

GUÍAS PARA UNHA DOCENCIA UNIVERSITARIA
CON PERSPECTIVA DE XÉNERO

Medicina

María Teresa Ruiz Cantero



2020
Universidade da Coruña
Universidade de Santiago de Compostela
Universidade de Vigo

MEDICINA
María Teresa Ruiz Cantero

2020
Universidade da Coruña
Universidade de Santiago de Compostela
Universidade de Vigo

GUÍAS PARA UNHA DOCENCIA UNIVERSITARIA CON PERSPECTIVA DE XÉNERO

Colección impulsada polo Grupo de Traballo de Igualdade de Xénero
da Xarxa Vives d'Universitats

Elena VILLATORO BOAN, presidenta da Comisión de Igualdade e Conciliación de Vida Laboral e Familiar, Universidade Abat Oliba CEU • **Mª José RODRÍGUEZ JAUME**, vicerreitora de Responsabilidade Social, Inclusión e Igualdade, Universidade de Alacante • **Cristina YÁÑEZ DE ALDECOA**, coordinadora da Reitoría en Internacionalización e Relacións institucionais, Universidade de Andorra • **Joana GALLEGRO AYALA**, directora do Observatorio para a igualdade, Universidade Autónoma de Barcelona • **M. Pilar RIVAS VALLEJO**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade de Barcelona • **Ruth María ABRIL STOFFELS**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade CEU Cardeal Herrera • **Ana M. PLA BOIX**, delegada do reitor para a Igualdade de Xénero, Universidade de Xirona • **Esperança BOSCH FIOLE**, directora e coordinadora da Oficina para a Igualdade de Oportunidades entre Mulleres e Homes, Universidade das Illas Baleares • **Consuelo LEÓN LLORENTE**, directora do Observatorio de Políticas Familiares, Universidade Internacional de Cataluña • **Mercedes ALCANIZ MOSCARDÓ**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade Jaume I • **Anna ROMERO BURILLO**, directora do Centro Dolors Piera de Igualdade de Oportunidades e Promoción das Mulleres, Universidade de Lleida • **María José ALARCÓN GARCÍA**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade Miguel Hernández de Elche • **María OLIVELLA QUINTANA**, directora do Grupo de Igualdade de Xénero, Universidade Aberta de Cataluña • **Dominique SISTACH**, responsable da Comisión de Igualdade de Oportunidades, Universidade de Perpignan Via Domitia • **Sílvia GÓMEZ CASTÁN**, técnica de Igualdade do Gabinete de Innovación e Comunidade, Universidade Politécnica de Cataluña • **M. Rosa CERDÀ HERNÁNDEZ**, responsable da Unidade de Igualdade, Universidade Politécnica de Valencia • **Tània VERGE MESTRE**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade Pompeu Fabra • **Maite SALA RODRÍGUEZ**, técnica de relacións internacionais e estudantes, Universidade Ramon Llull • **Inma PASTOR GOSÁLVEZ**, directora do Observatorio da Igualdade, Universidade Rovira i Virgili • **Amparo MANÉS BARBÉ**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade de Valencia • **Anna PÉREZ I QUINTANA**, directora da Unidade de Igualdade, Universidade de Vic - Universidade Central de Cataluña

Edición promovida pola Xarxa Vives d'Universitats en colaboración coas Universidades da Coruña, Vigo e Santiago de Compostela

© Xarxa Vives d'Universitats, 2018, da edición orixinal
© Universidade da Coruña, Universidade de Santiago de Compostela,
Universidade de Vigo, 2020, desta edición

Tradución

Milena Vázquez Fernández

Deseño e maquetación

José María Gairí

Edición técnica

Servizo de Publicacións

Universidade de Santiago de Compostela

Campus Vida

15782 Santiago de Compostela

usc.gal/publicacions

Edición dixital en acceso aberto



Esta obra atópase baixo unha licenza internacional Creative Commons BY-NC-ND 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.gl>

••ÍNDICE

Presentación	5
Artes e Humanidades.....	6
Ciencias Sociais e Xurídicas.....	7
Ciencias.....	7
Ciencias da Vida.....	7
Enxeñarías.....	7
01. Introducción	8
02. Implicacións da cegueira de xénero	10
03. Propostas xerais para incorporar a perspectiva de xénero na docencia	12
04. Propostas para introducir a perspectiva de xénero en Medicina	15
Obxectivos da materia/módulo.....	15
OBXECTIVO XERAL PARA MATERIAS EN TITULACIÓN DE CIENCIAS DA SAÚDE.....	15
OBXECTIVO DAS MATERIAS RELACIONADAS CON ESPECIALIDADES CLÍNICAS.....	15
OBXECTIVOS ESPECÍFICOS.....	15
OBXECTIVO NUNHA MATERIA ESPECÍFICA SOBRE XÉNERO E SAÚDE.....	17
Contidos das materias/dos módulos.....	17
Incorporación da perspectiva de xénero en cardioloxía.....	18
ENFERMIDADE ISQUÉMICA CRÓNICA DO CORAZÓN.....	18
ENFERMIDADES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC).....	20
SÍNDROME CORONARIA AGUDA (SCOA)/INFARTO DE MIOCARDIO (IM) ..	23
FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR TRADICIONAIS E NOVOS.....	24
Incorporación da perspectiva de xénero en endocrinoloxía.....	25
Incorporación da perspectiva de xénero en neuroloxía.....	26

Incorporación da perspectiva de xénero en pneumoloxía	27
Avaliación das materias	30
Modalidades organizativas das dinámicas docentes.....	32
MÉTODOS DOCENTES.....	33
05. Recursos docentes	35
06. Ensinar a facer buscas sensibles ao xénero.....	39
Respecto á pertenza	39
Respecto ao método.....	41
LISTA DE VERIFICACIÓN EN INVESTIGACIÓN SOBRE SAÚDE E MEDICINA.....	42
PASO 1: DETERMINAR A RELEVANCIA.....	43
PASO 2: PROCURA DE LITERATURA.....	44
PASO 3: ESTABLECER AS PREGUNTAS E HIPÓTESES DA INVESTIGACIÓN.....	45
PASO 4: ESTABLECER MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN E PLANIFICACIÓN DA ANÁLISE DE DATOS.....	46
PASO 5: INTERPRETACIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE CONCEPTOS E MODELOS TEÓRICOS.....	48
PASO 6: INFORMACIÓN QUE SE INCORPORARÁ NOS RESULTADOS.....	48
PASO 7: ESTABLECER CONCLUSIÓNS E FACER RECOMENDACIÓNS.....	49
07. Recursos pedagóxicos.....	50
08. Para afondar.....	51
Bibliografía.....	51
Recomendacións para ter en conta o sexo e o xénero na publi- cación científica.....	52

•• Presentación

Que é a perspectiva de xénero e que relevancia ten na docencia dos programas de grao e de posgrao? Aplicada ao ámbito universitario, a transversalización de xénero ou *Gender mainstreaming* é unha política integral para promover a igualdade de xénero e a diversidade na investigación, a docencia e a xestión das universidades, todos eles ámbitos afectados por diferentes nesgos de xénero. Como estratexia transversal, implica que todas as políticas teñan en conta as características, as necesidades e os intereses tanto de mulleres como de homes, distinguindo os aspectos biolóxicos (sexo) das representacións sociais (normas, roles, estereotipos) que se constrúen cultural e historicamente da feminidade e da masculinidade (xénero) a partir da diferenza sexual.

A Xarxa Vives de Universidades (XVU) promove a cohesión da comunidade universitaria e reforza a proxección e o impacto da universidade na sociedade impulsando a definición de estratexias comúns, especialmente no ámbito de acción da perspectiva de xénero. É oportuno lembrar que as políticas que non teñen en conta estes roles diferentes e estas necesidades diversas, e, por tanto, son cegas ao xénero, non axudan a transformar a estrutura desigual das relacións de xénero. Isto tamén é aplicable á docencia universitaria, a través da cal lle ofrecemos ao alumnado unha serie de coñecementos para entender o mundo e intervir no futuro desde o exercicio profesional, proporcionamos fontes de referencia e autoridade académica e buscamos fomentar o espírito crítico.

Unha transferencia de coñecemento nas aulas sensible ao sexo e ao xénero comporta diferentes beneficios, tanto para o profesorado como para o alumnado. Dunha parte, se se afonda na comprensión das necesidades e os comportamentos do conxunto da poboación, evítanse as interpretacións parciais ou nesgadas, tanto a nivel teórico como empírico, que se producen cando se parte do home como referente universal ou non se ten en conta a diversidade do suxeito mulleres e do suxeito homes. Deste xeito, incorporar a perspectiva de xénero mellora a calidade docente e a relevancia social dos coñecementos, das tecnoloxías e das innovacións (re) producidas.

Da outra, fornecer ao alumnado novas ferramentas para identificar os estereotipos, normas e roles sociais de xénero contribúe a desenvolver o seu espírito crítico e a que adquiera competencias que lle permitan evitar a cegueira de xénero na súa práctica profesional futura. Así mesmo, a perspectiva de xénero permítelle ao profesorado prestar atención ás dinámicas de xénero que teñen lugar na contorna de aprendizaxe e adoptar medidas que aseguren que se atende á diversidade do estudantado.

O documento que tes nas túas mans é froito do plan de traballo bianual 2016/17 do Grupo de Traballo de Igualdade de Xénero da XVU, centrado na perspectiva de xénero, na docencia e na investigación universitaria. Nunha primeira fase, o 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 (Universidade Pompeu Fabra) e Teresa Cabruja Ubach (Universidade de Xirona), constatou que a incorporación efectiva da perspectiva de xénero na docencia universitaria seguía sendo un reto pendente, a pesar do marco normativo vixente nos contextos europeo, estatal e dos territorios da XVU.

Un dos principais retos identificados neste informe para superar a falta de sensibilidade ao xénero dos currículos dos programas de grao e de posgrao era a necesidade de formar o profesorado nesta competencia. Nesta liña, apuntábase a necesidade de contar con recursos docentes que axuden o profesorado a facer unha docencia sensible ao xénero. Así, nunha segunda fase, elaborouse o recurso *Guies per a una docència universitària amb perspectiva de gènere*, baixo a coordinación de Teresa Cabruja Ubach, M.^a José Rodríguez Jaume (Universidade de Alacante) e Tània Verge Mestre. Elaboráronse en conxunto once guías, entre unha e catro por ámbito de coñecemento, que foron encargadas a profesoras expertas na aplicación da perspectiva de xénero na súa disciplina de diferentes universidades:

Artes e Humanidades

Historia: Mónica Moreno Seco (Universidade de Alacante)

Historia da Arte: Maria Lluïsa Faxedas Brujats (Universidade de Xirona)

Filoloxía e Lingüística: Montserrat Ribas Bisbal (Universidade Pompeu Fabra)

Filosofía: Sonia Reverter-Bañón (Universidade Jaume I)

Ciencias Sociais e Xurídicas

Dereito e Criminoloxía: María Concepción Torres Díaz (Universidade de Alacante)

Socioloxía, Economía e Ciencia Política: Rosa Maria Ortiz Monera e Anna Maria Morero Beltrán (Universidade de Barcelona)

Educación e Pedagogía: Montserrat Rifà Valls (Universidade Autónoma de Barcelona)

Ciencias

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

Ciencias da Vida

Medicina: María Teresa Ruiz Cantero (Universidade de Alacante)

Psicoloxía: Esperanza Bosch Fiol e Salud Mantero Heredia (Universidade das Illas Baleares)

Enxeñarías

Ciencias da Computación: Paloma Moreda Pozo (Universidade de Alacante)

Aprender a incorporar a perspectiva de xénero nas materias impartidas non implica máis que unha reflexión sobre os diferentes elementos que configuran o proceso de ensino-aprendizaxe, partindo do sexo e do xénero como variables analíticas clave. Para poder revisar as vosas materias desde esta perspectiva, nas *Guías para unha docencia universitaria con perspectiva de xénero* atoparedes recomendacións e indicacións que cobren todos estes elementos: obxectivos, resultados de aprendizaxe, contidos, exemplos e linguaxe utilizados, fontes seleccionadas, métodos docentes e de avaliación e xestión da contorna de aprendizaxe. Despois de todo, incorporar o principio de igualdade de xénero non é só unha cuestión de xustiza social, senón de calidade da docencia.

Teresa Cabruja Ubach, María José Rodríguez Jaume e Tània Verge Mestre

Coordinadoras

•• 01. Introducción

A evidencia científica e a experiencia, tanto académica como profesional, demostran que é imprescindible incorporar un enfoque de xénero como criterio de mellora da calidade dos estudos universitarios nas ciencias da saúde. Esta guía recolle unha proposta para transversalizar a perspectiva de xénero na docencia dos estudos de grao en Medicina, aínda que moitas das reflexións e orientacións que aquí se recollen non só son aplicables aos graos adscritos ás chamadas ciencias da saúde ou ciencias da vida, senón que resultan extensibles a calquera formación de grao.

As orientacións concretas para implementar a perspectiva de xénero nos estudos do grao en Medicina (apartado 4) son precedidas por dous apartados de reflexión. En primeiro lugar, expóñense as suposicións incorrectas, ou nesgos de xénero, que se identificaron no coñecemento médico, na xestión clínica e nos servizos de saúde (apartado 2); para, en segundo lugar, sinalar propostas xerais que habería que incorporar para contrarrestar estes nesgos de xénero na docencia universitaria (apartado 3). É precisamente neste apartado onde se formula a pregunta: que é un/ unha profesional da saúde competente en xénero? A ela responderon un gran número de universidades do ámbito internacional que quixeron incorporar a perspectiva de xénero nos seus programas docentes.

No apartado de propostas para introducir a perspectiva de xénero nos graos de medicina (4), segmentouse cada un dos elementos ao redor dos cales deseñamos o proceso de ensino-aprendizaxe correspondente ás nosas materias: obxectivos xerais, obxectivos específicos, contidos, avaliación, métodos docentes e modalidades organizativas. Este apartado, froito dun minucioso estudo sobre as memorias de grao e experiencias de boas prácticas levadas a cabo en universidades estranxeiras, ofrece ferramentas de grande utilidade, á vez que sitúa o/a lector/a nunha actitude reflexiva constante, absolutamente necesaria para cuestionar os nosos modos docentes. Así, optouse por expoñer un caso completo (cardioloxía) e tres casos resumidos (endocrinoloxía, neuroloxía e pneumoloxía)

para exemplificar a proposta de contidos con perspectiva de xénero. As subseccións sobre a avaliación, as modalidades organizativas e os métodos docentes achegan ferramentas de grande utilidade en clave de pedagogía feminista e *queer*.

Os recursos docentes específicos e pedagóxicos (apartados 5 e 7) e as indicacións para realizar os traballos fin de grao e fin de máster (apartado 6) son ricos en calidade e cantidade e ofrécenlle ao persoal docente múltiples opcións desde as cales construír o seu particular enfoque de xénero.

•• 02. Implicacións da cegueira de xénero

Dentro do ámbito das ciencias da saúde, en concreto na investigación e a atención sanitaria, os nesgos de xénero ou a cegueira de xénero xorden cando se asume unha *igualdade* entre ambos os sexos onde hai diferenzas xenuínas: na exposición aos determinantes da saúde e en como se responde a eles; na historia natural da enfermidade, tanto nos pródromos (fase inicial) como no seu curso; na resposta ás diferentes terapias e no prognóstico, tamén cando se asumen *diferenzas* onde non as hai. Esta dualidade nace dun modelo biomédico que asume a *igualdade* nos problemas de saúde física, e a *desigualdade* nos de carácter emocional e de saúde autopercibida.

As desigualdades de xénero nas ciencias da saúde fundaméntanse en varios elementos: os factores sociais que subxacen á aparición da enfermidade; as relacións paciente-médico/a; e os comportamentos que se desencadean durante o proceso de saúde-enfermidade. Un enfoque que desatenda calquera destes factores xerará unha mirada parcial que desestime ou mal interprete os riscos para a saúde das mulleres, alén da maneira en que se expresa a enfermidade nelas e como a relatan. Algunhas consecuencias dos nesgos de xénero no coñecemento médico, na xestión clínica e nos servizos de saúde son suposicións incorrectas como as que seguir recolleemos:

- 1) **Non hai diferenza por sexo nin desigualdades de xénero na experiencia da enfermidade.** Actualmente a maior parte da investigación e do desenvolvemento de terapias afíns dedícase a enfermidades crónicas letais. Son necesarios un mellor equilibrio e unha reorientación da investigación específica de certas enfermidades para que as enfermidades predominantes entre as mulleres reciban unha maior atención. De maneira complementaria, os homes deben ser incluídos na procura de enfermidades non mortais.
- 2) **Non hai diferenza entre sexos nas manifestacións das enfermidades.** A unha maior proporción de mulleres que de homes diagnos-

tícaselles «síntomas e signos non específicos» nos rexistros e as historias clínicas dos servizos de saúde e nos certificados de defunción. Posiblemente, o coñecemento médico acumulado parte das queixas, dos problemas de saúde e dos signos indicativos de enfermidades específicas dos homes. As pacientes poden sufrir enfermidades que non se identifican nunha etapa temperá en que se seguen criterios diagnósticos ou estándares (ou masculinos), ou por un conxunto de queixas atípicas (non masculinas). A inexistencia dun tratamento ou un tratamento inadecuado pode conducir ao empeoramento da enfermidade entre as mulleres.

3) **As diferenzas segundo sexo atópanse detrás da provisión diferencial de servizos sanitarios e dos resultados aos tratamentos.**

A pesar de que as mulleres utilizan máis a atención primaria, os datos indican que as demoras son máis curtas na atención sanitaria aos homes, e os servizos hospitalarios de emerxencia son máis accesibles a eles. Ademais, as mulleres esperan máis tempo que os homes nas salas de urxencias antes de ser avaliadas. Estas estatísticas explícanse co argumento de que os homes sofren enfermidades máis graves e complexas, ou de que as mulleres son máis saudables, aínda que teñen peor percepción da súa saúde. Con todo, estudos recentes mostran que cando os homes e as mulleres usan os servizos de urxencias, as súas taxas de hospitalización son iguais, e que as mulleres ingresadas no hospital a causa de enfermidades cardiovasculares teñen maior letalidade por esta causa que os homes.

•• 03. Propostas xerais para incorporar a perspectiva de xénero na docencia

Nas prácticas profesionais sanitarias e na política editorial de múltiples revistas científicas, están a se producir cambios desde a perspectiva de xénero que deben ser incorporados nos currículos das carreiras de ciencias da saúde. Que é un/unha profesional competente en xénero? Esta é unha cuestión clave que un importante número de universidades internacionais expuxeron para incorporar a perspectiva de xénero nos seus programas docentes. Sinteticamente, será quen: lea literatura da titulación con lentes de xénero; trate os homes e as mulleres de maneira competente baseándose na evidencia científica apropiada; e exerza a correspondente función de defensa para eliminar situacións de vulnerabilidade.

Nas ciencias da saúde, a pesar de que os conceptos de sexo e xénero aluden a realidades diferentes, con frecuencia son confundidos e intercambiados na literatura científica. O sexo é un constructo biolóxico baseado en dúas configuracións cromosómicas diferentes e en conxuntos de procesos biofisiolóxicos relativos aos seres sexuados. Nas análises para determinar as diferenzas entre os sexos, debe tratarse como unha variable dicotómica. No tocante ao xénero, aínda que está relacionado co sexo, é unha variable continua que define características condutivas, psicolóxicas, culturais e políticas que se expresan nun continuo, en que homes e mulleres poden exhibir un rango de puntuacións diferentes e mesmo superpostas. O xénero defínese como unha construción sociocultural e política, que determina as relacións entre as persoas e lles outorga beneficios e acceso a recursos, como os sanitarios, ás que se atopan nunha posición máis elevada dunha xerarquía de xénero (Connell, 2012).

En problemas de saúde, sobre todo crónicos, é conveniente considerar que a fragilidade (especialmente a física) en combinación co marco da femineidade e a masculinidade provoca cambios en pacientes sintomáticos/as, a forzar a creación das condicións apropiadas de traballo e no coidado

familiar. Nun país en transición a un modelo de familia de dobre ingreso, os homes e as mulleres con enfermidades crónicas debeñen persoas obrigadas a reconstruír as súas opcións de vida, a cambiar a maneira en que cumpren os seus roles produtivos e reprodutivos, identificando as súas limitacións e renegociando novos roles dentro da familia e no traballo.

Sandra Harding critica no seu libro *Ciencia y feminismo* (1996) tres enfoques epistemolóxicos (correntes teóricas feministas) con grande utilidade para situar estudantes e profesionais dependendo da súa profesión:

- 1) O empirismo feminista, que identifica o sexismo e o androcen-trismo como nesgos sociais corrixibles mediante a aplicación das normas metodolóxicas en investigación científica. O seu obxectivo é reformar a *mala ciencia* (corrixir imprecisións da epistemoloxía empirista).
- 2) O punto de vista feminista (*feminist stand point*), que sostén que a posición dominante dos homes na vida social se traduce nun coñecemento parcial, mentres que a experiencia social das mulleres constitúe o único punto de partida para descubrir o nesgo andro-céntrico da ciencia.
- 3) O posmodernismo feminista, que discute os supostos científicos máis fundamentais como é a xeneralización dos resultados de procura.

As investigacións sobre determinantes da saúde co xénero como eixe transversal mostraron nas últimas décadas que cómpre comprender e atender as subxectividade e necesidades específicas e diferentes das persoas, e evidenciaron a necesidade dunha actuación profesional interdisciplinaria. Por este motivo, as recomendacións para incorporar a perspectiva de xénero nas carreiras de ciencias da saúde deben ser observadas como estratexias transversais con respecto aos diferentes modelos de atención á saúde e aos procesos de intervención específicos de cada disciplina.

Así mesmo, incorporar a perspectiva de xénero nas titulacións de ciencias da saúde require a revisión dos contidos, dos resultados da aprendizaxe, das estratexias educativas e da avaliación en todas as materias; isto é,

tanto nas básicas (anatomofisioloxía, farmacoloxía e patoloxías aplicadas), como nas metodolóxicas, clínicas, médico-cirúrxicas, de atención psicosocial e da saúde pública ou comunitaria. Coa evidencia xa existente, unha titulación que é realmente científica debe introducir oportunamente nas materias as diferenzas segundo o sexo; a relevancia dos roles de xénero; o enfoque relacional e as interaccións.

Finalmente, é importante destacar que nos últimos anos, e da man do desenvolvemento do enfoque interseccional nas políticas e estratexias de igualdade entre mulleres e homes no ámbito universitario, a docencia e a investigación nas ciencias da saúde foron incorporando as cuestións relativas á identidade e á expresión de xénero. Con identidade de xénero referímonos á identidade psicolóxica e social sobre o xénero que sente cada persoa; é dicir, é a vivencia persoal e profunda de ser home ou muller. Na maioría das persoas, a identidade de xénero correspóndese co sexo biolóxico (os xenitais e sistemas hormonais), pero nalgunhas persoas a identidade de xénero é disonante co sexo biolóxico. Desde a intersección entre as esferas dos factores biolóxicos e os socioculturais e históricos, conceptualízase as persoas como *sexo-xénero diversas*, categoría conceptual e inclusiva na que se adscribirían as persoas lesbianas, homosexuais, bisexuais, transxénero, transexuais, intersexuais e asexuais e heterosexuais. Tradicionalmente o colectivo LGTBI foi discriminado na atención sanitaria, dado que se consideraba que esas persoas tiñan unha disfunción, enfermidade ou discapacidade.

•• 04. Propostas para introducir a perspectiva de xénero en Medicina

A incorporación da perspectiva de xénero nos estudos de grao e posgrao require revisar os seus contidos, os resultados da aprendizaxe e a avaliación en todas as materias. É o que en innovación docente se denomina «transversalizar a perspectiva de xénero na docencia universitaria».

Obxectivos da materia/módulo

OBXECTIVO XERAL PARA MATERIAS EN TITULACIÓNS DE CIENCIAS DA SAÚDE

Ofrecer un marco de análise do xénero e os dereitos humanos con posibilidade de ser incorporado á prestación de servizos profesionais (atención ou asistencia sanitaria) adecuados ás necesidades da saúde dos/as pacientes e acorde tanto co desenvolvemento dos coñecementos científicos de cada momento como cos niveis de calidade e seguridade que se establecen nas normas legais e deontolóxicas aplicables, para que repercuta na mellora dos diferentes ámbitos da saúde.

OBXECTIVO DAS MATERIAS RELACIONADAS CON ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Achegar información ao alumnado con vistas a capacitálo para analizar como o padrón fisiopatolóxico, clínico ou terapéutico das enfermidades nun sexo resulta dominante no esforzo diagnóstico ou terapéutico, o que dificulta a atención clínica dos suxeitos do outro sexo.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Demostrar a comprensión dos conceptos básicos de xénero: relacións de poder de xénero, roles de xénero, acceso e control, manifestación de prexuízos relativos ao xénero; identidade de xénero e equidade e igualdade de xénero como un dos moitos determinantes sociais da saúde.

- 2) Explicar as diferenzas sexuais e de xénero e as súas interaccións no desenvolvemento normal dos homes e das mulleres, a saúde e a enfermidade (psicopatoloxía e fisiopatoloxía), para as aplicar á prevención e ao manexo de problemas de saúde.
- 3) Comunicarse de maneira eficaz cos/as pacientes, demostrando conciencia da diferenza de poder entre o/a médico e o/a paciente e das desigualdades de xénero e culturais. Isto demostrarase, por exemplo, mediante o uso dunha linguaxe que debe minimizar os desequilibrios de poder, validar as experiencias de quen sofre e minimizar os estereotipos de xénero.
- 4) Realizar un exame físico apropiado segundo o sexo e a idade, culturalmente sensible.
- 5) Discutir o impacto de roles e crenzas sociais e culturais baseadas no xénero na saúde e no coidado da saúde de quen padece enfermidades ou problemas de saúde.
- 6) Discutir o impacto de roles e crenzas sociais e culturais baseadas no xénero na saúde e no benestar das e dos profesionais do ámbito sanitario.
- 7) Identificar e axudar as vítimas da violencia de xénero e de abuso sexual.
- 8) Avaliar e asesorar as e os pacientes para reducir o risco por sexo e xénero, incluíndo cambios no estilo de vida e probas xenéticas.
- 9) Valorar e avaliar criticamente a nova información a través dunha «perspectiva de xénero»: identificar nesgos e fendas de xénero e adoptar boas prácticas que incorporen o coñecemento das diferenzas de sexo, das desigualdades de xénero na saúde e das enfermidades.
- 10) Demostrar a comprensión do diferente impacto dos sistemas de atención á saúde en homes e mulleres (por exemplo, a forma en que se organizan e financian) nas poboacións e nos individuos que reciben atención médica.

OBXECTIVO NUNHA MATERIA ESPECÍFICA SOBRE XÉNERO E SAÚDE

Analizar os conceptos básicos do sistema sexo-xénero: a construción cultural do xénero, a orixe das desigualdades de xénero e a súa repercusión na construción social; así como a influencia do xénero no proceso de saúde-enfermidade e nas desigualdades na saúde.

Contidos das materias/dos módulos

Os estudos epidemiolóxicos teñen identificado sistematicamente diferenzas na incidencia e na prevalencia das enfermidades entre homes e mulleres. A relevancia da incorporación do sistema sexo-xénero nas ciencias da saúde radica no feito de que tanto as diferenzas sexuais como os nesgos de xénero na atención sanitaria xogan un papel importante na fisiopatoloxía e no cadro clínico.

En concreto, unha das consecuencias máis importantes prodúcese no diagnóstico diferencial das enfermidades, ao confundilas erroneamente con outras, xa que son diferentes no caso de ser home ou muller (por exemplo, a espondiloartropatía confúndese con osteoporose ou fibromialxia nas mulleres), o que tamén inflúe no desenvolvemento de complicacións e na prescrición terapéutica, que afectan á esperanza e á calidade de vida. As mesmas diferenzas fisiopatolóxicas entre ambos os sexos son tamén unha base para clasificar as enfermidades en tres categorías:

- 1) Enfermidades que poden ser sufridas polos dous sexos, mais con diferentes idades de inicio, con sintomatoloxía no inicio ou durante o seguimento da enfermidade (infarto ou espondiloartropatías) ou con diferente resposta ao tratamento e prognóstico nun sexo respecto do outro.
- 2) Enfermidades de maior prevalencia nun sexo.
- 3) Enfermidades únicas dun sexo (as asociadas coa reprodución).

A seguir preséntanse exemplos de patoloxías que poden sufrir homes e mulleres:

Incorporación da perspectiva de xénero en cardioloxía¹

As diferenzas entre sexos e as desigualdades de xénero xogan un papel importante na manifestación e nos resultados das enfermidades cardiovasculares. Desde a perspectiva de xénero é relevante que a docencia en cardioloxía se centre:

- 1) nas cardiopatías isquémicas crónicas;
- 2) nas insuficiencias cardíacas e as súas causas máis frecuentes, como a hipertensión e as cardiomiopatías;
- 3) nas síndromes coronarias agudas/infarto de miocardio;
- 4) nos factores de risco, tanto nos tradicionais como nos novos;
- 5) e nos problemas especiais, é dicir, nas enfermidades cardiovasculares durante o embarazo e as arritmias.

ENFERMIDADE ISQUÉMICA CRÓNICA DO CORAZÓN

As diferenzas segundo o sexo e as desigualdades de xénero na enfermidade coronaria son coñecidas desde hai moito tempo. As mulleres con enfermidade coronaria son aproximadamente 10 anos maiores que os homes, e a diabetes *mellitus* de tipo II é un factor de risco maior nas mulleres que nos homes. Os factores de risco xenéticos para a enfermidade coronaria crónica son coñecidos e difiren en mulleres e homes.

A fisiopatoloxía tamén é diferente segundo o sexo. Os homes presentan máis estenose do tronco principal e máis enfermidades de vasos múltiples. Pola contra, as mulleres presentan con maior frecuencia a enfermidade dun só vaso, máis trastornos da microcirculación e máis síntomas similares á anxina con enfermidade coronaria normal. Esta diferenza na fisiopatoloxía da arteria coronaria (enfermidade coronaria non obstrutiva) pode ser unha razón para diferentes enfoques diagnósticos e terapéuticos en homes e mulleres. O ECG de exercicio é adoito moi enganoso nas mulleres por razóns que non están completamente comprendidas. No entanto, as estratexias de imaxe por eco, escintigrafía ou resonancia magnética son

¹ Caso completo.

de alto valor, similar para ambos os sexos. A intervención coronaria percutánea ten éxito en ambos os sexos, malia que xorden máis a miúdo complicacións hemorráxicas nas mulleres que nos homes.

As mulleres teñen unha maior taxa de mortalidade despois da cirurxía de *by-pass* coronario. Hai evidencias de que as mulleres responden peor á revascularización agresiva temperá no caso da anxina aguda ou as síndromes coronarias agudas. As razóns seguen sendo debatidas: a idade avanzada e a maior comorbilidade na cirurxía, así como os vasos sanguíneos máis estreitos e máis tortuosos nas mulleres.

As desigualdades de xénero tamén existen na conduta para alcanzar a saúde, no lado de quen sofre; e na xestión da enfermidade por parte de profesionais da medicina. Todas estas circunstancias levan a que as mulleres con enfermidade coronaria estean subdiagnosticadas e a que o diagnóstico se atrase en mulleres con síndromes coronarias agudas e crónicas.

Desde a perspectiva de xénero é recomendable que a docencia se centre nestes puntos:

- 1) Introducir as diferenzas na fisiopatoloxía das cardiopatías isquémicas en homes e mulleres.
- 2) Manter os trastornos microvasculares en mente e pensar nos síntomas «atípicos» descritos para as mulleres.
- 3) Recoñecer facilmente as diferenzas entre homes e mulleres e as desigualdades de xénero nas manifestacións clínicas da cardiopatía isquémica.
- 4) Desenvolver habilidades para o diagnóstico das mulleres, incluído o uso das técnicas de imaxe e a avaliación da función vasodilatadora endotelial da arteria coronaria.

Resultados esperados. Ao final desta docencia, o alumnado será capaz de entender o seguinte:

- 1) As enfermidades coronarias son a principal causa de morte das mulleres nos países industrializados.
- 2) Os factores de risco significativos para as enfermidades cardiovasculares e para o infarto de miocardio entre as mulleres inclúen a

- diabetes *mellitus*, a hipertensión, a disfunción renal, a obesidade e a depresión.
- 3) As complicacións do embarazo como a preeclampsia, a diabetes xestacional, a hipertensión inducida polo embarazo e as enfermidades autoinmunes sistémicas como o lupus eritematoso ou a artrite reumatoide están entre os «novos» factores de risco que se deben considerar na avaliación do risco cardiovascular das mulleres.
 - 4) As mulleres con síndrome coronaria aguda adoitan presentar síntomas chamados «atípicos». A falta de alento e a fatiga grave a miúdo non se perciben como síntomas temperáns. Entre o 10 e o 30% das pacientes presentan síntomas de anxina sen lesión na angiografía coronaria como causa de isquemia miocárdica. As mulleres con síntomas de anxina de peito inestables constitúen o grupo máis grande.
 - 5) En pacientes estables, para o diagnóstico, é preferible realizar unha proba de esforzo a través dunha ecocardiografía.
 - 6) Debido ás diferentes farmacocinéticas nas mulleres, no axuste da dose dun fármaco débese considerar: unha adaptación do peso, un maior espazo de distribución das substancias liposolubles, unha expresión diferente dos isoencimas CYP e un menor tempo do tránsito gastrointestinal; alén de prestar atención a unha menor depuración renal.

ENFERMIDADES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)

O número de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) está a aumentar continuamente. É un dos principais diagnósticos de alta hospitalaria no mundo moderno, con importantes implicacións no uso dos recursos da sociedade e nas experiencias individuais da calidade de vida. Representan unha gran carga de custos de atención médica. As miocardiopatías son unha causa rara, mais particularmente grave, de IC, que levan ao 50% de todos os transplantes na IC final.

Para a perspectiva de xénero é relevante que a docencia se centre en mostrar que:

- 1) a epidemioloxía da IC difire e discútese en mulleres e homes;
- 2) existen desigualdades de xénero no diagnóstico de IC por ecocardiografía, centradas na presión arterial sistólica vs. diastólica en mulleres e homes;
- 3) existen diferenzas segundo o sexo na fisiopatoloxía das enfermidades por IC, que inclúen o papel das hormonas sexuais como os estróxenos e os andróxenos e as hormonas con efectos sobre a manipulación de calcio, o metabolismo mitocondrial e a produción de radicais libres;
- 4) a cardiomiopatía é unha causa rara pero particularmente grave de IC, que conduce ao 50% de todos os transplantes na fase final de IC en ambos os sexos;
- 5) cómpre atender a farmacoterapia e os seus efectos adversos en ambos os sexos;
- 6) as palabras chave son: insuficiencia cardíaca con fracción de execución preservada (normal) ou insuficiencia cardíaca diastólica, cardiomiopatías.

Resultados esperados. Ao final desta docencia, o estudantado será capaz de entender o seguinte:

- 1) As mulleres con IC representan o grupo máis grande debido ao seu maior número e á súa propensión a vivir máis tempo.
- 2) As mulleres experimentan máis frecuentemente IC con función sistólica normal ou IC diastólica, mentres que entre os homes é máis habitual a IC con fracción de execución reducida (IC sistólica).
- 3) En xeral, as adaptacións miocárdicas específicas segundo o sexo caracterízanse por unha hipertrofia concéntrica con fracción de execución mantida máis frecuente entre as mulleres; e unha hipertrofia excéntrica con ventrículo dilatado, disfunción sistólica e diminución da fracción de execución máis común entre os homes.

- 4) As hormonas sexuais están implicadas nas fases de sinalización adaptadas, que inclúen, por exemplo: a sinalización do calcio, a síntese do óxido nítrico e os mecanismos profibróticos.
- 5) As mulleres presentan en maior cantidade que os homes unha regresión máis rápida da LVH (H do ventrículo esquerdo) e unhas dimensións do ventrículo esquerdo no postoperatorio temperán, despois da reparación da válvula aórtica.
- 6) As cardiomiopatías ocorren con frecuencias similares en homes e mulleres, a diferenza é de aproximadamente 1,5:1 ou 2:1.
- 7) A cardiomiopatía de Tako-Tsubo afecta case exclusivamente ás mulleres e está precedida por unha tensión psicolóxica masiva.
- 8) As mulleres con miocardiopatías e insuficiencia cardíaca sistólica reciben un tratamento menos invasivo e menos dispositivos ou transplantes de órganos que os homes.
- 9) A IC de fase terminal é unha enfermidade de ambos os sexos. Porén, só ao redor do 25% de todos os transplantes de corazón se realizan a mulleres. A taxa de supervivencia aos 20 anos é similar en ambos os sexos (26%), o que suxire que non hai razón para impedir o transplante nas mulleres.
- 10) O tratamento con fármacos debe ser coidadosamente controlado no caso das mulleres (por exemplo, en relación coa dose terapéutica conveniente, co segmento QT longo no ECG etc.).
- 11) As disparidades relacionadas co sexo na farmacocinética son comúns, e algunhas dan lugar a diferenzas clinicamente relevantes nos efectos adversos e a eficacia.
- 12) O tratamento con digoxina debe provocar niveis plasmáticos inferiores a 0,8 ng/ml para ambos os sexos. A deterioración da función renal debe ser especificamente considerada nas mulleres tratadas con dixital.
- 13) As diferenzas segundo o sexo na farmacocinética dos betabloqueantes conducen a unha maior exposición a fármacos e a maiores efectos adversos nas mulleres. Os betabloqueantes son similar-

mente beneficiosos para a supervivencia na insuficiencia cardíaca en mulleres e homes.

- 14) As diferenzas segundo o sexo na farmacocinética e os efectos dos bloqueadores das canles de calcio son mínimos. Nas persoas anciás, o esclarecemento da administración oral de amlodipino é máis rápido nas mulleres.
- 15) Os efectos adversos dos inhibidores da ECA, especialmente a tose seca típica, son máis habituais entre as mulleres que entre os homes.
- 16) Os efectos adversos como a hiponatremia e a hipopotasemia son máis comúns no caso das mulleres que toman diuréticos, fronte aos homes. Estes dous trastornos electrolíticos teñen o potencial de causar unha arritmia severa.

SÍNDROME CORONARIA AGUDA (SCOA)/INFARTO DE MIOCARDIO (IM)

O IM considérase unha enfermidade do sexo masculino, aínda que mata case tantas mulleres como homes. As mulleres experimentanos nunha idade máis avanzada, uns 10 anos máis tarde que os homes, mais a súa maior esperanza de vida lévaas a experimentar un número absoluto moi similar ao deles.

Arestora acéptase que a incidencia de IM diminúe en todo o mundo, excepto nas mulleres novas. As mulleres teñen unha maior mortalidade tras un primeiro IM que os homes da mesma idade. Isto tamén é verídico no que ten a ver co aumento da mortalidade das mulleres máis novas despois dunha cirurxía de *by-pass* coronario. Ambos os sexos difiren nos desencadeantes do IM: a tensión psicolóxica é máis importante nas mulleres; o exercicio pesado é máis común nos homes. Tamén difiren nos síntomas: as mulleres experimentan maior variedade de síntomas, chamadas «síndromes atípicas», e máis signos de activación vagal que os homes. En contraste, hai unha probabilidade moito maior de morte súbita isquémica nos homes. As mulleres reciben menos diagnósticos baseados nas guías e os protocolos de práctica clínica e un tratamento menos invasivo para o IM

que os homes. A tensión social é o determinante principal do reinfarto tras un primeiro IM nas mulleres.

FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR TRADICIONAIS E NOVOS

O sexo feminino asóciase a unha esperanza de vida máis longa. As mulleres constitúen unha proporción maior da poboación de idade avanzada, en que a prevalencia de ECV é maior. As estatísticas alarmantes entre as mulleres máis novas de 35 a 44 anos de idade mostran que as taxas de mortalidade por cardiopatía coronaria sufriron un aumento. Existe un debate en curso sobre se as mulleres teñen un peor prognóstico tras un infarto de miocardio (IM) que os homes, e o motivo disto. Hai algunha diferenza observada e explicada polo nesgo de xénero no manexo da enfermidade coronaria? Ou pode o atraso observado na atención sanitaria relacionarse coas mulleres que buscan atención, ou polo recoñecemento e o tratamento dos provedores de atención médica, debido ás diferenzas na fisiopatoloxía, nas comorbilidades ou nas idades maiores durante a presentación nas mulleres en comparación cos homes?

Desde a perspectiva de xénero é recomendable que a docencia se centre nestes puntos:

- 1) Os factores de risco tradicionais das enfermidades cardiovasculares (ECV).
- 2) A incorporación de novos factores de risco para as ECV nas mulleres.
- 3) O estudo da importancia da hipertensión, a diabetes, as complicacións do embarazo e as enfermidades reumáticas e autoinmunes.
- 4) A mellora no coñecemento das influencias socioculturais.
- 5) A información sobre os cambios no equilibrio do estilo de vida e a prevención, co fin de mellorar a saúde individual.
- 6) Determinar a estratificación do risco de ECV para utilizar as puntuacións e ser consciente das súas limitacións. Empregar outras puntuacións para a estratificación do risco de ECV para as mulleres na súa vida diaria.

Un novo enfoque é o de coñecer os novos factores de risco e estar aberto/a a novos algoritmos para a clasificación do risco nas mulleres. Os esforzos educativos son de importancia crítica, xa que a maior conciencia dos factores de risco cardiovasculares individuais asociouse cunha mellor saúde e mellores estilos de vida para as mulleres e os seus familiares.

Incorporación da perspectiva de xénero en endocrinoloxía²

A medicina con perspectiva de xénero no campo da endocrinoloxía e o metabolismo estase a expandir rapidamente. A endocrinoloxía é un tema central da medicina desde a perspectiva da interacción sexo-xénero, pois as diferenzas sexuais e as desigualdades de xénero xogan un papel importante na fisiopatoloxía, no cadro clínico, na aparición de complicacións e, en parte, tamén na terapia dos trastornos metabólicos que afectan á calidade e á esperanza de vida.

É comprensible que as enfermidades relacionadas cos estilos de vida, como a obesidade e a diabetes de tipo II, deban ser de especial interese para a medicina desde a perspectiva de xénero. Os xenes, as hormonas específicas de cada sexo e a distribución da graxa corporal, en combinación cos cambios relacionados co sexo das adipocitoquinas, e tamén as exposicións ambientais e os factores psicosociais, obviamente, contribúen á progresión das enfermidades.

Ademais, estas enfermidades tamén se asocian coa depresión, as enfermidades cardiovasculares, a disfunción sexual e as neoplasias malignas específicas de cada sexo. A osteoporose é un problema moi coñecido nas mulleres posmenopáusicas, pero tamén afecta cada vez máis a mulleres e homes novos que actualmente están subdiagnosticados/as. Os homes presentan un maior risco de mortalidade despois de fracturas de cadeira. Por iso cómpre poñer en marcha mellores estratexias de detección e prevención en ambos os sexos, aspecto que implica unha formación médica

² Caso resumido.

nestas enfermidades, que expoñan as diferenzas entre sexos e analicen a situación desde a perspectiva de xénero.

Os estudos de endocrinoloxía ocúpense da secreción e dos efectos das hormonas, así como da regulación do metabolismo enerxético, do mantemento do peso corporal e da reprodución durante todo o ciclo de vida de homes e mulleres. Existen diferenzas nos sistemas endócrinos importantes como o metabolismo da insulina, o metabolismo óseo, o eixe hipotálamo-hipófise-adrenal, as hormonas tiroideas e o metabolismo dos adipocitos.

Temas de interese desde a perspectiva de xénero:

- 1) a resistencia á insulina e a secreción de células beta;
- 2) o apetito e o aumento de peso;
- 3) e a estrutura ósea e a osteoporose.

Incorporación da perspectiva de xénero en neuroloxía³

Os aspectos de xénero até o de agora desempeñaron un papel mínimo na investigación e na práctica clínica, tanto na enfermidade e na saúde como no campo neuropsiquiátrico. En case todos os dominios da neurociencia, a suposición xeralmente implícita de que existen poucas diferenzas significativas, se é que existen, entre a función cerebral masculina e feminina está a ser cuestionada. O sexo e o xénero afectan á incidencia, á prevalencia e á dinámica do sistema nervioso coa súa parte central, periférica e/ou autonómica, e co tecido co que se efectúan as accións, particularmente o músculo.

As diferenzas segundo o sexo están a ser documentadas en todos os niveis da neurociencia, desde neuronas únicas no cultivo de células aos procesos a nivel de sistemas medidos por neuroimaxe. Anatomicamente, hai diferenzas na densidade das neuronas, o tamaño das áreas rexionais do cerebro, a expresión dos receptores celulares e os sistemas de neurotrans-

³ Caso resumido.

misores. Fisioloxicamente hai diferenzas no fluxo sanguíneo cerebral e nos padróns de activación cortical. As patoloxías de maior relevancia desde a perspectiva sexo-xénero inclúen as inflamatorias (esclerose múltiple) e as dexenerativas (alzheimer e parkinson), as enfermidades neurolóxicas e a epilepsia, que se trata dun estado funcional de maior vulnerabilidade ás convulsións.

O derrame cerebral pode ser devastador para todas as persoas afectadas, mais as mulleres soportan unha maior carga de accidentes cerebrovasculares que os homes, en gran parte debido á súa maior esperanza de vida e ao maior risco de sufrir un accidente cerebrovascular co avance da idade. Ademais, as que sobreviven teñen peores perspectivas de recuperación, con peores resultados funcionais e menor calidade de vida que os homes. Por tanto, é crucial que as estratexias para previr o accidente cerebrovascular e proporcionar acceso aos tratamentos melloren nas mulleres. Pénbase que moitos accidentes cerebrovasculares se poden previr. Urxe unha maior conciencia dos factores de risco que son máis comúns nas mulleres –principalmente a hipertensión e a fibrilación auricular– e mellores estratexias para os manexar.

Temas de relevancia desde a perspectiva de xénero:

- 1) as enfermidades neurolóxicas inflamatorias;
- 2) as enfermidades neurolóxicas dexenerativas;
- 3) a epilepsia,
- 4) e o derrame cerebral.

Incorporación da perspectiva de xénero en pneumoloxía⁴

As enfermidades pulmonares, como a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) e o cancro de pulmón, mostran unha tendencia moi desfavorable nun futuro próximo a causa do aumento mundial da morbilidade e a mortalidade. As estatísticas epidemiolóxicas predín que a EPOC se posi-

⁴ Caso resumido

ción en terceiro lugar no ano 2020 entre as enfermidades con maior incidencia en todo o mundo. Ademais, o cancro de pulmón é a forma máis común e agresiva dos tumores sólidos.

A análise das estratexias de supervivencia desde a perspectiva de xénero na enfermidade pulmonar é de interese para combater de maneira específica a carga da enfermidade. Os datos sobre as diferenzas por sexo e as desigualdades de xénero no manexo clínico das enfermidades pulmonares son escasas, pero están a aumentar.

Temas de interese desde a perspectiva de xénero:

- 1) Enfermidades das vías respiratorias alérxicas, na que a predisposición xenética é crucial.

A incidencia da asma aumentou nos nenos en comparación coas nenas, relación que se inverte co tempo, dado que as mulleres parecen afectadas predominantemente na idade adulta nova e os homes en idades avanzadas. Os síntomas tenden a ser máis graves nas adolescentes. Entre as persoas anciás pódense atopar diferenzas significativas de acordo co sexo na presentación dos síntomas, o padrón obstrutivo e o potencial alérxico subxacente.

- 2) EPOC e mulleres fumadoras

A EPOC é un problema grave entre as mulleres e os homes. A súa relevancia desde a perspectiva de xénero baséase no aumento da prevalencia do tabaquismo nas mulleres e a súa maior sensibilidade á toxicidade do tabaco. Polas súas diferenzas, o tratamento farmacolóxico e a resposta aos fármacos tamén é de interese desde esta perspectiva.

- 3) Cancro de pulmón: mulleres en risco!

O cancro de pulmón é un dos tumores sólidos máis frecuentes neste momento. A súa prevalencia entre as mulleres está a aumentar e alcanzará a dos homes debido aos cambios no estilo de vida e nos hábitos de fumar. Parece que unha maior sensibilidade a algunhas toxinas do tabaco e fumar cigarros pon as mulleres en maior risco de cancro de pulmón que os homes. No ámbito mun-

dial, abundan as campañas e o material sobre a prevención do consumo de tabaco, mais tendo en conta o xénero é pouco frecuente.

4) Trastornos do sono

Mentres que as mulleres teñen unha maior eficiencia obxectiva do sono que os homes, paradoxalmente informan de máis problemas a este respecto. Non está claro se as diferenzas son reais ou é un problema de medición. Algúns trastornos do sono, como o insomnio, a síndrome das pernas inquietas (RLS) e a hipersomnolencia, son máis frecuentes nas mulleres, mentres que outros, como o trastorno do comportamento do sono REM e os problemas coa respiración, son máis comúns nos homes. As diferenzas entre sexos obsérvanse tanto na prevalencia como na fisiopatoloxía, na presentación clínica e na resposta ao tratamento.

Táboa 1. Conceptos básicos de aplicación nas materias preclínicas, clínicas e de saúde pública

Materias básicas ou preclínicas (anatomofisioloxía, farmacoloxía e patoloxías aplicadas)
<ul style="list-style-type: none"> • Diferenzas anatómicas/fisiolóxicas, para evitar unha posición androcéntrica • Diferenciación sexo-xénero e interaccións sexo-xénero en patoloxía xeral • Sexo como factor de variabilidade nas reaccións a medicamentos • Terapia contraceptiva e infertilidade • Toxicidade de uso de medicamentos no embarazo • Diferenzas por sexo e interaccións sexo-xénero nos trastornos da conduta alimentaria e problemas de saúde mental • Diferenzas por sexo e interaccións sexo-xénero na contracepción, na sexualidade, en problemas de resposta sexual humana, en MTS e en identidade sexual

Materias clínicas (médico-cirúrxicas, de atención psicosocial e de saúde pública e comunitaria)

Diferenzas por sexo e interaccións sexo-xénero de patoloxías específicas:

- Identificación das diferenzas segundo sexo e interaccións sexo-xénero nas manifestacións (signos-síntomas) das enfermidades
- Valoración do sufrimento (illness)/enfermidade (diseases): anamneses, procedementos de exploración clínica, probas complementarias
- Criterios diagnósticos por sexo e interaccións sexo-xénero
- Uso de protocolos estándares diagnósticos e terapéuticos
- Toma de decisións diagnósticas considerando estereotipos de xénero
- Uso de información dispoñible (por exemplo, de ensaios clínicos) e desenvolvemento de pensamento crítico para a toma de decisións clínicas
- Toma de decisións diagnósticas/terapéuticas e de coidados en función das aparencias e do comportamento
- Plan de coidados adaptado ás diferenzas entre sexos e interaccións sexo-xénero
- Atención á violencia de xénero
- Saúde pública e comunitaria:
 - Planificación e programas de intervención individuais e comunitarios con enfoque de xénero
 - Diferenzas sexo-xénero en indicadores de saúde, incidencia, prevalencia e causalidade
 - Avaliación das intervencións sanitarias

Avaliación das materias

As experiencias revisadas en universidades internacionais á hora de incorporar a perspectiva de xénero e a súa avaliación suxiren o seguinte:

- 1) Incluir o xénero nun 10% das preguntas de exame.

- 2) Revisar os nesgos de xénero que se introducen, inconscientemente, na formulación da pregunta cando se xeneralizan as afirmacións (ou negacións) en relación cos problemas da saúde (desde o inicio dos síntomas, pasando polo curso do problema de saúde ou na enfermidade xa evolucionada até o prognóstico, así como no diagnóstico diferencial). Tamén cando estas afirmacións (ou negacións) se realizan con respecto ás causas e ao impacto dos factores de risco, dado que poden ser diferentes segundo o sexo e o xénero. Así mesmo, cómpre revisar as opcións de resposta cando aluden aos resultados na saúde das intervencións (incluída a terapia con medicamentos).

Para responder a este problema, o máis pertinente é que a formulación da pregunta se basee na evidencia científica para cada sexo.

- 3) De igual maneira, as respostas deben recoller as diferenzas por sexo nos conceptos reflectidos no punto anterior (a continuación, para ilustrar as propostas, extraemos exemplos da materia de Saúde Pública):
- En preguntas conceptuais, hai que incluír respostas que fagan visible as estratexias sanitarias dirixidas ás mulleres, por exemplo: Cal das seguintes respostas se relaciona coa prevención secundaria? Traballar nos servizos de planificación sanitaria nun programa que teña como obxectivo:
 - a) Reducir os riscos de malos tratos das persoas anciás.
 - b) Aumentar o número de horas de exercicio físico entre as persoas con discapacidade.
 - c) Informar a poboación da relevancia para a súa saúde da igualdade de xénero.
 - d) Incrementar a taxa de participación das mulleres nos programas de mamografías.
 - e) Incrementar as actividades de inserción dos/as nenos/as cunha enfermidade crónica.

- Ou ben respostas onde sexan visibles ambos os sexos por separado, por exemplo:
O aumento da esperanza de vida nos últimos 20 anos:
 - a) É maior nos países con escasos recursos.
 - b) É maior nos países desenvolvidos.
 - c) É maior nas mulleres de países con ingresos altos.
 - d) É maior nos homes dos países con ingresos baixos.
 - e) É, en xeral, maior nos homes que viven nos países de ingresos medios.
- 4) Incluír preguntas con perspectiva de xénero e non sobre as diferenzas por sexo, por exemplo:
Sobre determinantes das desigualdades de xénero na saúde. Respecto a que as mulleres de clases medias e altas dan prioridade ao exercicio físico e ás dietas equilibradas, cal das seguintes respostas é a máis correcta?
 - a) Está a provocar maiores desigualdades entre clases.
 - b) É produto só dun beneficio precoz nelas das intervencións poboacionais.
 - c) É para que unha maior proporción delas se beneficie das intervencións sanitarias.
 - d) Non aumenta as desigualdades, para que as de clases sociais vulnerables as imiten.
 - e) É debido a unha cuestión de selección social.
- 5) Ademais da avaliación das leccións teóricas mediante tests, contamos coas avaliacións mediante preguntas abertas en que analizar sobre todo estudos de casos.
- 6) Para que o alumnado teña a opción de interactuar e aprender entre si a través da participación, outra forma de avaliación é a través de foros de avaliación da aprendizaxe.

Modalidades organizativas das dinámicas docentes

En ciencias da saúde mostrouse a utilidade de accións como as seguintes:

- 1) Incorporar os conceptos de sexo-xénero nos primeiros cursos da formación.
- 2) Incluír de maneira transversal as diferenzas entre sexos e o enfoque de xénero nas materias clínicas, con independencia da potencial existencia de materias obrigatorias ou optativas.
- 3) Achegar información sobre as diferenzas entre sexos e as desigualdades de xénero na saúde. As clases teóricas son necesarias para conseguir información científica. Ademais, existe unha ampla literatura científica sobre os nesgos de xénero na investigación do binomio saúde-enfermidade que ten o seu impacto na produción de nesgos de xénero na divulgación científica, na toma de decisións políticas e, o que é máis grave, na mesma atención sanitaria. Esta información apenas transcende ao sistema educativo. Por tanto, é esencial tratar as diferenzas por sexo e xénero. Por iso, a organización clásica das materias en clases teóricas (clase maxistral) segue sendo necesaria.
- 4) Promover as actividades participativas do alumnado cuxa finalidade sexa comprender, reflexionar e interpretar os contidos obxecto da aprendizaxe. Entre estas, especialmente as que tratan temas como a intersección sexo/xénero con outros eixes de desigualdade en saúde; o recoñecemento e apoderamento dos grupos historicamente discriminados; e a concienciación do alumnado sobre os estereotipos de xénero e a súa intersección con outras categorías sociais (clase social, idade, etnia etc.).

MÉTODOS DOCENTES

- 1) Tarefas individuais para a concienciación persoal: exercicios de discriminación de conceptos, procura de material audiovisual, aplicación de contidos a situacións coñecidas, análise de vídeos, de casos e de prácticas profesionais.

- 2) Nas clases prácticas, un aspecto motivador é compartir experiencias e debater innovacións e aplicacións sobre cuestións de xénero no ámbito clínico-sanitario e poboacional. Exemplos:
 - Obradoiros de revisión da literatura científica para, con posterioridade:
 - analizar de forma crítica as prácticas profesionais (identificar nesgos de xénero);
 - e identificar a utilidade (boas prácticas, equidade e eficiencia) das innovacións de xénero.
 - Seminarios de lecturas críticas.
 - Seminarios sobre as diferenzas por sexo ou desigualdades de xénero na práctica profesional dependendo do sexo das e dos profesionais.
 - Seminarios de estudo de casos. Desenvolver entre tres e cinco estudos de casos fáciles en que o xénero debe ser convincente. É máis útil se o alumnado voluntario os escribe, despois de revisar documentos e literatura científica para o facer.
 - Obradoiros para a elaboración de listas de comprobación (*check-lists*) e protocolos diagnósticos ou terapéuticos segundo o sexo e desde a perspectiva de xénero.
- 3) As prácticas de campo tamén se poden centrar en estudos de casos sobre a base da evidencia científica.

••05. Recursos docentes

Na Táboa 2 presentamos información da experiencia de diferentes institucións que incorporaron o enfoque de xénero en titulacións de ciencias da saúde, das estratexias educativas e das ferramentas docentes das que se serviron.

Táboa 2. Incorporación do enfoque de xénero en titulacións de ciencias da saúde. Estratexias educativas, ferramentas docentes e institucións

Avaliación, incorporación, enfoque de xénero e deseño de guías docentes: sensibilidade, obxectivos, competencias e resultados da aprendizaxe	
Directrices para avaliar a sensibilidade de xénero no currículo de medicina (Canadá). Zelek (1997) en Yut-Lin (2009)	Ofrece unha guía para valorar a súa aplicación tanto nos contidos como na linguaxe e no proceso de ensino-aprendizaxe.
Metas e obxectivos en saúde das mulleres e temas de xénero (EUA). Phillips (2002)	Metas e obxectivos, e como comprobar que se conseguiron. Abrangue entidades patolóxicas específicas, análises con enfoque de xénero das evidencias científicas, actitudes e capacidades.
Obxectivos que valorar para ver o éxito ao implementar o currículo en medicina (Holanda). Verdonk (2008)	Obxectivos que indican unha implementación exitosa de temas de xénero no currículo de medicina.
Capacitación para o profesorado de enfermaría: <i>Norm Aware Caring</i> . Tengelein et al. (2017)	Curso para mellorar as habilidades do profesorado de enfermaría para identificar e cuestionar as normas sociais dominantes que afectan aos encontros con pacientes, co fin de empregaren esta perspectiva no seu ensino.

Técnicas didácticas, materiais e avaliación	
eGender Platform (Alemaña). https://bit.ly/2Px7g6f	Plataforma de aprendizaxe en liña e de intercambio de coñecementos sobre diferenciación de sexo e xénero e habilidades de comunicación para facilitar a toma de decisións por parte de profesionais da saúde. Require un rexistro gratuito e ofrece diferentes módulos formativos independentes.
Recursos para o desenvolvemento do currículo con perspectiva de sexo-xénero (EUA). Miller (2016)	Libros de texto e artigos que describen deseños metodolóxicos experimentais para incorporar a perspectiva de sexo-xénero en titulacións de ciencias da saúde.
Recursos educativos con ligazóns a distintas páxinas web (EUA). Miller (2013)	Libros de texto e recursos web para a investigación e a educación, cursos de formación continuada, organizacións profesionais e revistas científicas.
Estratexias docentes desde un enfoque feminista para as ciencias da saúde. Michela (2014)	Aprendizaxe cooperativa, estudos de casos, grupos reducidos.
Estratexias docentes desde un enfoque feminista aplicado á enfermaría. Lamont (2014)	Aprendizaxe de competencias interpersoais e aplicación no primeiro curso da titulación.

Institucións profesionais con recursos accesibles para a investigación e para a educación	
The Sex and Gender Medical Education Summit (EUA). https://bit.ly/342RtBj	Acceso a documentos da reunión de 2015, sobre sexo e xénero na educación médica e sanitaria: actos, presentacións, pósteres e outros materiais entre os cales se inclúe a figura do axente de cambio.
The Sex and Gender Women's Health Collaborative (EUA). «Every cell has a sex, and all bodies are influenced by gender»: https://bit.ly/38nSoQj	Centrado na competencia sexo-xénero nos cuidados das mulleres. Ofrece materiais específicos de sexo e xénero para adaptar na educación e na práctica clínica.
The Gender Awakening Tool (Canadá). https://bit.ly/2LF1gy1	Recursos para a inclusión da perspectiva de xénero na investigación. Casos en que se mostran os beneficios de ter en conta o binomio sexo-xénero na saúde, estratexias e guías para incluír o sexo e o xénero na investigación (básica, experimental, revisións sistemáticas, boas prácticas en investigación e <i>checklist</i> para cada paso do proceso de investigación).

Sex and Gender in Systematic Reviews: Planning Tool (EUA) https://bit.ly/38lqqod	
Toolkit Gender in EU Funded Research (Unión Europea). https://bit.ly/2t3OFHu	
The Center for Gender Medicine (CfGM) do Karolinska Institutet (Suecia). https://bit.ly/342qLZG	Primeira institución europea con cursos web sobre saúde e enfermidades con perspectiva de xénero.
Institute of Gender and Health (IGH) do Canadian Institute of Health Research (Canadá). https://bit.ly/2PuwBhg	Instituto dependente do Goberno de Canadá, con acceso á solicitude de fondos para a investigación, seminarios, vídeos e módulos de capacitación en liña.
Online Continuing Medical Education and Certificate Program in Sex and Gender Specific Health do Texas Tech University Health Sciences Center (EUA). https://bit.ly/2P5ar6f	Programa de certificación para graduados/as en medicina, enfermaría, farmacia e outras titulacións de ciencias da saúde.
Sex and Gender Specific Health do Texas Tech University Health Sciences Center (EUA). https://bit.ly/2Pvdbcb	Repositorio interprofesional e lugar de encontro para debates sobre a contribución de sexo e xénero na atención á saúde personalizada.
Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment. Stanford University. https://stanford.io/35a3yWN	Aplicación do enfoque de xénero na investigación e innovación científica, nas ciencias da saúde e noutras disciplinas.

•• 06. Ensinar a facer buscas sensibles ao xénero

A incorporación da perspectiva de xénero (PX) de maneira transversal en investigación supón facela visible en todas as partes dun proxecto de investigación –tanto no título como nos produtos derivados, como son as publicacións–, e aínda máis concretamente nos artigos orixinais, incluídas as revisións sistemáticas e as metaanálises. Isto implica a consideración da pertenza e o método da perspectiva de xénero nos proxectos.

Afortunadamente, existen múltiples guías en España e no ámbito internacional, das páxinas web dos centros e de institutos de investigación relacionados coas mulleres ou co xénero, como a *Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación* coordinada por María Caprile (2012).

Respecto á pertenza

Nos apartados anteriores mencionouse con detalle a maneira de valorar a pertenza segundo o tipo de enfermidade. Neste sentido, é relevante lembrarmos a importancia de investigar desde o coñecemento e as habilidades de que se parte; é dicir, da área de coñecemento das persoas que investigan, porque a aplicación da perspectiva de xénero nunha procura adoita adoptarse a partir dos sistemas de xénero, que son un conxunto de estruturas socioeconómicas e políticas que manteñen os roles tradicionais masculino e feminino, os clasicamente atribuídos a homes e mulleres. Ademais, indican como unha sociedade estrutura as relacións de xénero e como as transmite a todos os ámbitos da vida social, o que fan nunha dinámica social comprensiva que dá prioridade e reforza determinados resultados.

Os sistemas de xénero establecen tres niveis de observación desde os que se caracteriza o xénero: como base dos valores normativos (identidade social de xénero); como un compoñente da identidade persoal; e como un principio organizador da estrutura social (posición social das mulleres e dos homes).

- 1) A identidade social de xénero constitúese a partir dos padróns sociais asociados a características aparentes, corpóreas e visibles, proxectadas sobre os grupos sociais, en concreto, os das mulleres e os homes. Responde ao que se considera feminino e masculino nunha sociedade.
- 2) O xénero como compoñente da identidade individual refírese ao sentido que as persoas teñen de si mesmas fronte á identidade social, que conforman as categorizacións das persoas efectuadas polos demais.
- 3) O xénero tamén se pode entender como principio organizador da estrutura social mediante o cal as actividades de mulleres e homes nunha sociedade están segregadas en función do seu sexo.

A división sexual do traballo debe entenderse non só como unha repartición de tarefas, senón como un indicador (e un produto) das desigualdades sociais entre sexos. Neste nivel de observación inclúense os estudos sobre a posición das mulleres e dos homes nas sociedades, o acceso aos recursos e a distribución destes. Inclúe tamén as análises que consideran o xénero como un criterio de estratificación social, como as relacionadas co traballo reprodutivo (coidados e doméstico) e remunerado, a dobre xornada ou a segregación do mercado laboral.

Salientan tres escenarios en que hai unha repartición de tarefas por sexo, mediante os cales se poden observar os efectos da división sexual do traballo: vida familiar-doméstica-persoal ou privada, vida profesional-laboral ou pública, e a interacción de ambas as vidas, coas súas implicacións na distribución do tempo e a sobrecarga de traballo.

Máis información:

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

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

BRAIDOTTI, Rosi, «The uses and abuses of the sex/gender distinction in European feminist practices», en GRIFFIN, Gabriele e BRAIDOTTI, Rosi

(eds.), *Thinking differently. A reader in European Women's Studies*. London: Zed Book, 2002.

RUIZ CANTERO, María Teresa; PAPI GÁLVEZ, Natalia; CABRERA RUIZ, Virginia; RUIZ MARTÍNEZ, Ana; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos (2006). «Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud». *Gaceta Sanitaria*, 20(6): 427-434.

Respecto ao método

Hai que prestar atención á influencia que terá a corrente teórica que se pretende utilizar, así como a que consta de dúas fases: deseño e análise. No tocante á influencia da corrente teórica na incorporación da perspectiva de xénero no deseño, cómpre ter en conta o seguinte:

- 1) Desde o empirismo feminista pretenderase aplicar o método empírico no deseño da investigación e estimar a cantidade na mostraxe de homes e mulleres nos estudos de maneira proporcional á prevalencia da enfermidade en cada sexo, ou a porcentaxe de mulleres e homes expostos a factores de risco. Tamén a de mulleres e homes consumidores de fármacos nos ensaios clínicos, ou que recibirán unha intervención co fin de promover a súa saúde nos ensaios de intervención comunitaria. Valórase efectuar as análises estratificando os datos en función do sexo, de tal maneira que se achen resultados bastante concretos para homes e mulleres, con vistas a permitir a realización dunhas metaanálises.
- 2) O punto de partida feminista (*feminist standpoint*) considera que á perspectiva androcéntrica da ciencia lle falta a perspectiva das mulleres, cando é necesaria unha mirada máis ampla da realidade para complementar a ausencia de coñecemento sobre a situación das mulleres. Ten o valor de se centrar na xeración de hipóteses e nos obxectivos de problemas sobre os cales existe menos ou nulo coñecemento, desde a perspectiva e as preguntas que se lles formulan ás persoas que as poden sufrir. Por exemplo, hai menos coñecemento sobre os riscos no sector reprodutivo (informal) que no sector produtivo remunerado (formal). En parte, por isto, un

dos criterios que se estableceron para incorporar a perspectiva de xénero é a paridade nos equipos de investigación.

- 3) A aproximación da que parte o feminismo posmoderno emprega diversas teorías como a fenomenoloxía, a psicanálise etc. e pon a énfase na realidade fragmentada. Desde esta perspectiva non é posible xeneralizar os resultados. Por exemplo, non é a mesma a realidade dunha muller non caucásica con escasos recursos e cunha discapacidade que a dun home caucásico de clase social alta e anglosaxón. Véxanse, a este respecto:

ARIÑO, María Dolores; TOMÁS, Concepción; EGUILUZ, Mercedes; SAMITIER, María Luisa; OLIVEROS, Teresa; YAGO, Teresa; PALACIOS, Gema e MAGALLÓN, Rosa (2011). «¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?». *Gaceta Sanitaria*, 25(2): 146-50. <https://bit.ly/2PsYJKE>.

GARCÍA CALVENTE, María del Mar (ed.) (2013). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Escola Andaluza de Saúde Pública. <https://bit.ly/2LKigvW>.

A continuación presentamos unha versión traducida e adaptada da lista de verificacións da aplicación da perspectiva de xénero en investigación do proxecto Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment⁵.

LISTA DE VERIFICACIÓN EN INVESTIGACIÓN SOBRE SAÚDE E MEDICINA

Esta lista de verificación pretende ser unha axuda para investigadoras e investigadores, escritores e escritoras de proxectos para os cales se solicitan subvencións, persoas que dirixan ou avalíen proxectos e organizacións de financiamento que se ocupan da saúde e da medicina. Presenta os pasos chave para incorporar as análises segundo o sexo e as desigualdades de xénero na investigación biomédica e das ciencias da saúde. Como tal,

⁵ <https://stanford.io/zskDIAL>.

complementase e debe lerse xunto coa metodoloxía descrita no apartado «Deseñando investigación en biomedicina e saúde»⁶.

Algúns recursos importantes ao considerar o deseño da investigación son os seguintes:

OERTELT-PRIGIONE, Sabine e REGITZ-ZAGROSEK, Vera (2012). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. Londres: Springer Verlag.

SCHENCK-GUSTAFSSON, Karin; DECOLA, Paula R.; PFAFF, Donald W. e PISETSKY, David S. (eds.) (2012) *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Suíza: Karger.

REGITZ-ZAGROSEK, Vera (2012). *Sex and Gender Differences in Pharmacology*. Berlín, Springer Verlag.

Recursos adicionais: curso en liña dos institutos nacionais de saúde dos Estados Unidos: *The Science of Sex and Gender in Human Health*; o curso en liña sobre o currículo europeo en medicina desde a perspectiva de xénero.

PASO 1: DETERMINAR A RELEVANCIA

Véxase «Repensar as prioridades e os resultados da investigación»⁷.

- 1) Comprender as distincións analíticas entre sexo e xénero.
- 2) O sexo é probablemente relevante cando un estudo involucra suxeitos humanos, animais, tecidos ou células. O xénero é probablemente relevante para os humanos e, nalgúns casos, para os animais.

Véxase «Investigación animal», punto 4⁸.

- 3) O sexo e o xénero tamén son importantes cando o proxecto desenvolve ou modifica as políticas de saúde.

⁶ <https://stanford.io/38qEaOB>.

⁷ <https://stanford.io/2qlriCz>.

⁸ <https://stanford.io/35bFMcR>.

- 4) O sexo e o xénero deben ser investigados antes de que poidan ser descartados. Consúltase «Non considerar a diferenza segundo sexo como un problema»⁹.
- 5) Non todas as diferenzas por sexo ou as desigualdades de xénero son significativas. Véxase «Sobre salientar as diferenzas por sexo como un problema»¹⁰.
- 6) O xénero redúcese con menor facilidade que o sexo a variables independentes que se poden incluír nunha análise estatística, mais o seu poder explicativo pode ser enorme. Véxase «Análise de xénero»¹¹:

PASO 2: PROCURA DE LITERATURA

Cómpre facer procuras bibliográficas e de bases de datos cos termos adecuados para sexo e xénero. O dicionario de sinónimos de vocabulario controlado da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, que se usa para indexar artigos para PubMed, MeSH (Medical Subject Headings) non distingue consistentemente entre sexo e xénero (en boa medida porque as persoas autoras non o fan). Por tanto, as investigadoras e os investigadores deben desenvolver estratexias de procura para identificar toda a gama de diferenzas segundo sexo e desigualdades de xénero previamente documentadas.

- 1) Varios estudos suxiren combinar o nome dunha condición ou tema de investigación biomédica con termos estandarizados de MeSH, como «sex factors» e «sex characteristics» ou palabras do texto, como «gender-differences» e «sex-differences». Tamén se desenvolveron termos complexos de procura que ofrecen mellores resultados que «sexo» ou «xénero» illados (Oertelt-Prigione *et al.*, 2010; Moerman *et al.*, 2009).

⁹ <https://stanford.io/2RCwPFP>.

¹⁰ <https://stanford.io/2sg9NKh>.

¹¹ <https://stanford.io/2LJ9iyW>.

- 2) Na investigación básica das ciencias da vida, é posible que se requiran termos de procura relacionados coa distinción entre «female/male», tales como «sex steroid hormones», «gonadal hormones», «sex chromosomes», «estrogens, and androgens or steroids receptors».
- 3) Estableceuse unha base de datos que inclúe unha enquisa segundo sexo e referencias relacionadas co xénero nas principais disciplinas clínicas e na investigación básica biomédica, a GenderMedDB¹². Na investigación básica das ciencias da vida tamén pode ser útil utilizar termos de procura relacionados coa distinción entre «female/male», como «sex hormones» ou «reproductive biology».
- 4) Creouse unha ferramenta que pode axudar a identificar a investigación relacionada co sexo e o xénero na base de datos PubMed da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (Jenkins e Wilson, 2012).

PASO 3: ESTABLECER AS PREGUNTAS E HIPÓTESES DA INVESTIGACIÓN

Véxase «Formulación de preguntas de investigación»¹³.

- 1) Empregando os resultados dos pasos 1 e 2, débese considerar de que maneira o proxecto incluírá métodos de detección de diferenzas segundo o sexo e unha análise de xénero. Consúltase «Repensar conceptos e teorías»¹⁴.
- 2) O deseño do estudo debe permitir recompilar datos desagregados por sexo.
- 3) As poboacións de estudo en humanos pódense configurar de diferentes maneiras segundo os tipos de preguntas que deben realizarse: Estudos que inclúan ambos os sexos:
 - A poboación de estudo debería considerar a composición do grupo de pacientes e como serán tratados coa terapia na investigación.

¹² <https://bit.ly/38poJDv>.

¹³ <https://stanford.io/35cpFvU>.

¹⁴ <https://stanford.io/36qgXue>.

- Homes e mulleres deberían ser estratificados por condicións tales como a idade, a raza/etnia, o status socioeconómico, a composición corporal etc., e, se non é posible, estas variables deben ser medidas e controladas.
- Hai que analizar os factores que interactúan co sexo e co xénero, é crítico para previr que se pasen por alto as diferenzas segundo o sexo, así como tamén cómpre evitar destacar o sexo.

Estudos que inclúan só mulleres:

- Para estudar enfermidades que só lles afectan a elas, como o cancro de ovario.
- Para completar a falta de coñecemento sobre unha enfermidade que afecta a ambos os sexos, como a enfermidade cardiovascular, en que as mulleres foron infraestudadas.
- Para analizar as diferenzas entre mulleres, como as relacionadas co status reprodutivo, a idade etc.

Estudos que inclúan só homes:

- Para estudar enfermidades que só lles afectan a eles, como o cancro de próstata.
- Para completar a falta de coñecemento sobre un problema de saúde que afecta a ambos os sexos, como a osteoporose, no que os homes foron infraestudados.
- Como ferramenta relevante para analizar as diferenzas entre homes.

PASO 4: ESTABLECER MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN E PLANIFICACIÓN DA ANÁLISE DE DATOS

Véxase «Deseño de investigación médica e biomédica»¹⁵.

- 1) Os instrumentos de investigación (cuestionarios, enquisas ou protocolos etc.) deben deseñarse tanto para mulleres como para

¹⁵ <https://stanford.io/2P8L6bB>.

- homes, ou para a condición de feminino e masculino. Consulte «Repensar estándares e modelos de referencia»¹⁶.
- 2) Os datos pódense analizar de moitas maneiras diferentes. Debe aclararse se cómpre controlar por sexo ou se o estudo está a investigar os efectos do sexo nos resultados.
 - 3) Un estudo que inclúa tanto mulleres como homes debe usar probas estatísticas para determinar a confianza con que se poden afirmar similitudes ou diferenzas.
 - 4) Hai que considerar as seguintes preguntas na análise de datos:
 - O tratamento ten un balance favorable de beneficios e riscos nunha poboación xeral mixta respecto ao sexo?
 - É o tratamento efectivo e o suficientemente seguro como para ser indicado en mulleres e homes?
 - Existen diferenzas segundo o sexo no efecto, é dicir, o tratamento é máis efectivo ou máis seguro nun só sexo?
 - As diferenzas entre as opcións de tratamento existentes entre mulleres e homes fan que o tratamento proposto sexa máis importante para un sexo?
 - 5) Se a poboación de estudo coincide en idade, estado reprodutivo, orixe étnica etc., o estudo ten suficiente potencia para a análise por subgrupos? Pódese avaliar a eficacia e a seguridade do tratamento en subpoboacións específicas? Se é así, estas subpoboacións defínense de maneira consistente para garantir a práctica clínica baseada na evidencia?

¹⁶ <https://stanford.io/2YEPe64>.

PASO 5: INTERPRETACIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE CONCEPTOS E MODELOS TEÓRICOS

- 1) Analizar todos os conceptos e modelos teóricos que se basean en suposicións infundadas. Consúltese «Repensar conceptos e teorías»¹⁷.
- 2) Os estudos deben ter coidado de non:
 - supoñer que os achados nun sexo son aplicables ao outro;
 - crear unha norma non representativa, como asumir unha norma masculina para unha enfermidade que afecta a ambos os sexos ou unha tecnoloxía utilizada igualmente tanto para mulleres como para homes (consúltese «Repensar estándares e modelos de referencia»)¹⁸;
 - considerar como patoloxías procesos biolóxicos normais, como o embarazo ou a menopausa;
 - interpretar os resultados de forma cega ao sexo e/ou xénero.

PASO 6: INFORMACIÓN QUE SE INCORPORARÁ NOS RESULTADOS

Véxase «Análise por sexo»¹⁹.

- 1) Información relacionada co sexo dos suxeitos e/ou materiais de investigación.
- 2) Información sobre achados nulos. Os/as investigadores/as deben informar cando as diferenzas por sexo (efectos principais ou de interacción) non se detectan nas súas análises para reducir o rumbo da publicación e permitir así a metaanálise.
- 3) Verificación de que as diferenzas por sexo ou de xénero se visualizan correctamente nas táboas, figuras e nas conclusións (consúltese «Repensar a linguaxe e as representacións visuais»)²⁰.

¹⁷ <https://stanford.io/347gtaF>.

¹⁸ <https://stanford.io/2YEPe64>.

¹⁹ <https://stanford.io/2RJdiDA>.

²⁰ <https://stanford.io/344oHjW>.

- 4) Verificación de que os achados relacionados co sexo e o xénero se presentan correctamente no título, no resumo e nas palabras chave.

PASO 7: ESTABLECER CONCLUSIÓNS E FACER RECOMENDACIÓNS

- 1) Cando os resultados mostran diferenzas significativas por sexo e efectos de xénero, que procuras de seguimento son necesarias?
- 2) Os resultados teñen implicacións específicas para pacientes mulleres e homes? Estas diferenzas teñen implicacións para a práctica clínica ou cara a unha investigación futura?
- 3) Como poden os resultados que mostran diferenzas significativas por sexo ou de xénero traducirse en prácticas preventivas, diagnósticas e terapéuticas para mellorar os resultados dos/as pacientes?

•• 07. Recursos pedagógicos

eGender platform (Alemaña)

<https://bit.ly/2Px7g6f>

The Sex and Gender Medical Education Summit (EUA):

<https://bit.ly/342RtBj>

The Sex and Gender Women's Health Collaborative (EUA). «Every cell has a sex, and all bodies are influenced by gender»:

<https://bit.ly/38nSoQj>

The Gender Awakening Tool (Canadá):

<https://bit.ly/2LF19y1>

Sex and Gender in Systematic Reviews: Planning Tool (EUA):

<https://bit.ly/38lqqod>

Toolkit Gender in EU Funded Research (Unión Europea):

<https://bit.ly/2t3OFHu>

The Center for Gender Medicine (CfGM) do Karolinska Institutet (Suecia):

<https://bit.ly/342qLZG>

Institute of Gender and Health (IGH) do Canadian Institutes of Health Research (Canadá):

<https://bit.ly/2PuwBhg>

Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment. Stanford University (Unión Europea):

<https://stanford.io/2Yd9gFc>

•• 08. Para afondar

Bibliografía

- CAPRILE, María (coord.) (2012). *Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación*. <https://bit.ly/355nuu3>.
- HARDING, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- JENKINS, Margorie e 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 e 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.
- MOERMAN, Clara; DEURENBERG, Rikie e HAAFKENS, Joke (2009). «Locating Sex- Specific Evidence on Clinical Questions in MEDLINE: A Search Filter for Use on OvidSP». *Biomedical Central Medical Research Methodology*, 9: 25.
- OERTELT-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». *Biomedical Central Medical Research Methodology*, 8: 70-80.
- OERTELT-PRIGIONE, Sabine e REGITZ-ZAGROSEK, Vera (eds.) (2012). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. Londres, Springer Verlag.
- REGITZ-ZAGROSEK, Vera (ed.) (2012). *Sex and Gender Differences in Pharmacology*. Berlín, Springer Verlag.
- SCHENCK-GUSTAFSSON, Karin; DECOLA, Paula; PFAFF, Donald e PISETSKY, David (eds.) (2012). *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel: Karger.
- Tamén existen normas de incorporación da perspectiva de xénero nas publicacións científicas. Véxase:
Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment: «Sex and Gender Analysis Policies of Peer-Reviewed Journals», <https://stanford.io/2V1gJWW>.

HEIDARI, Shirin; BABOR, Thomas F.; DE CASTRO, Paola; TORT, Sera e CURNO, Mirjam (2016). «Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use». *Research Integrity and Peer Review*, 1: 2.

En España, a revista *Gaceta Sanitaria* publicou un editorial baixo o título «Las desigualdades de género en la ciencia: GACETA SANITARIA da un paso adelante» coas seguintes recomendacións²¹:

Recomendacións para ter en conta o sexo e o xénero na publicación científica

Sección	Recomendación
Autoría	Debe figurar o nome completo de cada persoa autora para poder coñecer o sexo dos autores e das autoras.
Terminoloxía e linguaxe	Hai que utilizar terminoloxía correcta sen confundir os termos «sexo» (que se refire a diferenzas biolóxicas) e «xénero» (que se refire a desigualdades sociais). Utilizar unha linguaxe non sexista.
Título e resumo	Se só se inclúe poboación dun sexo é necesario especificar isto no título e no resumo.
Introdución	Débase incluír unha reflexión sobre as diferenzas de sexo ou sobre as desigualdades de xénero que se espera atopar (se é apropiado). Se o estudo se centra nun dos sexos, hai que xustificar o interese desta elección.

²¹ <https://bit.ly/36zUKtR>.

Sección	Recomendación
Métodos	<p>Explicar como se tivo en conta o sexo/xénero no deseño do estudo.</p> <p>Asegurar que existan mostras suficientes tanto de homes como de mulleres, e dar a coñecer os casos perdidos segundo sexo.</p> <p>Se o estudo analiza os datos para os dous sexos conxuntamente, xustificar o interese de o facer así.</p> <p>Hai que facer a análise estratificada por sexos sempre que os padróns de asociación das variables predictoras coas dependentes difiran segundo o sexo.</p>
Resultados	<p>Hai que mostrar os resultados estratificados por sexos.</p> <p>Nas revisións, débense analizar por separado os resultados de homes e mulleres para facilitar a súa metaanálise.</p> <p>Débense ter en conta as interaccións que permiten determinar as diferenzas por sexo ou desigualdades de xénero.</p>
Discusión	<p>Cabe mencionar as implicacións da análise da comparación entre sexos ou segundo o xénero.</p> <p>Se esta análise non se puido facer, é preciso comentar as limitacións.</p>

Algúns artigos para visualizar como se aplica a perspectiva de xénero na procura dos que partiu a información deste documento:

BLASCO-BLASCO, María del Mar, RUIZ-CANTERO, María Teresa; JUÁREZ-HERRERA Y CAIRO, Lucero Aída; JOVANÍ, Vega e PASCUAL, Eliseo (2017). «Sex and Gender Interactions in the Lives of Patients with Spondyloarthritis in Spain: A Quantitative-qualitative Study». *The Journal of Rheumatology*, 44(10): 1429-1435.

JOVANÍ, Vega; BLASCO-BLASCO, María del Mar; RUIZ-CANTERO, María Teresa e PASCUAL, Eliseo (2017). «Understanding How the Diagnostic Delay of Spondyloarthritis Differs Between Women and Men: A Systematic Review and Metaanalysis». *The Journal of Rheumatology*, 44(2): 174-183.

- JUÁREZ-HERRERA Y CAIRO, Lucero Aída; CASTRO-VASQUEZ, María del Carmen e RUIZ-CANTERO, María Teresa (2016). «Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres del Norte de México». *Salud Pública de México*, 58(4): 428-436.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; RUIZ-CANTERO, María Teresa; DEL RÍO-LOZANO, María; BORRELL, Carme e LÓPEZ-SANCHO, María del Pilar (2015). «Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014)». *Gaceta Sanitaria*, 29(6): 404-411.
- SÁNCHEZ DE MADRIAGA, Inés e RUIZ-CANTERO, María Teresa (2014). «Oportunidad de integración en la perspectiva de género en investigación e innovación en salud en Europa: red COST genderSTE». *Gaceta Sanitaria*, 28: 401-4.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa; VIVES-CASES, Carmen; ARTAZCOZ, Lucía; DELGADO, Ana; GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; MIQUEO, Consuelo; MONTERO, Isabel; ORTIZ, Rocío; RONDA, Elena; RUIZ, Isabel e VALLS, Carme (2007). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(ii): 46-53.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa; RONDA, Elena e ÁLVAREZ-DARDET, Carlos (2007). «The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(ii): 11-16.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; CASTAÑO LÓPEZ, Esther; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada; MAROTO-NAVARRÉS, Gracia e RUIZ-CANTERO, María Teresa (2007). «A tool to analyse gender mainstreaming and care-giving models in support plans for informal care: case studies in Andalusia and the United Kingdom». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(ii): 32-38.
- RUIZ CANTERO, María Teresa; PAPI GÁLVEZ, Natalia; CABRERA RUIZ, Virginia; RUIZ MARTÍNEZ, Ana; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos (2006). «Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud». *Gaceta Sanitaria*, 20(6): 427-434.

- RUIZ-CANTERO, María Teresa; SIMÓN-RODRÍGUEZ, Elena e PAPÍ-GÁLVEZ, Natalia (2006). «Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003». *Gaceta Sanitaria*, 20(2):161-165.
- VELASCO, Sara; RUIZ, María Teresa e ÁLVAREZ-DARDET, Carlos (2006). «Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres». *Revista Española de Salud Pública*, 80: 317-333.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa e VERDÚ-DELgado, María (2004). «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico». *Gaceta Sanitaria*, 18(i): 118-125.
- RUIZ, María Teresa e VERBRUGGE, Lois M. (1997). «A two way view of gender bias in medicine». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2): 106-109.

GUÍAS PARA UNHA DOCENCIA UNIVERSITARIA CON PERSPECTIVA DE XÉNERO

A incorporación efectiva da perspectiva de xénero na docencia universitaria segue a ser un reto pendente, a pesar do marco normativo vixente nos contextos europeo e estatal. Aplicada ao ámbito universitario, a transversalización de xénero é unha política integral orientada a promover a igualdade de xénero e a diversidade na investigación, a docencia e a xestión das universidades, todos eles ámbitos afectados por diferentes prexuízos. Unha transferencia de coñecemento nas aulas sensible á incorporación da perspectiva de xénero comporta diferentes beneficios, tanto para o profesorado como para o alumnado, e mellora a calidade docente e a relevancia social dos coñecementos, das tecnoloxías e das innovacións (re)producidas. Sobre estas bases e a estes obxectivos conságrase a colección de guías temáticas elaboradas pola Xarxa Vives d'Universitats e agora trasladadas á lingua galega, no marco das iniciativas financiadas con fondos do Pacto de Estado contra a Violencia de Xénero e desenvolvidas polas unidades de igualdade do Sistema Universitario Galego.

Ciencias da Computación

PALOMA MOREDA POZO

Dereito e Criminoloxía

M. CONCEPCIÓN TORRES DÍAZ

Educación e Pedagogía

MONTSERRAT RIFÀ VALLS

Filoloxía e Lingüística

MONTSERRAT RIBAS BISBAL

Filosofía

SONIA REVERTER-BAÑÓN

Física

ENCINA CALVO IGLESIAS

Historia

MÓNICA MORENO SECO

Historia da Arte

M. LLÚISA FAXEDAS BRUJATS

Medicina

MARÍA TERESA RUIZ CANTERO

Psicoloxía

ESPERANZA BOSCH FIOL
SALUD MANTERO HEREDIA

Socioloxía, Economía e Ciencia Política

ROSA MARIA ORTIZ MONERA
ANNA MARIA MORERO BELTRÁN

Xarxa Vives
d'universitats



galegía

Xacobeo 2021

XUNTA
DE GALICIA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Universidade de Vigo