



Universidad de Cantabria

Escuela Universitaria de Enfermería *Casa Salud Valdecilla*

Grado en Enfermería. Curso 2016/2017

Trabajo de Fin De Grado

Perspectiva de género en la salud de la mujer

Gender perspective on women's health

Autora: Celia Quevedo Mazorra

Directora: María Yolanda Martín Seco

Santander, julio 2017

Índice

Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
<i>Contextualización del tema</i>	2
<i>Justificación</i>	3
<i>Objetivos</i>	4
<i>Metodología.</i>	4
<i>Contenido del trabajo</i>	5
CAPÍTULO 1: Formación en género en Grado y Posgrado	6
CAPÍTULO 2: Investigación en salud de la mujer según la perspectiva de género	9
CAPÍTULO 3. Líneas de actuación desde la Enfermería	12
<i>Sesgos en la atención a la mujer</i>	12
<i>Formación profesional</i>	16
<i>Investigación</i>	16
<i>Práctica clínica con enfoque de género</i>	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	21

Resumen

En la actualidad, el género es considerado un determinante psicosocial que provoca discriminaciones en la salud de mujeres y niñas. La perspectiva de género consiste en un marco teórico que fomenta el análisis crítico de esta realidad, y su inclusión en el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas, se denomina *mainstreaming* de género. El personal de Enfermería, como agente de salud y víctima estereotipos y roles de género, no debe ser ajeno a esta realidad y debe integrar la perspectiva de género con el fin de ofrecer una atención equitativa y de máxima calidad.

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica que tiene por objetivo analizar la importancia del empleo de la perspectiva de género en la salud de la mujer y el papel que desempeña el personal de Enfermería en su aplicación. Para ello, se estudia el estado actual del enfoque de género en la educación superior y la investigación, y se delimita el rol de la profesión a nivel formativo, investigador y en la práctica clínica.

Palabras clave: enfermería, género y salud, perspectiva de género, investigación, formación.

Abstract

At present, gender is considered a psychosocial determinant that causes discrimination in girls and women's health. Gender perspective consists of a theoretical framework that encourages the critical analysis of this reality, and its inclusion in the design, execution and evaluation of public policies is called gender mainstreaming. Nurses, as health agents and stereotypes and gender roles victims, should not be unaware of this reality and must integrate gender perspective in order to offer equal and high quality care.

This work consists of a bibliographical review that aims to analyze the importance of gender perspective use in women's health and the nursing role in its application. To this end, we study current state of the gender approach in higher education and research, and delineate the role of the profession at the educational, research and clinical practice levels.

Key words: nursing, gender and health, gender mainstreaming, research, training.

Introducción

Contextualización del tema

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) postuló que la salud consiste en “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”, definición que sigue vigente a día de hoy (1). Así, se entiende que la salud no abarca simplemente la dimensión biológica de las personas, sino que es fruto de la combinación de factores biológicos, psicológicos y subjetivos, sociales, culturales, demográficos, políticos y económicos, entre los que se encuentra el género.

El término “género” hace referencia a las cualidades y características, definidas por la sociedad, asociadas a mujeres y hombres, tales como las normas (comportamientos apropiados), los roles (funciones y responsabilidades) y las relaciones (interacciones en los distintos contextos) existentes entre ellos y que la sociedad considera apropiados, conformando categorías o identidades de género: lo “masculino” y lo “femenino” (2,3). Se trata de un concepto modificable de gran variabilidad cultural, que tradicionalmente ha favorecido el establecimiento de desigualdades en favor de los hombres o, dicho de otro modo, desigualdades de género que afectan negativamente a la vida de las mujeres. Un ejemplo significativo de estas diferencias radica en la brecha salarial. Un informe publicado recientemente por la Comisión Europea desvela que las mujeres cobran un 16,3% menos y ganan de media un 40% menos que sus compañeros masculinos (4).

El concepto de género, cuyas primeras apariciones se remontan a la primera mitad del siglo XX, fue popularizado por Robert Stoller en la segunda mitad del siglo XX, autor que estableció la diferencia conceptual con respecto al “sexo”, entendido como la condición biológica del individuo manifestada a través de sus características anatómico-fisiológicas, es decir: hombre o mujer (3,5). Tradicionalmente se ha utilizado en la literatura una definición de “mujer” que aglutinaba un estamento homogéneo y uniforme que invisibilizaba la gran diversidad y complejidad del término, por lo que es conveniente destacar que existen identidades no binarias (masculino-femenino) que deben ser reconocidas, como la intersexualidad o la transexualidad, ya que estos colectivos también se encuentran bajo el influjo de las normas sociales, roles y relaciones vinculados al género (6). El género también es susceptible de estas variaciones, existiendo personas cuya categoría no concuerda con el género que se le asignó al nacimiento, las denominadas *transgénero* (7).

Actualmente, el género es considerado por la OMS como un determinante psicosocial de la salud debido a que provoca discriminaciones en la salud de mujeres y niñas (3,8). Según esta institución, su interacción con variables sociales y económicas provoca estigmatización y prácticas discriminatorias, entre las que se encuentran diferencias en la exposición a factores de riesgo o vulnerabilidad (p.ej., las mujeres son más susceptibles a padecer enfermedades mentales), experiencias de salud desiguales (las mujeres perciben que su nivel de salud es peor que el de los hombres) u obstáculos en el acceso, uso y control de los recursos sanitarios, lo que impide que éstas disfruten de servicios de calidad y se beneficien del máximo nivel de salud posible (2,9).

Una prueba de que el sexo, y consecuentemente el género, supone un factor diferencial en salud radica en que las mujeres, a pesar de ser más longevas, poseen peor calidad de vida debido a la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes como la osteoporosis, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o los trastornos mentales (10).

En la Carta de Ottawa formulada por la OMS en 1986 (11) se especifica que la equidad es un requisito indispensable para la salud, entendiendo por equidad que tanto mujeres como hombres, en cualquier etapa de su vida y con sus diferencias, puedan gozar de las mismas

oportunidades y condiciones de ejercer sus derechos y alcanzar su máximo potencial de salud, contribuyendo al avance sanitario y beneficiándose de los resultados (2). Sin embargo, la evidencia muestra que a día de hoy la salud de mujeres y hombres es diferente a la par que desigual (12), por un lado porque sus características biológicas influyen de manera distinta en la salud, pero también porque en ella intervienen factores como el género, que influye de manera negativa en la calidad de vida y el bienestar de las mujeres (13). Son dos las creencias que falsean la realidad sobre la salud de las mujeres: la primera es pensar que hombres y mujeres son iguales, lo que induce a ignorar riesgos y/o enfermedades específicas de cada sexo o género, y la segunda consiste en creer que existen diferencias cuando no las hay, lo que supone que, por ejemplo, ciertos síntomas no sean valorados en su totalidad. Resulta necesario remarcar que no todas las diferencias producen inequidades, sino solo aquellas que son innecesarias, evitables y, además, injustas (14,15).

Ampliamente demostrada ha sido la existencia de los sesgos de género en la práctica clínica (16) motivados, principalmente, por los estereotipos sociales, generando inequidades en la atención y, consecuentemente, en el nivel de salud. Por ejemplo, existe evidencia de que, de forma involuntaria y no consciente, se realiza un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico si quien padece la enfermedad es mujer (17). Otro ejemplo de sesgo consiste en no tener en cuenta la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, es decir, ignorar las distintas necesidades y manifestaciones de las mismas enfermedades. Estas son muestras de las diferencias sociales existentes entre mujeres y hombres, profundamente arraigadas y que derivan en una situación de desigualdad de poder (2).

En este contexto, la perspectiva de género se define como un marco conceptual que permite una visión crítica de la realidad teniendo en cuenta las relaciones sociales de poder entre los géneros, sus implicaciones y efectos (18). Este concepto tiene sus orígenes en el movimiento feminista surgido en la década de 1970 e implica el reconocimiento del género como un término dinámico que se interrelaciona con elementos de la identidad individual como, por ejemplo, la etnia, la sexualidad, la clase, la religión o la edad, y construye relaciones de poder edificadas históricamente en beneficio del hombre y en detrimento de la mujer (6).

La perspectiva de género comenzó a tener impacto internacional a partir de la celebración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing de 1995 (19). Este evento supuso el salto cualitativo que logró consolidar el compromiso internacional con la igualdad de género, ya que abogó por “integrar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas para analizar sus consecuencias para las mujeres y los hombres respectivamente, antes de tomar las decisiones”. Durante esta conferencia se aprobó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, que incorporó un nuevo concepto, el *gender mainstreaming*, o transversalidad de la perspectiva de género. El *mainstreaming* es un mecanismo de actuación que implica la inclusión de la perspectiva de género como un instrumento universal para el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas públicas, independientemente de su contenido o ámbito de aplicación. Esta metodología implica el análisis holístico de la sociedad, haciendo especial hincapié en las causas estructurales y fundamentales de la desigualdad. De este modo se pretende reorganizar la sociedad de forma conjunta, incidiendo tanto en las decisiones económicas y políticas como en las propias instituciones públicas, generando un cambio en global (19-21).

Justificación

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, queda justificada la relevancia del enfoque de género dentro de la salud, es decir, el reconocimiento de las diferencias culturales entre mujeres y hombres con el fin de delimitar las diferencias en la experiencia de salud en

las distintas personas y responder consecuentemente a estas necesidades, y la Enfermería, como profesión sanitaria, debe ser sensible a este enfoque.

La profesión enfermera se ha visto tradicionalmente influida por los estereotipos de género. Integrada mayoritariamente por mujeres, es considerada una profesión eminentemente femenina, lo que ha contribuido a la “naturalización y devaluación” de los cuidados, es decir, a considerarlos como algo que no precisa cualificación ni esfuerzo (22).

Por ello, resulta necesaria la introducción de la perspectiva de género en la formación de los y las profesionales sanitarias/os y en la investigación en salud, de modo que se integre una concepción global de la salud que garantice una adecuada actuación sanitaria en todos los niveles: promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento, así como para mejorar la propia percepción intraprofesional (23).

Las y los profesionales de Enfermería, como agentes activos de salud, no deben ser ajenos a la influencia que el género tiene en ésta y consecuentemente deben aplicarla para ofrecer una atención de máxima calidad y apuntar así hacia la excelencia en los cuidados.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la importancia del empleo de la perspectiva de género en la salud de la mujer y el papel que desempeña el personal de Enfermería en su aplicación.

Objetivos específicos

- Identificar la situación actual de la formación en género en los estudios de Grado y Posgrado.
- Reconocer el estado actual de la inclusión de la perspectiva de género en la investigación en salud.
- Delimitar y profundizar en el rol de Enfermería con respecto a la perspectiva de género.
- Establecer la importancia de los cuidados enfermeros como disciplina profesional, al margen de los roles de género.

Metodología.

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica. La estrategia de búsqueda se basó en una recopilación de la literatura publicada mediante búsqueda bibliográfica manual así como a través de bases de datos electrónicas especializadas en Ciencias de la Salud, tales como PubMed-Medline, Cuiden, Dialnet, SciELO, Google Scholar, etc. Para ello, se alternó la utilización del lenguaje controlado mediante descriptores (MeSH y DeCS) y operadores booleanos (AND) (OR) y (NOT) con el lenguaje natural. La búsqueda se realizó en español e inglés, y los términos seleccionados respectivamente fueron enfermería (*nursery*), identidad de género (*gender identity*), género y salud (*gender and health*) perspectiva de género (*gender perspective/gender mainstreaming*), investigación (*research*) y formación/capacitación (*training*). También se realizó una búsqueda a través de bases de datos de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o páginas web de organismos oficiales, como el Instituto de la Mujer, el Observatorio de Violencia de Género, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, etc.

Las referencias más relevantes fueron seleccionadas a partir de los siguientes criterios de inclusión: contenidos relevantes para el trabajo y relacionados con la Enfermería o la salud y

que cumplieran con los objetivos propuestos. Como criterios de exclusión figuraban los recursos que estuvieran en otro idioma que no fuera el español o el inglés y que no aportaran información relevante sobre el tema. También se excluyeron los artículos que no contaban con acceso libre a los textos completos. En un inicio se limitó la búsqueda a artículos publicados en los últimos cinco años, pero por la cantidad y características del contenido obtenido se decidió ampliar la plazo temporal a diez años, incluyéndose excepciones que por su relevancia para el tema no debían de ser excluidos.

En total, se obtuvieron 183 artículos o referencias, de las cuales han tenido relevancia para el trabajo 94.

Contenido del trabajo

El cuerpo de este trabajo consta de tres capítulos bien diferenciados.

En el primero se analiza la formación existente actualmente en género dentro de la enseñanza superior. Para ello, se realiza un repaso al marco legislativo vigente que respalda la presencia de la perspectiva de género dentro de las universidades, se cuantifica la oferta de estudios en género y se lleva a cabo una comparativa a nivel internacional.

En el segundo capítulo se estudia la investigación en salud de la mujer según la perspectiva de género. Se explora, por una parte, la desigualdad entre mujeres y hombres en la participación en investigación y, por otra, se analizan los sesgos existentes en investigación en salud, realizando un repaso por distintas iniciativas internacionales en investigación con enfoque de género.

En el tercero se describen las líneas de actuación desde la Enfermería con respecto a la perspectiva de género, estudiando los roles y estereotipos asociados a la profesión y sus repercusiones dentro de la propia profesión y en la atención a las mujeres. También se estudia el estado de la formación y la investigación en género dentro de la profesión, y se reflexiona sobre la práctica clínica con enfoque de género.

Por último, se exponen en un apartado final las conclusiones obtenidas, en el que se muestra el estado actual de la perspectiva de género en la formación, investigación y práctica clínica y se realiza un balance global sobre la importancia de su presencia en ellas.

CAPÍTULO 1: Formación en género en Grado y Posgrado

¿Por qué es importante la perspectiva de género en la formación?

La educación es un agente influyente en la construcción de la cultura, lo que le proporciona poder para mantener o transformar la forma de pensar y de actuar de la población. Así, la perspectiva de género en la educación se erige como una herramienta que dota al alumnado de un marco interpretativo que facilita el análisis crítico de la realidad social a la vez que permite adaptarse a ella para transformarla en un espacio equitativo, generando de esta forma cohesión social y justicia (24).

La perspectiva de género impulsa el reconocimiento femenino a la vez que consolida un modelo justo y solidario que potencia el desarrollo de las sociedades, tal y como mostró la Comisión Europea cuando en 2010 definió la formación y la educación como pilar fundamental en “Europa 2020, la estrategia de la Unión Europea (UE) para un crecimiento inteligente, sostenible e inclusivo” (25).

Dentro del Espacio Europeo de Educación Superior las tasas de graduación femenina superan a las de los varones en la mayoría de los Grados, tendencia que se mantiene en España y que sin embargo se muestra contraria a la de Estados Unidos (EEUU) (26). La tasa de abandono a este nivel es mayor entre los varones, al contrario que en etapas de formación más avanzadas, como los Doctorados, por lo que sería interesante conocer su relación con la situación familiar (maternidad) y los apoyos personales e institucionales. En Noruega, las mujeres conforman un 61% del alumnado de Grado, un 52% de doctorado y solo un 37% de investigadoras. En España los porcentajes son del 54%, 49% y 39% respectivamente, cifras muy similares a las de EEUU (27).

La formación académica de las mujeres está marcada por una fuerte segregación vertical, el denominado “techo de cristal”. Este concepto hace referencia a la dificultad en el ascenso laboral de las mujeres dentro de las organizaciones, que les impide alcanzar los cargos de responsabilidad (28). En 2014, las mujeres solo representaban el 20% de las líderes de instituciones educativas superiores (28). En relación al análisis de los determinantes de éxito profesional, evaluado como la probabilidad de promoción, se ha comprobado que los hombres tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de ser promocionados a catedráticos. Resulta ilustrativo que en 2007 la media de catedráticas en España fuera del 15%, en Europa del 18% y en Estados Unidos rondara el 28%. Este porcentaje aumentó en 2015 hasta el 21% en España y Europa, pero sigue siendo relevante la infrarrepresentación de las mujeres en los altos cargos universitarios (29).

En España, la igualdad de género en la docencia está respaldada jurídicamente por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (30), que en su artículo 4.7 especifica que “las universidades incluirán y fomentarán en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal”.

Asimismo, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (31) prevé la aplicación de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad para el acceso al empleo, la formación, la promoción profesional, las condiciones de trabajo y bienes y servicios. En su Artículo 25 se reconoce el rol prioritario que deben desempeñar las universidades a través del fomento de la enseñanza y la investigación específica en materia de género. Igualmente, en el Artículo 27 y la disposición adicional octava de la misma ley se disponen la integración del principio de la igualdad en política de salud, bien a través de la promoción, la investigación, o la formación de las y los profesionales sanitarios.

Esta Ley tiene su equivalente europeo en la Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 (32).

Por otro lado, en la Ley Orgánica 4/2007 de Universidades (33), actualización de la anterior Ley Orgánica 6/2001, ampara la creación de sistemas que favorezcan la paridad y aumenten la participación de las mujeres en los grupos de investigación y gestión, así como la creación de programas específicos sobre la igualdad de género. Asimismo, en la disposición adicional duodécima se insta a estas instituciones a la creación de Unidades de Igualdad con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad. En el contexto del cumplimiento de esta ordenanza se constituyen organismos como la Red de Unidades de Igualdad de Género para la Excelencia Universitaria (RUIGEU) (34), que coordina el trabajo de los diferentes servicios universitarios relacionados con la igualdad.

A pesar de este marco normativo, la situación real muestra que no se está aplicando de forma real o efectiva la transversalidad de género en la formación (35). Las causas de esta ausencia se deben a numerosas razones, entre las cuales podría encontrarse la falta de concreción de la legislación, que no marca medidas o acciones concretas, o la falta de conocimientos y destrezas del profesorado encargado de su aplicación (36).

En España, a fecha de 2017, la única universidad que cuenta con un Grado específico es la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) (Grado en Igualdad y Género). En el resto de Grados la formación en género está presente, si lo está, en forma de asignaturas aisladas, ligadas casi exclusivamente a las pertenecientes a las Ciencias Sociales y Jurídicas.

Así, la única forma de adquirir formación universitaria en género en España es a través de Programas Oficiales de Posgrado en Estudios de Género (Master, Doctorados, etc.), que fueron reconocidos por primera vez en el curso 2006-2007 y que en la actualidad, a fecha de febrero de 2017, suman una oferta de catorce Master y dieciocho Doctorados. La URJC es la única entidad de educación superior en España especializada en estudios de género, contando con una cátedra, un programa de doctorado, un máster oficial y un título propio, aunque este último ya no es ofertado para alumnas/os de nuevo ingreso. En junio del año 2016 el Gobierno de España realizó una convocatoria, a través del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, de concesión de subvenciones destinadas a la realización de posgrados de estudios de género y actividades del ámbito universitario, relacionadas con la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, que retiró en diciembre de ese mismo año alegando “la imposibilidad material de continuarlos por causas sobrevenidas” (37).

El organismo responsable de supervisar las recomendaciones de la Ley de Igualdad es la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), pero el control que ejerce no es estricto y éstas no se cumplen (35).

En respuesta a esta situación, en septiembre de 2016 se creó la Plataforma Universitaria de Estudios Feministas y de Género, en la que colaboran aproximadamente 40 entidades universitarias, agencias de investigación y asociaciones, y cuyo objetivo se centra en reivindicar el cumplimiento de la legislación en igualdad de género y fomentar la creación de un área de conocimiento específica. Asimismo, numerosas universidades, entre ellas la Universidad Carlos III de Madrid, se unieron en junio de 2015 para la creación de un Manifiesto por la inclusión de los Estudios Feministas, de Mujeres y de Género en la Universidad (38).

El panorama internacional muestra una situación distinta. Por ejemplo en Noruega, país que ocupa el primer puesto en la clasificación del Índice de Desigualdad de Género (IDG)* (39) (España ocupa el puesto 27), existen dos opciones de Grado en las universidades de Bergen, Oslo, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), y Stavanger, así como numerosas opciones de Master y cursos (40). Asimismo, cuentan con múltiples recursos para posgrado como el National Research School in Gender Research o InterGender (41), centrado en doctorados. Pero es Estados Unidos, octavo en el IDG, quien ostenta la mayor variedad de oportunidades para los estudios de género, ya que cuenta con más de 170 *Bachelor programmes* (equivalentes al Grado del Espacio Europeo Superior) y más de 40 programas de Master especializados.

Según el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE), existen una serie de factores que contribuyen a la eficacia de la formación en igualdad de género (42), a saber: que se produzca la integración de las formaciones en igualdad de género en las políticas nacionales (como ha sucedido, por ejemplo, en Finlandia, Luxemburgo o Portugal), la adaptación de la formación en igualdad de género al contexto y las necesidades de las personas destinatarias, y el reconocimiento de los desequilibrios de poder. Esta entidad también sugiere una serie de competencias para el profesorado con el fin de que participen en los procesos con éxito, que son:

- Comprensión de los procesos sociales, dinámicas de grupo, mecanismos de inclusión y exclusión.
- Comprensión del liderazgo y la gobernanza.
- Auto-conciencia sobre las maneras en que una persona aborda su propia “diversidad”.

En resumen, la inclusión de la perspectiva de género se plantea como una asignatura pendiente en la educación superior española a pesar del potente marco legislativo bajo el que está amparada. Una de las cuestiones que se plantean es el cómo hacerlo, es decir, si la transversalización del enfoque de género y eliminación de los sesgos en las asignaturas establecidas es suficiente o si resultaría pertinente la introducción de nuevas asignaturas con el fin de que el alumnado adquieran competencias específicas en género. Estas competencias implicarían la incorporación por parte las y los alumna/os de una perspectiva crítica en cuanto a prejuicios, creencias, comportamientos y prácticas sexistas, a la vez que se integrarían principios éticos y morales no sexistas, contribuyendo con sus conocimientos y habilidades a fomentar la igualdad de género.

* El IDG, creado por las Naciones Unidas (39), contempla tres esferas del desarrollo humano: la salud reproductiva, el empoderamiento femenino y la situación económica, y sirve de guía para comparar las desigualdades entre países. Su valor oscila entre el 0 y el 1, de forma que cuanto mayor es el valor, más elevado es el nivel de desigualdad. El primer puesto de la clasificación corresponde al país con menor IDG.

CAPÍTULO 2: Investigación en salud de la mujer según la perspectiva de género

Tradicionalmente, dos han sido los problemas que han afectado a la investigación en salud de la mujer (43):

1. La desigualdad de oportunidades de participación en la creación de conocimiento científico según el género.
2. El conocimiento científico en salud está genéricamente sesgado como resultado de una perspectiva tradicionalmente androcéntrica del ser humano.

Las inequidades de género en cuanto al desarrollo de la carrera científica son evidentes. En el año 2006 la National Academy of Sciences publicó el documento *Beyond Bias and Barriers* (44), donde ofrecía evidencia sobre la barrera que implica la tenencia de hijos para la carrera profesional académica. Tanto a nivel internacional como nacional, el impacto de la vida familiar en las mujeres crea un obstáculo en su carrera académica, en su productividad científica y en su promoción, mientras que en los varones parece no tener ningún impacto o, incluso, es un factor favorecedor (35). Generalmente, los hombres tienen más oportunidades, facilidades y acceso a tiempo para llevar a cabo labor investigadora, de forma que su productividad científica, medida en forma de publicaciones, es mayor (22,35), mientras que se observa que las mujeres dedican más tiempo a la docencia. En cuanto a la participación en becas pre y postdoctorales, se ha observado que, por lo general, se proporcionan más concesiones a los varones.

En ocasiones, la subestimación de los temas y metodologías (como la cualitativa) son la razón del menor soporte a las investigaciones presentadas por mujeres (22). En la actualidad, la investigación sanitaria obedece a las distintas vías de financiación existentes, de las cuales destacan, entre otras, las ayudas a la investigación concedidas por los organismos estatales. El Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), agencia de carácter público, convoca ayudas que conforman un indicador fiable del estado de la investigación biomédica. En estas investigaciones debe figurar una persona como “investigador principal”, lo que permite conocer la distribución de las ayudas por razón de sexo. El estudio de este dato ha revelado que los proyectos presentados y encabezados por mujeres tienen menos probabilidades de obtener financiación, por lo que resultaría interesante investigar por qué: quizá los temas propuestos por las investigadoras generan menos interés, o bien no responden a problemas prioritarios. Esta tendencia se repite en otros organismos similares como el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), aunque sería necesario un estudio más exhaustivo para determinar diferencias estadísticamente significativas.

Parte de los sesgos en la investigación nacen de la equívoca presunción de igualdad entre hombres y mujeres, que derivan en la consecuente exclusión de éstas de los ensayos clínicos y la automática extrapolación de los resultados obtenidos de los estudios con varones a la población general. Las razones alegadas para esta exclusión son variadas: la posible existencia de efectos sobre el embarazo y la lactancia en mujeres fértiles, la confusión generada por los cambios hormonales dependiendo del estado del ciclo menstrual, las mayores tasas de abandono que presentan las mujeres durante el seguimiento o una mayor predisposición por parte de estas a sufrir efectos secundarios. Precisamente debido a estas diferencias se plantea necesaria su inclusión, puesto que todos los resultados que no tengan en cuenta estas variaciones no pueden ser válidos (17).

Los sesgos pueden darse en todas las fases del proceso de investigación, tanto en el contexto de la justificación, es decir, en la metodología utilizada, como en el descubrimiento o

desarrollo de la hipótesis, y pueden corresponder a sesgos de selección, medición o confusión (45).

Una de las soluciones que se plantea para solucionar esta situación pasa por aumentar el número de mujeres participantes en los ensayos, y que estos cuenten con un diseño, análisis e interpretación con enfoque de género (17).

La ley 3/2007 establece que debe aplicarse siempre que sea posible la desagregación por sexo de los datos contenidos en encuestas, registros, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género. Fraccionar y analizar los datos por sexo en las investigaciones ha permitido mostrar no solamente la diferente prevalencia de algunas enfermedades, sino también su etiología, manifestaciones y curso, lo que facilita el análisis de los indicadores de salud, ya que mujeres y hombres en muchas ocasiones no comparten factores protectores ni de riesgo. Sin embargo esta estrategia es pobre si no se incorpora el enfoque de género (46).

Contar con un marco teórico que incluya el género permite visibilizar las consecuencias de los sesgos de investigación en la atención sanitaria y la salud (ya que estos se traducen en sesgos diagnósticos y terapéuticos), lo que permite ajustarse a las necesidades reales de salud y cubrir los vacíos de conocimiento existentes, proporcionando una atención que atienda a las diferencias y por tanto más equitativa.

Tanto los estados como las propias universidades están implementando medidas correctoras de esta realidad, consiguiendo solamente éxitos parciales. En el Séptimo Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico (7PM) impulsado por la Comisión Europea se estableció que “la integración de la dimensión del género y la igualdad de género se abordará en todos los ámbitos de la investigación” (47), y se fijó en un 40% el objetivo de participación femenina. Así, en relación a las actividades en Salud, “los participantes deben considerar la posibilidad de las diferencias género/sexo en los factores de riesgo, los mecanismos biológicos, las causas, el momento, la manifestación clínica, las consecuencias y el tratamiento de enfermedades y trastornos” (48).

Más recientemente, la Visión Estratégica del Espacio Europeo de Investigación estableció como meta para el año 2030 que la mitad del personal científico, en todos los niveles y disciplinas serán mujeres (49). Actualmente y según datos del Instituto de Estadística de la Unesco (UIS, en sus siglas en inglés), solo un 28% de los investigadores mundiales existentes son mujeres (27). En Europa Central y Oriental, el promedio es del 40% (en España 39%), mientras que en Europa Occidental y América del Norte es del 32%.

En España, la Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (50) demanda en su disposición adicional decimotercera la inclusión de la perspectiva de género como categoría transversal, además de reclamar la presencia equitativa de mujeres dentro de los organismos públicos de investigación, comités y consejos, eliminando los sesgos de género. Esta normativa refuerza la Ley de Igualdad de 2007 y la Ley de Universidades del mismo año.

Implementar programas de igualdad en la investigación implica la mejora de los equipos de trabajo, ya que se atrae a investigadores de alto nivel. De igual forma, aplicar el enfoque sensible al género implica considerar éste como una variable clave analítica y explicativa, y proporciona mayor calidad y validez a los contenidos de las investigaciones, evitando los resultados sesgados y otorgando mayor relevancia social (48). Habitualmente sucede que los estudios pertenecientes al área del género y las mujeres aparecen publicados en revistas con poca repercusión, lo que hace que este tema no quede integrado ni sea percibido como prioritario (22). Para que esto sea posible es imprescindible invertir recursos específicamente en investigación sobre género.

La aplicación de la dimensión de género dentro de la investigación en ciencias de la salud debe estar presente en todas sus fases (43), comenzando por la creación de políticas públicas en investigación en salud, pasando por el diseño, ejecución y evaluación de los proyectos y finalmente durante la posterior difusión de los resultados obtenidos.

Noruega constituye un referente europeo en investigación basada en el género, y así lo apunta el Research Council en el documento *Gender balance and gender perspectives in research and innovation* (51): la investigación debe ser un reflejo de las diferencias biológicas, sociales y culturales de los individuos, y debe estar impregnada de perspectiva de género ya que ésta contempla la diversidad. Además, señalan que la investigación genera conocimiento que sirve de base para el desarrollo social, la formulación de políticas y el desarrollo de productos y servicios, y por tanto es esencial que este conocimiento beneficie a todos los individuos en la sociedad, independientemente de su género. También en el ámbito europeo destacan las iniciativas *Increasing capacity for implementing gender action plans in science (GenSET)* (52) y el *European Gender Summit* (53), que actualmente suma ocho ediciones, orientadas a la aplicación de *mainstreaming*,

Las universidades norteamericanas de Michigan y el Massachusetts Institute of Technology (MIT) y el National Science Foundation también son referentes mundiales de la promoción del *mainstreaming* para las instituciones científicas. Desde los años 70 muchas universidades norteamericanas han implementado programas de acción positiva, con especial relevancia del MIT con su programa *Women's and Gender Studies (WGS)* (54), y sus informes sobre el estado de las mujeres dentro de la ciencia en la institución (55). Destaca notablemente el programa ADVANCE, fundado en 2001, de la National Science Foundation, que parte de la premisa de que las diferencias de género en la carrera científica están fomentadas por las propias instituciones, es decir, se trata de un problema estructural, por lo que sus acciones están orientadas hacia las propias instituciones en vez de hacia las estudiantes, a través de la financiación de medidas activas para una reestructuración institucional orientada al la mejora de la gestión de los recursos humanos considerando la dimensión de género.

Con el fin de promover la igualdad entre mujeres y hombres en la ciencia y la investigación la Comisión Europea implementa una estrategia sistemática que reconoce tres aspectos en el binomio mujeres-investigación (48):

- El fomento de la participación de las mujeres en la ciencia y la investigación;
- La investigación debe abordar las necesidades de las mujeres, así como las de los hombres;
- Debe existir una investigación específicamente de género dirigida a mejorar la comprensión de las cuestiones de género en la ciencia.

Las acciones que deben llevarse a cabo implican desde la participación de las mujeres en la investigación hasta el análisis de la dimensión de género. De esta forma se proporcionan las mismas oportunidades de participación a mujeres que a hombres a la vez que se integra el género en el contenido de la investigación de manera continua, desde la idea inicial hasta la difusión de resultados.

CAPÍTULO 3. Líneas de actuación desde la Enfermería

La Enfermería es percibida socialmente como una profesión feminizada, es decir, “de mujeres”. Esta concepción viene sustentada por los estereotipos de género que tradicionalmente han vinculado la provisión de cuidados con el sexo femenino, lo que se refleja en la escasa presencia de hombres enfermeros (22). A esto hay que añadir la imagen irreal que se tiene de la profesión, basada en tópicos: es recurrente, en el ideario masculino y en la publicidad, que aparezca la enfermera como objeto sexual, vestida de forma atractiva (22). Dentro de este ideario de la (mujer) enfermera no entran, ni el carácter profesional ni la calidad en la atención propias de la profesión, todo ello potenciado por el carácter no universitario de los estudios hasta hace pocas décadas (1977), lo cual contribuye a la minusvaloración de la carrera.

Otra de las consecuencias de los estereotipos presentes en la Enfermería es la consideración de que se trata de un trabajo que no requiere cualificación. Un ejemplo ilustrativo de esta realidad lo constituye la promulgación en 2015 del Real Decreto de Prescripción Enfermera (56), en el que se incapacita cualquier actuación o decisión del personal de Enfermería relacionada con el uso de medicamentos, obstaculizando la continuidad de los cuidados y la toma de decisiones sobre el proceso de salud del paciente, que finalmente repercute en la optimización y coordinación de los recursos así como en su propia seguridad.

A pesar de constituir una carrera altamente feminizada, diversos estudios evidencian que el éxito de los hombres dentro de la profesión es desproporcionado comparado con el de las mujeres, y encuentran desventajas asociadas al género, como que las enfermeras son menos apreciadas como candidatas para los puestos de responsabilidad (los anteriormente citados techos de cristal) (57). Dichos estudios no establecen las causas específicas de estas desventajas. Dentro de las mismas podrían encontrarse: la sobrecarga familiar generada por la doble jornada laboral de la mujer y su imposibilidad de conciliar, la presión social referente a la maternidad o la creencia de que las mujeres no tienen autoridad ni capacidad de liderazgo, sumado a que a las mujeres se les exige más esfuerzo y méritos que a sus compañeros varones para obtener el mismo reconocimiento (22). Como consecuencia, los puestos de mayor rango a nivel universitario están dominados por hombres: en el 2007 representaban el 100% de titulares de universidad y el 60% de cátedras de escuela universitaria, mientras que las mujeres ocupaban el 73% de las titulares de escuela universitaria y el 67% de las profesoras asociadas. Esta referencia es antigua, pero también es la última disponible, lo que apoya la poca importancia que se atribuye a la perspectiva de género.

En resumen, las relaciones de poder fruto del género que imperan en la sociedad, se ven reflejadas en la organización y asignación de las profesiones sanitarias y de los puestos de responsabilidad, en las que se relega a las mujeres a posiciones de menor poder (58), y donde el dominio masculino se extiende a todos los niveles, desde la formación y la investigación hasta la asistencia, la gestión y la comunicación en el entorno sanitario (22).

Sesgos en la atención a la mujer

Un ejemplo sobre la importancia lo expuesto anteriormente consiste en que los estereotipos que posee el personal sanitario favorecen la creación de conocimiento epidemiológico específico sesgado en sus observaciones clínicas (58). Por ejemplo, Tomás y Yago (58) defienden que la atención a la salud de las mujeres está disgregada en distintas áreas, entre las que existe poca coordinación, con una importante sobredimensión del aspecto reproductivo, lo que genera que se dispense una atención fragmentada a la vez que desigual, ya que existe una falta de atención a los problemas no ginecológicos o a los meramente preventivos, cuando son estos los que mayor prevalencia tienen (enfermedades

cardiovasculares, mentales, etc.). A modo de ejemplo, las patologías reproductivas que no tienen una relación directa con la fertilidad, como el cáncer de cérvix, las infecciones del tracto reproductivo y urinario, los prolapsos uterinos y vaginales, etc., no ocupan lugares relevantes en la literatura o la investigación, a pesar del sufrimiento y las consecuencias que generan en muchas mujeres (59). Por otro lado, teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la mujer es remarcable la ausencia de programas específicos de prevención orientados hacia ellas.

Por tanto, nos encontramos programas de salud enfocados a mujeres *cis* (no contemplan a las transexuales ni a las transgénero), basados en la genitalidad y la reproducción.

Los sesgos en la atención a las mujeres no están solamente presentes durante su edad fértil, sino que aparecen en todas las etapas de sus vidas (10).

Las diferencias en salud en la infancia se dan con mayor fuerza en los países subdesarrollados, como India o China, y se manifiestan a través de la discriminación en el acceso a los servicios, la nutrición inadecuada o prácticas de salud sesgadas (59,60). Así, en estos países se observa una menor tasa de inmunizaciones en niñas que en niños, o una menor predisposición a buscar tratamientos cuando la que sufre la enfermedad es una niña (60). En algunos países está extendida la ejecución en la adolescencia de técnicas no basadas en evidencias científicas, como la mutilación genital femenina.

Sobrepasada la edad fértil, un evento reproductivo normal como la menopausia se convierte en objeto de medicalización, también sin una base sólida sobre la que sustentarse, con especial protagonismo de las terapias hormonales sustitutivas (59), que siguen siendo utilizadas a pesar de su conocido desequilibrio riesgo-beneficio y su relación con el cáncer.

Más adelante, en la vejez, es un fenómeno conocido que las mujeres son menos sometidas a procedimientos preventivos o curativos, y se les brinda menos información sobre sus enfermedades y pronóstico (61). La excesiva medicalización de la que son víctimas se solapa con el hecho de que habitualmente son excluidas de los ensayos clínicos en favor de personas más jóvenes, por lo que en muchos casos se desconoce el impacto real de los fármacos sobre ellas. Por último, su sexualidad no entra dentro de las consideraciones de los sistemas de salud, condicionando y reduciendo su realidad social (61).

Los programas de salud de la Comunidad Autónoma de Cantabria y el grado de conocimiento que tienen de ellos los profesionales sanitarios (62) es un ejemplo claro de lo anteriormente expuesto. En un estudio realizado por el Observatorio de Salud de Cantabria en 2015 (62), un 42,6% del personal sanitario encuestado declaró no percibir diferencias en cuanto a la salud de mujeres y hombres, y un 57,5% afirmó no percibir ninguna o no habérselo planteado antes de la encuesta. En él se detalla que la salud sexual y reproductiva constituye una de las principales categorías diferenciales en salud entre mujeres y hombres percibidas por el personal sanitario encuestado, precedida únicamente por la salud mental. Casi un 60% de los participantes no había participado nunca en actividades de formación, y solo un 7,1% aseguró estar llevando a cabo alguna iniciativa para afrontar las diferencias de salud en mujeres y hombres. En resumen, el estudio concluye que existe un escaso interés por parte del personal sanitario en la perspectiva de género en la salud, al que se suma una falta de percepción de necesidad de abordarlo en la práctica clínica.

Dentro de estos planes merece especial atención el referente a la actuación ante los malos tratos y violencia de género. La violencia de género es definida en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género como aquella “violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de

quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.

La violencia contra las mujeres puede aparecer en forma física, sexual, psicológica (emocional o de control), y/o económica, atenta contra los derechos humanos y compone un importante problema social y de salud pública (30,63). Las consecuencias que provoca en la salud abarcan desde el malestar físico (lesiones diversas debidas al maltrato físico, deterioro funcional, dolor crónico, quejas somáticas, trastornos de la salud sexual y reproductiva, etc.) hasta el psíquico (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, abuso de sustancias, etc.) y social (aislamiento, absentismo laboral y pérdida de empleo, etc.) (63). Según datos de la OMS, un 35% de mujeres ha padecido violencia de género en algún momento de su vida (64). En España, las víctimas mortales de este tipo de violencia ascendieron a 60 en 2015 y 44 en 2016, y se observa una tendencia mantenida en el tiempo (65). La gravedad y la elevada incidencia de esta realidad justifican la puesta en marcha de medidas específicas para luchar contra esta lacra social.

El personal de los servicios sanitarios tiene una posición crucial para detectar y ayudar a las víctimas de violencia de género, ya que es probable que tengan contacto con ellas en algún momento de sus vidas. Además, estas mujeres tienden a usar más los servicios sanitarios debido a las consecuencias de los malos tratos sobre su salud (63). Consecuentemente, dentro de las competencias que el alumnado de Enfermería debe adquirir en el Grado es “conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia” (66).

En el año 2015 se identificaron al menos 362 casos de violencia de género desde el Servicio Cántabro de Salud. El número de víctimas detectadas en los últimos años está disminuyendo debido a que desde Atención Primaria se está dejando de abordar el maltrato (67)

La Ley Orgánica 1/2004 constituye la principal directriz nacional orientada a combatir y erradicar la violencia de género. A partir de ella se elaboró un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, cuyos objetivos son mejorar la respuesta ante esta problemática y alcanzar un cambio en el modelo de relación social, y aborda dos niveles de actuación: por un lado, la prevención y, por otro, la sensibilización, todo ello sustentado por la investigación, la formación y especialización de los profesionales implicados, la movilización de los actores y la coordinación de todos los sectores, haciendo un correcto seguimiento y evaluación de las medidas tomadas.

El campo de actuación de Enfermería en la violencia de género se extiende desde la prevención, la detección precoz, el apoyo en la toma de decisiones hasta la rehabilitación, y tiene un lugar especialmente clave en el ámbito de la Atención Primaria, ya que es el nivel de atención desde el que se pueden aplicar un abordaje integral debido a su fácil accesibilidad, las oportunidades de contacto, el gran conocimiento de las víctimas y su contexto y la posibilidad de prestar cuidados integrales (63).

El personal enfermero tiene un papel decisivo en la recepción y acogida de las víctimas, el seguimiento del proceso, el asesoramiento y el apoyo psicológico, situándose como referente de la víctima durante el proceso, y es por tanto responsable de las y los enfermeras/os conocer las medidas de protección, trabajar en equipo con todos los actores involucrados así como elaborar un plan de cuidados integral e individualizado (68). Sus creencias y actitudes influyen en el abordaje del problema, por lo que la formación en entrevista psicosocial y habilidades sociales (como la acogida, escucha y contención) se plantea como un eje de actuación central.

Volviendo al estudio del Observatorio de Salud de Cantabria, éste indica que un 97,9% del personal encuestado refiere conocer el “Protocolo de Malos Tratos”, pero solo un 66,9% asegura haberlo puesto en práctica. La principal dificultad que encontraron para ello fue el tiempo disponible por cada paciente, además de la larga tramitación que implica.

Otro estudio realizado por Coll Vinent et al. (69) concluye que, a pesar de que el personal sanitario está sensibilizado frente a la problemática, muchos no lo consideran un problema sanitario, sino un asunto social y judicial. Además, gran parte de los participantes admite que carece de la formación necesaria para abordar a este tipo de pacientes.

El conocimiento sesgado generado en las investigaciones con premisas androcéntricas deriva posteriormente en que en la práctica las y los profesionales carezcan de recursos de información completos, claros, veraces y oportunos, impidiendo a ciertos colectivos gozar del máximo de salud posible (59).

Está constatado que existe una atención diferenciada por parte de las y los profesionales en cuanto a patologías, pruebas diagnósticas, habilidades sociales de comunicación, el tiempo de dedicación, la información ofrecida al paciente, etc. (17), lo que deriva en que los usuarios muestren preferencia a la hora de elegir profesional sanitario dependiendo de su sexo (22). De forma paralela, se han detectado discordancias en su esfuerzo terapéutico para tratar las mismas enfermedades en hombres y mujeres, lo que podría afectar tanto al nivel de salud como al de satisfacción por parte de los usuarios. En un reciente estudio elaborado por (70), se demostró que los pacientes ancianos hospitalizados tratados por facultativas tenían menor ratio de mortalidad y reingreso comparados con aquellos tratados por sus compañeros facultativos, lo que sugiere que las diferencias en la práctica de las y los profesionales tienen importantes implicaciones clínicas para los pacientes.

El ejemplo más clásico y recurrente es el de las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte entre las mujeres occidentales (71,72). Muchos estudios respaldan que las mujeres reciben menor esfuerzo terapéutico que los varones, presentan mayor mortalidad y menores tasas de rehabilitación (73-76).

Bernadine Healy enunció en 1991 el “síndrome de Yentl” (77) que, tomando como referencia las enfermedades cardíacas, explica que una mujer debe presentar los mismos síntomas de infarto de miocardio que un hombre para ser aceptada con la misma probabilidad para recibir un diagnóstico y tratamiento apropiados en un hospital. Desafortunadamente, la realidad muestra que los síntomas precoces entre mujeres y hombres difieren.

La solución para proporcionar una atención libre de sesgos pasa por la incorporación de la perspectiva de género de forma transversal a la formación de las y los profesionales, la investigación en salud (especialmente en los ensayos clínicos) y la práctica asistencial diaria, con especial relevancia de la promoción de salud y los programas de intervención diferenciales (78).

Siguiendo con la línea de las enfermedades cardíacas, en EEUU y Canadá existen desde hace varios años las campañas *The heart truth* y *The heart truth/Le coeur tel qu’elles* respectivamente (79,80) de educación en salud cardiovascular, que instan al colectivo femenino a cambiar sus hábitos y cuidarse para favorecer su salud cardiovascular a la vez que instruyen en el reconocimiento de la sintomatología de una crisis cardíaca y de un accidente vascular cerebral y la búsqueda de un tratamiento precoz. También destaca en este campo la European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) (71), cuya misión es promover la equidad de género intraprofesional y a nivel de los pacientes. En el ámbito español existe un Grupo de Trabajo de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer dentro de la Sociedad Española de Cardiología (72), y en 2015 el Hospital Universitario Ramón y Cajal de

Madrid efectuó por primera vez a nivel nacional una campaña específicamente dirigida a mujeres a través de la Unidad del Cuidado del Corazón en la mujer.

Formación profesional

La formación en género debe estar presente tanto en el Grado como de forma continuada a lo largo de la carrera profesional. En el artículo 4 del Código Deontológico de la Enfermería Española creado en 1989 se resalta la importancia de la no discriminación por motivos de sexo. Por otro lado, en la Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias (81) se enuncia que corresponde a las y los enfermeros la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a promover, mantener y recuperar el estado de salud, prevenir enfermedades y discapacidades, y el género, como determinante de salud, ha de ser incluido en ellos. Consecuentemente, es responsabilidad de estos profesionales identificar y abordar las diferencias entre mujeres y hombres que afectan a la salud con el fin de equilibrar la situación de desigualdad y proporcionar una atención adecuada y eficaz.

Por otro lado, en la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero (66), se recoge que dentro de las competencias del Grado en Enfermería el género debe ser entendido como una variable a tener en cuenta a la hora de prestar cuidado a los individuos y entender su comportamiento. Por tanto, es responsabilidad de las escuelas de Enfermería formar al alumnado para la adquisición de competencias que los capaciten para proporcionar cuidados en todas las etapas de la vida, contemplando sus especificidades con respecto a la salud y el proceso de enfermedad, con el objetivo de que puedan proporcionar una atención integral libre de sesgos (82).

A pesar de esto, la formación en género en Enfermería es similar a la presente en otros Grados, y no ocupa un lugar representativo de los planes de Estudio. Si bien en estos suele existir una asignatura relativa a la salud materno-infantil, ésta se centra principalmente en la función reproductiva de la mujer, dejando de lado la dimensión de género. En este contexto, es imperativo ajustar el currículum de Enfermería a la evolución de los conocimientos generados por las necesidades reales que presentan las poblaciones en la dinámica social así como por la actividad investigadora.

La obligatoriedad de la formación continuada en la Enfermería viene enunciada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Complementariamente, el Código Deontológico hace hincapié en que es responsabilidad de las enfermeras o enfermeros actualizar de manera continua sus conocimientos para evitar la pérdida de salud de sus pacientes (artículo 60); además, también enuncia que estos serán conscientes de la necesidad de la formación continuada (artículo 70), valorando sus propias necesidades de aprendizaje, buscando recursos y dirigiendo de modo autónomo su formación (artículo 71).

Así, es responsabilidad de los sanitarios acceder a recursos de formación que incluyan la perspectiva de género en sus contenidos, de forma que puedan adquirir competencias que les ayuden a incorporar el análisis de género en la práctica clínica y les preparen para el trabajo colaborativo intra e interprofesional (83). A día de hoy, la mayor oferta específica de formación en género se encuentra en los de posgrados.

Investigación

El análisis de género proporciona perspectivas novedosas que, teniendo en cuenta a las necesidades y demandas de la sociedad, desvelan nuevos interrogantes y revelan nuevas áreas de investigación (84). De esta forma los profesionales cubren los vacíos de conocimiento

existentes a la vez que implementan la atención sanitaria, basándola en la mejor evidencia disponible (45).

En el proyecto Gendered Innovations, creado en 2009 por la Universidad de Stanford y que cuenta con el apoyo de la Comisión Europea y una veintena de países, se proporcionan ejemplos básicos de cómo esta metodología encabeza innovaciones de género (85). Destaca, por ejemplo, su proyecto “Osteoporosis research in men: rethinking standards and reference models”, que en su traducción literal es “Investigación en osteoporosis en hombres: replanteando estándares y modelos de referencia”, que pone de relieve que la osteoporosis es una enfermedad considerada propia de mujeres posmenopáusicas, y que debido a este motivo no es evaluada ni tratada correctamente cuando la sufren hombres. El proyecto cuenta con dos líneas de investigación: por un lado, se establecen poblaciones masculinas de referencia, y por otra se crean nuevos diagnósticos basados en contribuidores secundarios a la osteoporosis y los desórdenes metabólicos de los huesos, los cuales constituyen interesantes recursos para las y los profesionales.

Práctica clínica con enfoque de género

Para poder integrar el concepto del género en la práctica clínica es necesario alejarse del paradigma biomédico tradicional e incorporar un modelo biopsicosocial que parta de una concepción integral de la salud (8). Este modelo entiende que las enfermedades no son simplemente constructos biológicos, sino que amparan aspectos sociales y culturales que, sumados a significaciones individuales y colectivas configuran el modo de vivir, enfermar y morir de los grupos sociales (84,86). Así, en el binomio salud-enfermedad se tendrían en cuenta tres contextos o esferas: la biológica, la social y la psíquica, que conjuntamente conforman los determinantes de la salud y sobre los cuales debemos incidir para lograr una atención integral sobre los individuos, tanto hombres como mujeres (13).

La inclusión en el término de salud del contexto social y la experiencia subjetiva de la enfermedad, canalizan la transformación social y personal, lo que permite influir directamente sobre los determinantes a un nivel individual. Es este el nivel sobre el que es preciso intervenir, ya que las diferencias en los factores de riesgo y la forma en que perciben y experimentan los individuos las enfermedades condiciona las estrategias de prevención, protección, identificación, curativas y de cuidados que es necesario implementar (87).

Para poder incidir de manera efectiva a este nivel sería necesario reconsiderar la relación profesional-paciente, pasando del tradicional modelo paternalista a uno más equilibrado e igualitario, de modo que las intervenciones de los servicios sanitarios puedan aplicar una óptica de género que contemple también la promoción de la salud (8).

Dentro de las propuestas para la promoción de la salud destaca la del empoderamiento femenino. El empoderamiento hace referencia a la toma de control por parte de las personas de sus vidas, entendiendo esto como la capacidad de diferenciar opciones, tomar decisiones y llevarlas a la práctica (87); es, por tanto, un proceso. Según Michela (83), el empoderamiento es esencial en la habilidad del personal de Enfermería para crear cambios en la salud y la sociedad a largo plazo, y se ha demostrado que existen asociaciones positivas y bidireccionales entre el empoderamiento y la salud a nivel individual y comunitario (89-91).

Hasta la fecha, el empoderamiento de las mujeres dentro del sector de la salud pública se ha centrado fundamentalmente en su empoderamiento como *consumidoras* de servicios de salud (89): reducción de la mortalidad materna, aumento del acceso a servicios de planificación familiar, etc. En este grupo también se incluyen los esfuerzos en proporcionar servicios en salud sensibles a las diferencias y normas de género (84). A modo de ejemplo: en el estudio propuesto por Kraft et al. (92) se abordaron acciones de empoderamiento materno-infantiles,

tales como espaciamiento de los nacimientos, atención prenatal, lactancia materna o nutrición, quedando demostrada la relación entre el empoderamiento femenino y el trabajo sincronizado con sus parejas con la supervivencia de los hijos gracias a su capacidad de tomar decisiones beneficiosas.

Sin embargo, a pesar de la significativa proporción de mujeres en la sanidad no se ha explorado aún en profundidad la posibilidad de empoderarlas a través de su papel de *proveedoras*, especialmente en el ámbito profesional, o dicho de otro modo, el empoderamiento de la propia profesión enfermera (89). Se trataría de aplicar este proceso con el fin de crear profesionales competitivas y críticas que eleven la categoría de la profesión y sean capaces de implementar los resultados en la educación y promoción de la salud. Por ejemplo, en el marco de la Atención Primaria podría ayudar a las y los sanitarios a definir con mayor precisión las necesidades sanitarias de la comunidad, rediseñar las intervenciones y emplear un enfoque más holístico e integrador de la continuidad asistencial que tenga en cuenta las características individuales de los usuarios.

A día de hoy existen multitud de medios que facilitan el *mainstreaming*, como el servicio web *Gender Bias* (93), que pone a disposición pública artículos elaborados a partir de la perspectiva de género y relativos a la salud de las mujeres. También son numerosas las guías y herramientas para la incorporación de la perspectiva de género en la salud, como la elaborada por Velasco Arias, *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género* (94). Ambos constituyen recursos muy instructivos y accesibles para todo tipo de trabajadores sanitarios y sobre los que se pueden apoyar en la práctica diaria, a pesar de lo cual todavía existe muy poca literatura sobre cómo aplicarlos de forma efectiva y los resultados de dichas iniciativas.

A un nivel macro y con el fin de garantizar la inclusión sistemática del género en el diseño, aplicación y la evaluación de políticas y programas sanitarios, la OMS ha creado una serie de herramientas entre las que se incluyen la Matriz de Análisis de Género (GAM), la escala de evaluación sensible a las cuestiones de género (GRAS) o la Herramienta de Análisis de Género (GAT) (2), cuyo empleo sería interesante generalizar para asegurar el *mainstreaming* legalmente requerido.

CONCLUSIONES

El género, como determinante psicosocial, es responsable de diferencias en salud puesto que determina distintas condiciones y factores de riesgo, la utilización de los servicios sanitarios, el trato que reciben las personas dentro del sistema, las prácticas de autocuidado, etc. Según la OMS, la equidad es necesaria para alcanzar el máximo de salud posible. Sería interesante conocer hasta qué punto las diferencias de género pueden afectar (principalmente, incrementando) otros tipos de inequidades, como pueden ser las debidas a motivos de raza, etnia o clase.

La perspectiva de género proporciona herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas que permiten realizar un análisis de la realidad social abordando cómo las desigualdades de género repercuten en las formas de pensamiento, los métodos de obtención de conocimiento, el lenguaje que utilizamos, etc., y debe ser aplicada al estudio de la salud. Así, para discriminar las diferencias existentes entre distintas comunidades se plantea como necesario realizar un análisis basado en el género, en el que tengan cabida el estudio de las distintas necesidades, comportamientos, recursos y prioridades.

En relación a la formación, la aplicación del *mainstreaming* de género como corriente principal en el diseño de programas, evaluaciones y estructuras académicas en el ámbito universitario es la clave para la constitución del principio de igualdad, que consolida un modelo que responde a la necesidad de formación de nuevos perfiles profesionales que sean capaces de adaptarse a una sociedad en constante evolución.

Las medidas legales que reclaman la incorporación transversal del enfoque de género dentro de los espacios superiores de educación no producen resultados tangibles, por lo que sería interesante investigar la efectividad de incluir materias específicas sobre género en los planes de estudio universitarios. Para ello, sería necesario reestructurar el modelo formativo actual, cambiando desde la organización, los contenidos de los planes de estudio y los recursos educativos hasta la formación del profesorado.

En cuanto a la investigación en salud, el reto más importante se centra en erradicar los sesgos existentes. Para ello, la perspectiva de género ayuda a abordar los proyectos más integral y objetivamente. Además, para lograrlo es necesaria la sustitución del modelo biomédico imperante por nuevos paradigmas que faciliten la identificación de nuevos temas y el replanteamiento de preguntas de investigación para que profundicen en sus causas y su análisis. De esta forma es posible incidir directamente en los procesos que generan, mantienen o realzan las diferencias de salud entre mujeres y varones, contribuyendo a disminuir las inequidades.

Es importante fomentar las innovaciones de género, puesto que fomentan la generación de nuevos conocimientos y oportunidades para las y los profesionales de la salud, entre ellos la Enfermería.

La Enfermería se ha descrito tradicionalmente como una profesión feminizada y cargada de estereotipos, que se reproducen tanto en la imagen social de la profesión como a nivel intraprofesional.

Es un hecho comprobado que la atención sanitaria es sensible a actuaciones sesgadas por estereotipos de género: por ejemplo, ante un mismo problema de salud se realiza un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico si quien padece la enfermedad es mujer. Por este motivo, resulta imprescindible dotar a los y las profesionales de la sanidad de herramientas con el fin de evitar intervenciones sesgadas motivadas por el sexo o las condiciones sociales del paciente, aspirando a una atención justa e imparcial. Asimismo, incluir el género en la formación contribuye a crear personal más preparado, garantizando una actuación adecuada

en todos los niveles asistenciales, asegurando la excelencia en los cuidados y mejorando la percepción de la Enfermería mediante la eliminación de los valores de género asociados a la titulación.

Dejar de lado la perspectiva de género implica descartar o minimizar la complejidad de las desigualdades sociales en salud, y la práctica clínica es el momento idóneo para intervenir sobre estos determinantes a un nivel individual. El análisis de género a este nivel abre las puertas a nuevas perspectivas y revela áreas de investigación y aplicación alternativas, dando respuesta de este modo a las necesidades y demandas de la sociedad. Así, se trata de basar la atención sanitaria en la mejor evidencia disponible.

Como conclusión final, podría afirmarse que, a pesar del avance alcanzado en las últimas décadas en la introducción de la perspectiva de género a nivel formativo, de investigación y sanitario, es preciso seguir progresando para llevar a cabo las actuaciones de planes y programas bajo la perspectiva de género.

El género es una categoría transversal y, por tanto, la perspectiva con la que lo estudiamos también ha de serlo. Introducir la perspectiva de género como variable en la investigación (en los ensayos clínicos, por ejemplo) y la docencia (formar profesionales con perspectiva de género) y la práctica sanitaria (especialmente en la promoción de la salud) es un requisito indispensable para el avance social. Para que sea efectivo, el análisis de género ha de tenerse en cuenta en todas las fases de las políticas y programas sanitarios, de forma que se consiga optimizar su eficiencia, cobertura y equidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [consultado 15 enero 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
2. Organización Mundial de la Salud. Género. Nota descriptiva nº403 [Internet]. OMS; 2015 [consultado 15 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Gender. Making a difference: visión, goals, and strategy [Internet]. OMS; 2017 [consultado 15 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>
4. European Commission. 2017 Report on equality between women and men in the EU [Internet]. Bélgica: European Comission; 2017 [consultado 20 febrero 2017]. Disponible en: ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc_id=43416
5. Stoller, R. A Contribution to the Study of Gender Identity. Int J Psychoanal. 1964;(45): 220-226
6. Esteban ML, Comelles JM, Díez Mintegui C. Antropología, género, salud y atención. Edicions Bellaterra, S.L. Barcelona; 2010.
7. National Council for Transgender Equality. Frequently asked questions about transgender people [Internet]. National Council for Transgender Equality; 2016 [consultado 20 febrero 2017]. Disponible en: http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/Understanding-Trans-Full-July-2016_0.pdf
8. Velasco Arias S. Sexos, Género y Salud. Teoría y Métodos para la Práctica Clínica y Programas de Salud. Madrid: Ediciones Minerva; 2009
9. López Fernández LA, Mazarrasa Alvear L, Miqueo Miqueo C, Rohlfs Barbosa I, Valls Llobet C, Yordi Aguirre I. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008
10. World Health Organization (WHO). Women and health. Today's evidence, tomorrows agenda. Geneva: WHO; 2009.
11. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Otttawa; Organización Mundial de la Salud; 1986 [consultado 25 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
12. García-Vega E. Acerca del género y la salud. Papeles Psicólogo. 2011;32(3):282-288.
13. Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones; 2001.
14. Organización Mundial de la Salud. Health impact Assessment (HIA). Glossary of terms used [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/>
15. Gómez, E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación

- empírica. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(5).
16. Tasa Vinyals E, Mora Giral M, Raich Escursell RM. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. C. Med. Psicosom. 2015;(113).
 17. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004;18(1):118-125.
 18. Serret Bravo E. Qué es y para qué es la perspectiva de género. Libro de texto para la asignatura: Perspectiva de género en la educación superior. Colección Instituto de la Mujer Oxaqueña Ediciones. Oaxaca; 2008.
 19. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1996 [consultado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
 20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Conferencias Mundiales de la Mujer [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [consultado 30 enero 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/onu/confemujer_2.htm
 21. ONU Mujeres. Conferencias Mundiales sobre la mujer [Internet]. ONU Mujeres; 2017 [consultado 23 enero 2017]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
 22. Álvarez Díaz N, Bueno Salinero R, Castellanos Torres E, Colomer Revuelta C, Elola Ruiz de la Sierra, Beatriz, Espiga López I, et al. Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias; 2009.
 23. Organización Mundial de la Salud. ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2007 [consultado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/56/es/>
 24. Donoso Vázquez T, Velasco Martínez A. ¿Por qué una propuesta de formación en perspectiva de género en el ámbito universitario?. Profesorado. 2013;17(1):71-88.
 25. Comunicación de la Comisión Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Bruselas; 3 Mar 2010. Bruselas: Comisión Europea; 2010.
 26. Sursock A. Trends 2015: Learning and Teaching in European Universities. Brussels: European University Association; 2015.
 27. UNESCO Institute for Statistics. Mujeres en la ciencia [Internet]. UNESCO; 2017 [consultado 25 abril 2017]. Disponible en: <http://uis.unesco.org/apps/visualisations/women-in-science/>
 28. European Commission. She Figures 2015. Brussels: European Commission; 2016.
 29. Científicas en cifras: Puy Rodríguez A, Cabello Valdés C, Martín Gordín C, Ruiz Galán O, Bonora Eve LV. Científicas en cifras 2015. Madrid: Ministerio de Economía, Industria y Competitividad; 2016.
 30. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº313, (29-12-2004).

31. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº71, (23-03-2007).
32. Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 que modifica la Directiva 76/207/CEE del Consejo relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción de profesionales, y a las condiciones de trabajo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, nº L 269, (05-10-2005).
33. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Oficial del Estado, nº89, (13-04-2007)
34. Red de Unidades de Igualdad de Género para la Excelencia Universitaria (RUIGEU) [Internet]. RUIGEU; [actualizado 8 marzo 2013; consultado 13 abril 2017]. Disponible en: <http://www.redunidadesdeigualdad.udl.cat/inicio/>
35. Alloza Frutos M, Anghel B, Dolado JJ, De la Rica S, Sánchez de Madariaga I. Libro blanco. Situación de las Mujeres en la Ciencia Española. Ministerio de Ciencia e Innovación. Getafe: Editorial Experimenta; 2011.
36. Donoso Vázquez T, Velasco Martínez A. ¿Por qué una propuesta de formación en perspectiva de género en el ámbito universitario?. Profesorado. 2013;17(1).
37. Resolución de 19 de diciembre de 2016 del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, por el que se declara la terminación del procedimiento iniciado por resolución de 27 de junio de 2016, del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, por la que se convocan subvenciones destinadas a la realización de posgrados de estudios de género y actividades del ámbito universitario, relacionadas con la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, para el año 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
38. Campos Rubio A, Ventura Franch A, García Campá S, Nuño Gómez L, Bosch Fiol E, Torres Díaz MC, et. al. Manifiesto por la inclusión de los Estudios Feministas, de Mujeres y de Género en la Universidad [Internet]. Oñati: Fundación Isonomía; 2015 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: <http://isonomia.uji.es/manifiesto-por-la-inclusion-de-los-estudios-feministas-de-mujeres-y-de-genero-en-la-universidad/>
39. United Nations Development Programme. Human Development Reports. Datos sobre el Desarrollo Humano (1980-2015) [Internet]. United Nations Development Programme; 2017 [consultado 15 abril 2017]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/data>
40. Kilden. Studies [Internet]. Norway: Kilden; 2017 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: <http://kjonnsforskning.no/en/om/studier>
41. InterGender. Consortium and Research School in Interdisciplinary Gender Studies [Internet]. Norway: InterGender; 2014 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: <http://www.intergender.net/index.html>
42. European Institute for Gender Equality. Formación en igualdad de género: factores que contribuyen a una aplicación eficaz y dificultades que presenta [Internet]. Lituania: European Institute for Gender Equality; 2017 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH3112220ESC.pdf>
43. García Calvente MM, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la

- perspectiva de género [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [consultado 23 febrero 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/PROPUESTA_DE_GUIA_NIVEL_POLITICAS_DE_INVESTIGACION_EN_SALUD.pdf
44. National Academies Committee on Science, Engineering, and Public Policy (COSEPUP). Beyond bias and barriers. Fulfilling the potential of women in academic science and engineering. Executive Summary [Internet]. COSEPUP; 2006 [consultado 18 febrero 2017]. Disponible en: <http://www7.nationalacademies.org/womeninacademe/>
 45. Chilet Rosell E. Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible. *Feminismo/s*. 2011;(18):353-363.
 46. Martínez Benlloch I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud [Internet]. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2005 [consultado 15 febrero 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
 47. Comunidades Europeas. El séptimo programa marco (7PM). Llevar la investigación europea a la vanguardia [Internet]. Bruselas: Dirección General de Investigación de la Comisión Europea; 2007 [consultado 2 febrero 2017]. Disponible en: https://ec.europa.eu/research/fp7/pdf/fp7-brochure_es.pdf
 48. Comunidades Europeas. Manual: El género en la investigación [Internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011 [consultado 30 enero 2017]. Disponible en: http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/El_genero_en_la_investigacion.pdf
 49. European Research Area. Gender equality and gender mainstreaming in research [Internet]. European Research Area; 2013 [actualizado 30 abril 2013; consultado 30 enero 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/research/era/gender-equality-and-gender-mainstreaming_en.htm
 50. Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Boletín Oficial del Estado, nº131, (2-06-2011).
 51. The Research Council of Norway. Gender balance and gender perspectives in research and innovation. Policy for the Research Council of Norway 2013-2017 [Internet]. The Research Council of Norway; 2013 [consultado 20 febrero 2017]. Disponible en: <https://genderedinnovations.stanford.edu/Norway2014Policy.pdf>
 52. GenSET. Gender in Science [homepage on the Internet]. GenSET; 2017 [consultado 13 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.genderinscience.org>
 53. Gender Summit. Quality Research and Innovation through Equality [Internet]. Portia Ltd; 2017 [consultado 13 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.gender-summit.eu>
 54. Massachusetts Institute of Technology (MIT). Women's & Gender Studies Program [Internet]. Massachusetts: MIT; 2017 [consultado 13 marzo 2017]. Disponible en: <http://wgs.mit.edu>
 55. Chin C, Tekiela K. The status of undergraduate women at MIT [Internet]. Massachusetts; 2016 [consultado 12 marzo 2017]. Disponible en: <http://diversity.mit.edu/wp-content/uploads/ReportUndergradWomen.pdf>

56. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, nº306, (23-12-2015).
57. Tracey C, Nicholl H. The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. *J Nur Man.* 2007;15:677-682.
58. Tomás C, Yago, T. Las usuarias de los servicios de salud. Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: integración de una perspectiva de género. Zaragoza: SIEM; 2006.
59. Ruiz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012 [consultado 15 enero 2017]. Disponible en: <https://www.responsabilidadsocio sanitaria.com/contenido/documentos/sesgos-de-genero-en-la-asistencia-sanitaria-3022.pdf>
60. United Nations Children's Fund (UNICEF). Gender influences on child survival, health and nutrition: A narrative review [Internet]. New York: UNICEF; 2011 [consultado 15 enero 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/gender/files/Gender_Influences_on_Child_Survival_a_Narrative_review.pdf
61. Muñoz Cobos M, Espinosa Almendro JM. Envejecimiento activo y diferencias en género. *Aten Primaria.* 2008;40:305-309.
62. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Encuesta a gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria en cuanto a percepciones y conocimientos sobre la perspectiva de género en el sistema de salud. OSPC; 2015.
63. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/P_SanitarioVG2012.pdf
64. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf
65. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Víctimas mortales por violencia de género [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [actualizado 28 febrero 2017; consultado 20 abril 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2016_12_31_V1.pdf
66. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, nº174, (19-07-2008).
67. Servicio Cántabro de Salud. Indicadores epidemiológicos de la violencia de género en el Servicio de Salud correspondientes a 2015 [Internet]. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud; 2015 [consultado 20 abril 2017]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/Indicadores%20epidemiol%C3%B3gicos%20de%20la>

- [%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero%20en%20el%20Servicio%20de%20Salud%20correspondientes%20a%202015.pdf](#)
68. Calvo González G, Camacho Bejarano, R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global –Esp-* [Internet]. 2014 Ene. [consultado 20 abril 2017];13(33):424-439. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/181941/157351>
 69. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008;22(1):7-10.
 70. Tsuaga Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav J, Blumenthal D, Jha AK. Comparison of hospital mortality and readmission rates for medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):206-213.
 71. European Society of Cardiology. European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Society of Cardiology; 2017 [consultado 25 marzo 2017]. Disponible en: [https://www.escardio.org/Sub-specialty-communities/European-Association-of-Percutaneous-Cardiovascular-Interventions-\(EAPCI\)](https://www.escardio.org/Sub-specialty-communities/European-Association-of-Percutaneous-Cardiovascular-Interventions-(EAPCI))
 72. Sociedad Española de Cardiología. Grupos de trabajo [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología [consultado 25 marzo 2015]. Disponible en: <http://secardiologia.es/cientifico/grupos-de-trabajo>
 73. Appleman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis.* 2015;241(1):211-218.
 74. Gijssberts CM, Agostoni P, Hoefler IE, Asselbergs FW, Pasterkamp G, Nathoe H, et. al. Gender differences in health-related quality of life in patients undergoing coronary angiography. *Open Heart.* 2015;2(1).
 75. Schnabel RB, Wild PS, Prochaska JH, Ojeda FM, Zeller T, Rzyeewa N, et. al. Sex differences in correlates of intermediate phenotypes and prevalent cardiovascular disease in the general population. *Front Cardiovasc Med.* 2015;2:15.
 76. Sánchez López MP. Enfoque de género aplicado al estudio de la salud. *Boletín ECOS.* 2016;(34).
 77. Healy B. The yentl syndrome. *N Engl J Med.* Jul 1991;325:274-276.
 78. Ruiz Cantero MT, Vives Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García Calvente MM, Miqueo C, et. al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(2):46-53.
 79. National Institutes of Health. The heart truth [Internet]. USA: NHI. Department of Health and Human Services; 2012 [consultado 25 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/>
 80. Fondation des maladies du coeur et de l'avg. Le coeur tel qu'elles [Internet]. Fondation des maladies du coeur et de l'avg; 2012 [consultado 25 marzo 2017]. Disponible en: <http://lecoeurtelquelles.ca>
 81. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, nº280, (22-11-2003).

82. Panisello Chavarria ML, Pastor Gosalbez I, Mateu Gil ML, Lasaga Heriz MA. Presencia del sexo/género en el currículum de los estudios de enfermería. Cuestiones de género: de la igualdad a la diferencia. Revista seminario interdisciplinar de estudios de las Mujeres. 2010;5.
83. Michela NJ. Feminist learning strategies in health profession education. Virtual Mentor. 2014;16(3):192-195
84. Ruiz Cantero MT, Herrera y Cairo L. De los sesgos a las innovaciones de género en investigación y práctica de la Medicina. Boletín ECOS. 2016;(34).
85. Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering and Environment [homepage on the Internet]. California: Stanford University; 2009 [actualizado 07 noviembre 2016; consultado 20 febrero 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm?pg=home
86. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: UNAM; 2011.
87. Rebollo MA. La innovación educativa con perspectiva de género. Retos y desafíos para el profesorado. Editorial. Profesorado. 2013;17(1):3-8.
88. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Género y Salud [Internet]. OPS; 2016 [actualizado 12 agosto 2016; consultado 20 febrero 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680%3Agender-and-health&catid=3344%3Agender&Itemid=4017&lang=es
89. Krubiner CB, Salmon M, Synowiec C, Lagomarsino G. Investing in nursing and midwifery enterprise: Empowering women and strengthening health systems – A landscaping study of innovations in low and middle-income countries. Nurs Outlook. 2016;64:17-23.
90. Varkey P, Kureshi S, Lesnick T. Empowerment of women and its association with the health of the community. Journal of Women's Health. 2010;19(1):71-76.
91. Duflo E. Women's empowerment and economic development. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. 2011.
92. Kraft JM, Wilkins K.G, Morales GJ, Widyono M, Middlestadt SE. An evidence review of gender- integrated interventions in reproductive and maternal-child health. Journal of Health Communication. 2014;19(1):122-141.
93. Gender Bias [homepage on the Internet]. Alicante: Grupo de trabajo en Salud Pública de la Universidad de Alicante; 2014 [consultado 20 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.genderbias.org>
94. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 10 enero 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>