">http://ki.se/en/research/centre-for-gender-medicine</a><br>Institute of Gender and Health (IGH), Canadian Institutes of Health Research (Canadá)<br><a href="http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48641.html">http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48641.html</a> | Primera institución europea con cursos web sobre salud y enfermedad con perspectiva de género<br>Instituto dependiente del Gobierno de Canadá, con acceso a solicitud de fondos para investigación, seminarios, vídeos y módulos de capacitación <i>on-line</i>  |
| Online Continuing Medical Education and Certificate Program in Sex and Gender Specific Health, Texas Tech University Health Sciences Center (USA)<br><a href="http://www.laurabushinstitute.org/cme/default.aspx">http://www.laurabushinstitute.org/cme/default.aspx</a>   | Programa de certificación para graduados/as en medicina, enfermería, farmacia y otras ciencias de la salud   |
| Sex and gender specific health, Texas Tech University Health Sciences Center (USA)<br><a href="https://www.sexandgenderhealth.org/">https://www.sexandgenderhealth.org/</a>  | Repositorio interprofesional y lugar de encuentro para debates sobre la contribución de sexo y género a la atención a la salud personalizada   |
| Gender innovations, Stanford University<br><a href="https://genderinnovations.stanford.edu">https://genderinnovations.stanford.edu</a>   | Aplicación del enfoque de género en la investigación e innovación científicas, en ciencias de la salud y en otras disciplinas  |

## Conclusiones

Sea por los antecedentes androcéntricos históricos de las disciplinas en ciencias de la salud, o por las resistencias a la evidencia de la necesidad de incorporar este enfoque en las titulaciones (ceguera de género), existen barreras individuales e interpersonales que conducen a la existencia de sesgos de género en la docencia y en el proceso asistencial. La universidad cuenta con factores facilitadores para incorporar la perspectiva de género desde los niveles políticos y organizativos, mediante normas que «obliguen» a incorporar esta perspectiva y asegurar su sostenibilidad. Otros factores importantes son los de cambio cultural y contar con profesorado de asignaturas básicas, metodológicas, clínicas, de atención psicosocial y de salud pública/comunitaria con formación en perspectiva de género, en grados y posgrados de ciencias de la salud. Ahora hay que comprometerse en la igualdad de género no solo con la retórica.

## Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

## Contribuciones de autoría

M.T. Ruiz-Cantero y A. Gasch-Gallén concibieron y diseñaron el trabajo. Las demás personas firmantes han realizado la revisión y han contribuido con aportaciones sustanciales a la redacción del artículo, han aprobado su versión definitiva y son responsables de ella. El autor para la correspondencia, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de la información contenida en el manuscrito, y que todas las discrepancias han sido adecuadamente resueltas y descritas.

## Agradecimientos

A Daniel La Parra Casado.

## Financiación

Ninguna.

## Conflictos de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Lenhart S. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc.* 1993;48:155–9.
2. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Mar, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, de 23 de marzo de 2007.
3. Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med.* 2012;74:1675–83.
4. Rojek MK, Jenkins MR. Improving medical education using a sex-and gender-based medicine lens. *J Womens Health (Larchmt).* 2016;25:985–9.
5. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections — and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32:652–7.
6. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 1):118–25.
7. Miller VM, Kararigas G, Seeland U, et al. Integrating topics of sex and gender into medical curricula — lessons from the international community. *Biol Sex Differ.* 2016;7(Suppl 1):44.
8. Martínez-Argüelles MA, Liébana-Presa A, Iglesias-Castañón T. ¿Son sexistas los diagnósticos enfermeros? X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Lenguaje enfermero: identidad utilidad y calidad. Sevilla: AENTDE; 2014.
9. Sutherland N, Ward-Griffin C, McWilliam C, et al. Structural impact on gendered expectations and exemptions for family caregivers in hospice palliative home care. *Nurs Inq.* 2017;24:e12157.
10. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit.* 2017;31:175–7.
11. Unlu H, Beduk T, Duyan V. The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. *J Clin Nurs.* 2016;25:3697–706.
12. Department of Gender, Women and Health. Integrating gender into curricula for health professional. Meeting Report. Geneva: World Health Organization; 2006.
13. Celik H, Lagro-Janssen ALM, Klinge I, et al. Maintaining gender sensitivity in the family practice: facilitators and barriers. *J Eval Clin Pract.* 2009;15:1220–5.
14. Mphil WY. Gender competencies in the medical curriculum: addressing gender bias in medicine. *Asia Pac J Public Health.* 2009;21:359–76.
15. Westerståhl A, Andersson M, Söderström M. Gender in medical curricula: course organizer views of a gender-issues perspective in medicine in Sweden. *Women's Health.* 2003;37:35–47.