

**HERRAMIENTAS PARA LA INCLUSIÓN  
DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN  
INVESTIGACIÓN SANITARIA Y SOCIO-SANITARIA**

(TOOLS FOR GENDER MAINSTREAMING IN  
HEALTH AND SOCIAL-HEALTH RESEARCH)

ACTIVITY BOOK



**Coordinadores:**  
**Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández**  
**Dr. Iván Santolalla Arnedo**



**UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA**

Vicerrectorado de Responsabilidad Social Corporativa.  
Unidad de Igualdad e Inclusión.

Con la colaboración de:



**La Rioja**



**HERRAMIENTAS PARA LA INCLUSIÓN  
DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN  
INVESTIGACIÓN SANITARIA  
Y SOCIO-SANITARIA**

*(TOOLS FOR GENDER MAINSTREAMING IN  
HEALTH AND SOCIAL-HEALTH RESEARCH)*

*ACTIVITY BOOK*

Coordinadores:

Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández

Dr. Iván Santolalla Arnedo

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de las autoras y autores,  
bajo las sanciones establecidas en las leyes,  
la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento,  
así como su distribución, comunicación pública o transformación.

---

Primera edición: 2022

De los textos: © Sus autoras y autores, 2022

ISBN: 978-84-19221-18-6  
Depósito legal: LR-1378-2022

Impreso en España

## **Presentación**

El propósito de esta obra es poner a disposición del personal docente y de investigación, así como del estudiantado, herramientas que les permitan distinguir y definir el sexo y el género en la investigación sanitaria; explorar las diferencias de sexo y género en los problemas de salud, su prevención o su tratamiento; identificar los métodos para integrar las variables de sexo y género en los contextos de investigación sanitaria; y evaluar un protocolo de investigación o una publicación en función de la integración u omisión del sexo y/o el género.

Nos sentiremos satisfechos si este trabajo ayuda a la comunidad universitaria a integrar el género y el sexo en los diseños, métodos y análisis de sus investigaciones, así como en la interpretación y/o difusión de los resultados, cuando proceda.

Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández  
Matrona, Docente e Investigadora  
de la Universidad de La Rioja  
Grupo Investigación GRUPAC –  
Universidad de La Rioja  
Grupo GISOSS -  
Centro de Investigación Biomédica  
de La Rioja (CIBIR)



## Prólogo

Como profesional formada en igualdad y género en el área de la salud, me siento especialmente orgullosa de que podamos contar con un elenco de profesionales e investigadores tan destacado y tan sensibilizado con la perspectiva de género en la investigación como aquellos que han colaborado en esta obra. Todos ellos aseguran la gran calidad de las herramientas que nos ofrecen para facilitar la implantación de la perspectiva de género de un modo práctico en nuestra labor investigadora, tanto en el campo sanitario como socio-sanitario. Felicitar a los coordinadores de esta obra la Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández y el Dr. Iván Santolalla Arnedo, por la selección de profesionales que han participado, todos ellos de destacada reputación y experiencia como el Dr. Raúl Juárez Vela, Dña. Teresa Súfrate Sorzano, Dña. Beatriz Angulo Nalda, Dña. María Elena Garrote Cámara, la Dra. Ángela Durante, D. Nicolás Alonso Llorente y la Dra. Remedios Álvarez Terán.

La inclusión del sexo y en especial de la perspectiva de género, como determinante social de la salud, en nuestra labor investigadora exige un cambio de mentalidad “programada” o “estereotipada” del contexto cultural e investigador clásico, pero solamente así podremos alcanzar una nueva meta en la que la inclusividad y la adaptación de la salud al género sean una realidad.

Uno de los primeros avances que se dio en los estudios de investigación fue la toma de conciencia de la importancia de incluir el factor sexo como variable básica en los estudios de investigación biomédicos, bien para incluir paritariamente a toda la población o bien para tener en cuenta la diferencia de resultados y cómo influye dicho factor en la salud. Sin embargo, esta inclusión tiene sus limitaciones, siendo parciales o incompletos los resultados que puede ofrecer. Por ello, el siguiente paso deseable e imprescindible, y por lo que esta obra aboga, es la incorporación de la perspectiva de género en todas las investigaciones relacionadas con el entorno sanitario y socio-sanitario. Disponer de información rigurosa desagregada permite colocar las bases para la construcción de indicadores de género en salud, pues mujeres y hombres no siempre comparten ni los factores de riesgo ni los factores protectores para la salud. La integración de la perspectiva de género en nuestra labor investigadora, con la consideración no solo de las diferencias biológicas entre los sexos, sino también las funciones sociales y los condicionantes familiares y laborales que desempeñan nos permitirá alcanzar una equidad en salud y, por lo tanto, conseguir una atención asistencial más objetivable, real y de mayor calidad.

En esta obra también se destaca la base fundamental de toda investigación, que es el lenguaje con la que la transmitimos. Siendo crucial tener una especial sensibilización y un uso del lenguaje inclusivo frente al uso habitual del lenguaje sexista tradicional. Siendo más sencilla esta labor si seguimos las herramientas lingüísticas prácticas que sus autores nos proponen.



Para finalizar me gustaría dar la enhorabuena a los autores y las autoras que han creado esta obra práctica de herramientas para la inclusión de la perspectiva de género en la investigación, la cual facilitará tanto a los recién llegados como aquellos más experimentados obtener una mejora de su nivel investigador y una perspectiva más amplia del mismo.

Dña. Ruth Cotelo Sáenz  
Enfermera de familia y Comunitaria.  
Psicóloga. Agente de Igualdad.  
Coordinadora de cuidados de la Gerencia de  
Atención Primaria. Servicio Riojano de Salud.



“No tener en cuenta las diferencias en la forma en que hombres y mujeres experimentan enfermedades comunes y responden a las terapias puede resultar en un tratamiento inadecuado y una atención de peor calidad”.

Dra. Cheryl Carcel  
Instituto George para la Salud Global

## **Abreviaturas**

EASE: European Association of Scientific Editors.

GPC: Gender Policy Committee.

ICMJE: International Committee of Medical Journal Editors.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PNUD: Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

SAGER: Sex And Gender Equity in Research.

# Índice

<b>Presentación</b> .....	5
<b>Prólogo</b> .....	7
<b>Abreviaturas</b> .....	12
<b>Capítulo 1. Transcendencia del sexo y el género en la salud humana</b> .....	15
Dra. Ángela Durante. Dra. Remedios Álvarez Terán. Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández. Dr. Iván Santolalla Arnedo.	
Actividades capítulo 1.....	20
<b>Capítulo 2. El análisis del sexo-género (sgba) en investigación</b> .....	23
D <sup>a</sup> . Teresa Súfrate Sorzano. Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández. D <sup>a</sup> . María Elena Garrote Cámara.	
Actividades capítulo 2.....	32
<b>Capítulo 3: Propuesta para la integración del análisis de sexo/género en los estudios de investigación</b> .....	35
Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández. Dr. Iván Santolalla Arnedo. D <sup>a</sup> Teresa Súfrate Sorzano.	
Actividad capítulo 3 .....	50

**Capítulo 4. Herramienta para medir la integración del análisis sexo-género en investigación .....51**

Dr. Raúl Juárez Vela. Dra. Ángela Durante. D<sup>a</sup>. Beatriz Angulo Nalda.

Actividad capítulo 4.....54

**Capítulo 5. Presente y futuro de la inclusión del análisis sexo/género en el abordaje de la salud humana 55**

Dra. Remedios Álvarez Terán. Dr. Raúl Juárez Vela. Dr. Iván Santolalla Arnedo. D. Nicolás Alonso Llorente.

Actividades capítulo 5.....66

**Capítulo 6. La importancia del lenguaje inclusivo .....69**

D. Nicolás Alonso Llorente. D<sup>a</sup>. Beatriz Angulo Nalda. María Elena Garrote Cámara.

Actividades capítulo 6.....80

**Referencias y bibliografía de interés .....81**

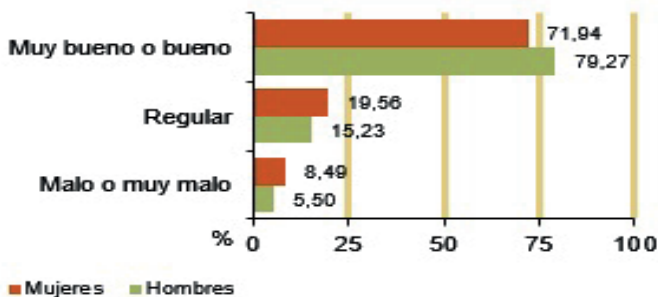
**Breve currículum de las y los autores .....87**

# CAPÍTULO 1. TRANSCENDENCIA DEL SEXO Y EL GÉNERO EN LA SALUD HUMANA

Dra. Ángela Durante  
Dra. Remedios Álvarez Terán  
Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández  
Dr. Iván Santolalla Arnedo

La evidencia científica constata de manera evidente las importantes diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres. ¿Sabías que en España las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres pero refieren una peor percepción de su estado de salud, o que las mujeres presentan con mayor frecuencia problemas crónicos de salud y que estos son diferentes a los que padecen los hombres?

**Valoración del estado de salud percibido. 2020.**  
**Población de 15 y más años**



Fuente. Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS.

¿Conocemos en profundidad las causas de estas diferencias?  
¿Tenemos claro por qué se producen? La respuesta es NO. La investigación y los informes sobre las diferencias en la forma en que se manifiesta la enfermedad en hombres y mujeres, la mayor susceptibilidad a unas u otras enfermedades o como respondemos a los diferentes fármacos y terapias son aún insuficientes.

Sigamos reflexionando un poco más, ¿Sería razonable probar la eficacia de medicamentos contra el cáncer de próstata solo en muestras de células femeninas, diseñar campañas contra el alcoholismo solo para mujeres, o probar el efecto de un psicofármaco solo en hombres? Resulta evidente que no lo sería. Sin embargo, este grave error (sesgo de sexo y género) que no tiene en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres, o bien, que asume “a priori” una diferencias no demostradas, ha sido constante desde el inicio de la investigación científica biomédica y aún persiste en una parte sustancial de la investigación actual. No trabajar por minimizar este sesgo o erradicarlo tiene una importancia trascendental en la salud de las personas, porque, la investigación biomédica aporta el cuerpo de conocimiento científico que sustenta la llamada “medicina basada en la evidencia” y justifica las políticas sanitarias que deciden, que problemas de salud son importantes y como afrontarlos. De esta manera, el sesgo introducido en la investigación se translada a la práctica clínica y a la normativa sanitaria.

Hombres, mujeres, niñas y niños somos similares en muchos aspectos, pero cuando se trata de nuestra salud y bienestar, nuestras diferencias importan. Cada célula tiene sexo y cada persona tiene género. El sexo y el género influyen en nuestra salud. Cuanto más comprendamos cómo el sexo y el



género afectan la salud, más podremos mejorar la salud y el bienestar de todos.

El análisis de sexo y género en investigación importa:

1. Ofrece la oportunidad de explorar similitudes y diferencias en la epidemiología de las enfermedades y en la respuesta de las personas a las diferentes terapias
2. Evita o minimiza la posibilidad de dañar a las personas excluidas en la investigación, al asumir que los resultados obtenidos en la investigación de la que fueron excluidas son aplicables también a estas personas.
3. Se crean las condiciones para hallar diferencias entre las personas que ayudan a adaptar mejor las opciones terapéuticas o las intervenciones sanitarias para mujeres y hombres, niños y niñas y personas con diversidad de género.
4. Mejora la reproductividad y la eficiencia de la investigación. Cuando el sexo de células, tejidos, animales o humanos no está explícitamente registrado e informado en las publicaciones de la investigación es difícil reproducir la investigación en las mismas condiciones. Cuando el sexo y el género no se tienen en cuenta explícitamente en el diseño, en el análisis, en la publicación y en los planes de implementación del conocimiento, pueden producirse una falta de eficiencia.

### **La estandarización masculina de los parámetros de salud**

Las mujeres han sido durante muchos años excluidas de la investigación científica.

Las razones de la preferencia de los investigadores por es-

tudiar animales machos en la investigación preclínica o estudiar solo a hombres en la investigación clínica se sustentaba en varias supuestas errones:

- los parámetros biológicos en las hembras de los mamíferos son menos estables que en los machos,
- Había que excluir a las mujeres en los ensayos para “proteger” su fertilidad o un probable daño en el embarazo
- los resultados que se obtienen en los hombres puede generalizarse también a las mujeres.

La evidencia ha demostrado que para cualquier criterio de valoración la variabilidad no es mayor en las mujeres que en los hombres, que estudiar solo a hombres no solo no protege a las mujeres sino que pone en peligro su salud y que los resultados observados en los hombres no se pueden generalizar a las mujeres y viceversa.

La historia de la Dra. Kibbe ilustra el efecto del sesgo sexual en las investigaciones: cuando la Dra Kibbe encontró que la terapia cardiovascular que estaba estudiando daba resultados prometedores, lo comentó con un colega. “Eso es interesante”, respondió su colega, pero, «¿Existen diferencias en los resultados para hombres y mujeres?» Kibbe no pudo responder. Como era habitual en su campo, había realizado su investigación solo en ratas macho.

Posteriormente, ese mismo colega recibió financiación para repetir su estudio en ratas hembra, y descubrió que la terapia cardiovascular estudiada mostraba buenos resultados solo en ratas macho pero tuvo el efecto contrario en ratas hembra. La propia Dra Kibbe verificó posteriormente estos resultados.

Consciente del sesgo que ella misma había introducido en sus investigaciones actualmente lidera la lucha contra el sesgo sexual en la investigación en los Estados Unidos.

En 1993 se publicó una ley que cominaba a los investigadores estadounidenses a incluir a las mujeres en los proyectos de investigación, establecía que se incluyese a mujeres y hombres en los ensayos clínicos en función de la prevalencia de la enfermedad y que se proporcionase datos sobre la eficacia del tratamiento en cada sexo. En 2015, Para abordar la subrepresentación femenina en la investigación biomédica, el National Institutes of Health (NIH) publicó un informe titulado “consideración del sexo como variable biológica en la investigación biomédica financiada por los NIH” para que quienes solicitaran financiación trataran de explicar el posible efecto del sexo, incluido como variable biológica, en sus estudios.

## **Actividades capítulo 1**

1. Lee esta historia y analiza las causas de las diferencias entre mujeres y hombres.

Ana y Juan viven en la misma ciudad y ambos tienen 55 años. Al levantarse notan dolor en el pecho. Juan es fumador y tiene antecedentes familiares de IAM, su padre murió hace 3 años de IAM y teme que le pueda pasar a él, decide ir directamente a urgencias del hospital, donde lo internan para hacerle pruebas. Ana no va a urgencias, considera que en general no tiene mala salud, aunque últimamente se ha sentido más estresada, más cansada y se han incrementado sus molestias estomacales. Toma su medicamento para la acidez gástrica y como el dolor no cede decide concertar una cita telefónica con su médico de familia. En la conversación con su médico, Ana hace hincapié en su estrés y en su malestar gástrico, el médico le prescribe un ansiolítico suave y le propone una cita presencial para el día siguiente. Por la tarde, Ana colapsa y es llevada de urgencia al hospital. Ana y Juan reciben sus diagnósticos. Ambos han sufrido un IAM.

Consulta la revisión de la literatura sobre el infarto agudo de miocardio en las mujeres (Mehta et al., 2016) que te ayuda a responder a las siguientes cuestiones:

- Describe las diferencias en el comportamiento de los protagonistas de nuestra historia, Ana y Juan frente a la enfermedad y de los profesionales sanitarios con los que consultan. Cuáles pueden ser atribuibles al binomio sexo/género y porqué.

---

---

---

---

---

---

---

---

- El papel de los estilos de vida, en términos de consumo de sustancias tóxicas y que influyen en la aparición de un infarto prematuro, parece ser determinante. ¿Existen diferencia en la prevalencia de tabaquismo, HTA, dislipemia, diabetes, obesidad, entre mujeres y hombres? Describe las diferencias.

---

---

---

---

---

---

---

---

- En la revisión propuesta cuando realizaron el análisis de diferencias étnicas, encontraron que las mujeres negras, hispanas e indias americanas llegaban más tarde al hospital, recibían menos terapias de reperfusión y menos cirugía de revascularización que los hombres y que las mujeres blancas, así como menos esfuerzos en prevención secundaria, y menor adherencia al tratamiento post-alta. ¿Qué ha aportado la inclusión de la “transversalidad” a este estudio?

---

---

---

---

---

---

---

---

## **CAPÍTULO 2.**

# **EL ANÁLISIS DEL SEXO-GÉNERO (SGBA) EN INVESTIGACIÓN**

D<sup>a</sup>. Teresa Súfrate Sorzano  
Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández  
D<sup>a</sup>. María Elena Garrote Cámara

Para la integración del SGBA, los investigadores deben ser capaces de:

- Distinguir y definir el sexo y el género en la investigación sanitaria.
- Identificar las diferencias de sexo y género en la fisiopatología de la enfermedad, su magnitud o su tratamiento.
- Identificar métodos para integrar las variables de sexo y género en contextos de investigación sanitaria.
- Evaluar un protocolo de investigación o una publicación en función de la integración u omisión del sexo y/o el género.

### **La inclusión de la variable sexo en investigación**

El estudio de ambos sexos debe ser un principio rector de la investigación biomédica. La falta de consideración del sexo como variable biológica puede socavar el rigor, la transparencia y la generalización de los resultados de la investigación. Los resultados de investigaciones en su mayoría de un solo

sexo junto con los de otros muchos estudios que no han informado el sexo de los animales, las células o los tejidos utilizados en la investigación en salud humana, han contribuido a una base de evidencia incierta y ambigua sobre las influencias del sexo en la biología y la salud. Algunos investigadores aun asumen que la biología fundamental incluye solo aquellas características moleculares, bioquímicas y fisiológicas que son compartidas, o iguales, entre mujeres y hombres. Sin embargo, es cada vez más claro que la biología fundamental abarca aquellas características que son compartidas y otras que son manifiestamente diferentes. El dimorfismo sexual ya está presente a nivel celular y las diferencias sexuales afectan a cada uno de los órganos y sistemas del cuerpo y por tanto son relevantes para la mayoría de las enfermedades humanas. La comunidad científica empieza a tener en cuenta que las diferencias entre hombres y mujeres va más allá de las diferencias en el sistema reproductivo y que el sexo es una variable básica en investigación biomédica.

Lo específico de hombres y mujeres en términos de salud y enfermedad solo se pone de manifiesto si se realiza el análisis separado por sexos y se indaga en las causas de estas diferencias.

Aunque el sesgo de género en investigación biomédica haya perjudicado en mayor medida a las mujeres (Lee 2018), también los hombres se ven afectados por el sesgo de sexo al no



tenerlos en cuenta cuando se estudian enfermedades consideradas prioritariamente femeninas. La osteoporosis es cuatro veces más frecuente en mujeres, pero también afecta a los hombres y algunas investigaciones muestran que los hombres tienden a tener más complicaciones relacionadas con la enfermedad. La mayoría de los modelos animales han utilizado hembras, en consecuencia, los mecanismos de la enfermedad en los hombres son menos conocidos y los fármacos estudiados resultan menos efectivos.

### **Cómo minimizar el sesgo sexual en la investigación biomédica**

En 2010, el Institute of Medicine de los Estados Unidos, recomendó en 2010 que el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) y otros editores adoptaran una guía para que todos los artículos que informaran de resultados de ensayos clínicos analizaran los datos por separado para hombres y mujeres. Desde entonces, el ICMJE recomienda que los investigadores incluyan poblaciones representativas en todos los tipos de estudios, proporcionen datos descriptivos sobre sexo y otras variables demográficas relevantes, y estratifiquen los informes por sexo.

En investigación biomédica la variable sexo se refiere a los atributos biológicos de las células, tejidos, animales y humanos. Muchos tipos de células como las células madre, las células inmunitarias, las células cardíacas y pulmonares, y las células cerebrales y musculares muestran diferencias sexuales y por tanto la inclusión de esta variable en los estudios sobre ellas resulta necesaria.

El término «sexo» debe usarse como una clasificación de hombre o mujer basada en la distinción biológica (variable biológica). En estudios con animales, siempre habrá que utilizar el término «sexo» y en experimentos biológicos celulares, moleculares o bioquímicos debe establecerse el origen y el sexo de las constituciones cromosómicas de las células y los cultivos de tejidos. Si se desconoce, las razones deben ser declaradas. En otras disciplinas, como las pruebas de dispositivos o tecnología, debe explicarse si se aplican o utilizan en hombres y en mujeres y si se ha probado considerando el sexo del usuario.

Pero hay algunos casos en los que el sexo puede no ser relevante. Por ejemplo, el estudio de la biología estructural o molecular de proteínas, carbohidratos o lípidos; estudio de patógenos cultivados *in vitro* en un ambiente acelular; o en el diseño preclínico y la aplicación de algunas tecnologías biomédicas. Sin embargo, quienes excluyan el sexo del diseño de la investigación siempre deben proporcionar una justificación convincente.

Cuando el análisis de las diferencias sexuales sea oportuno, se debe:

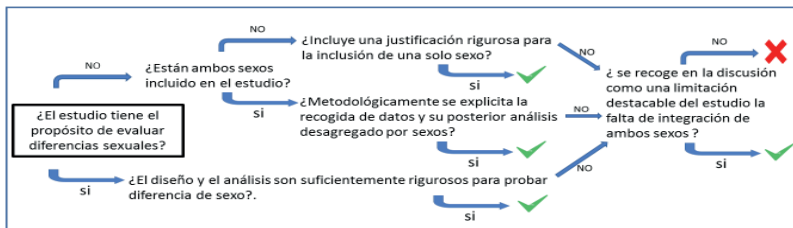
- Basar la investigación en la evidencia científica sobre las diferencias sexuales y sus mecanismos en el campo de estudio.
- Integrar el sexo como una variable biológica de células, tejidos, animales o humanos.
- Reclutar células, tejidos, animales o humanos de ambos sexos para el estudio de enfermedades que afectan a mujeres y hombres.
- Informar y analizar el sexo de células, tejidos, animales o humanos.

- Diseñar experimentos que desagreguen los resultados por sexo.

Una investigación carece de inclusión de análisis sexo o es débil cuando:

- No proporciona una justificación convincente para el estudio de un solo sexo; ignora las diferencias sexuales mostradas en la literatura científica o no se basa en los datos publicados sobre ellas.
- No informa del sexo de las células, tejidos, animales o humanos.
- No describe como se contabilizará y considerará el sexo en el plan de análisis.
- No aporta todos los resultados desagregados por sexo.
- Fusiona y/o confunde los términos sexo y género.

### Evaluación del sesgo sexual en estudios que involucran a animales vertebrados o humanos



Fuente: NOT-OD-15-102. Disponible en <https://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-OD-15-102.html>

## **La inclusión de la perspectiva de género en la investigación en salud humana**

Existe amplia y robusta evidencia de que las diferencias biológicas y sociales entre mujeres, hombres, niñas, niños y personas con diversidad de género contribuyen a las diferencias observadas en la salud. El riesgo de desarrollar unas enfermedades u otras, la respuesta a los tratamientos médicos o la frecuencia con la que acudimos a la atención sanitaria son solo algunos ejemplos de los múltiples aspectos de nuestro estado de salud que han mostrado sus diferencias asociadas al binomio sexo/género. El sexo y el género nos moldean por dentro y por fuera, desde las células hasta nuestro comportamiento social. Por tanto, incluir el análisis sexo-género en la investigación sanitaria tiene el potencial de hacer la ciencia más rigurosa, más reproducible y aplicable a todos.

El género es un constructo que cada sociedad elabora sobre qué es ser hombre o mujer en ella.

Se han establecido 4 componentes del constructo “género”:

- Rol de género: representa las normas de comportamiento que la sociedad considera más admisible o reprobables para hombres y aquellas que lo son para las mujeres. En todos los países del mundo las normas para unas y otros son diferentes. Si una sociedad penaliza la fragilidad masculina es menos probables que los hombres admitan la tristeza, la ansiedad o la depresión y es más probable que asuman comportamientos de riesgo para su salud.
- La identidad de género: describe como nos definimos en un continuo femenino/masculino. La identidad de género

afecta a nuestros sentimientos y comportamientos. Cuando la identidad de género difiere manifiestamente de la apariencia sexual puede crear situaciones de discriminación o menosprecio que incrementan la vulnerabilidad de las personas a la enfermedad.

- Las relaciones de género: se refiere a como interactuamos con las otras personas. En sociedades con relaciones de género muy jerarquizadas las mujeres pueden sentirse más cohibidas para discutir los juicios sobre su salud que emiten hombres o a soportar situaciones de violencia o acoso sexual.
- El género estructural: Refleja la distribución de poder entre hombres y mujeres en las instituciones políticas, educativas y sociales. El aspecto institucionalizado del género también da forma a las normas sociales que definen, reproducen y, a menudo, justifican diferentes expectativas y oportunidades para mujeres y hombres. En todo el mundo, ellas ganan menos que los hombres, tienen más probabilidades de dedicarse a actividades de baja productividad y a trabajar en el sector informal. En España, un gran número de mujeres que trabajan como asistentes y cuidadoras quedan fuera de la protección que confiere del estatuto de los trabajadores, sin derecho a la salud laboral, baja por enfermedad o paro.

La integración de la variable “sexo” (o de variables biológicas relacionadas con el sexo) ha sido mejor entendida por quienes investigan, pero la integración del “género” crea más dificultades. Mientras en las ciencias sociales el concepto “género”

lleva décadas asumido por, la investigación, en salud solo recientemente se ha incorporado en el lenguaje. El género no es una variable biológica. Su inclusión como variable social, determinante social de la salud o unidad de análisis, compuesta por varias variables psicosociales que tratan de aprehender diferentes aspectos del concepto de género, es un reto para quien investiga, que obliga a idear o repensar las estrategias de diseño de sus estudios.

La desagregación de los datos por sexo no implica en sí mismo que el estudio incorpore la perspectiva de género, pero es imprescindible para poder analizarla.

### **¿Cuándo se debe incluir el análisis sexo/género en la investigación?**

Tanto el sexo como el género deben considerarse, siempre que sea posible, en estudios humanos y de bases de datos sobre salud humana. Los conceptos sexo y el género se muestran fuertemente vinculados entre sí y pueden ser difíciles de separar, pero son conceptos diferentes y es importante no confundirlos ni utilizarlos como sinónimos.

Solo las personas tienen género y por tanto su estudio no es aplicable en la investigación biomédica que utiliza exclusivamente células, tejidos y animales. También existen algunos tipos de investigación en los que el género puede no ser relevante: algunos estudios clínicos de procesos y tratamientos de enfermedades como, por ejemplo: algunos estudios clínicos de procesos y tratamientos de enfermedades; ciertos estudios

de un solo sexo que utilizan conjuntos de datos existentes; o análisis de datos secundarios donde es imposible crear una variable o una unidad de análisis de género.

Cuando una investigación no integra el análisis de género debería justificar por qué no es posible o relevante hacerlo.

## Actividades capítulo 2

Preguntas sobre el uso adecuado de sexo y género.

1. Seleccionar solo la sentencia que usa los términos sexo o género **correctamente**:
  - a. Las diferencias en los comportamientos saludables de hombres y mujeres es probablemente un ejemplo de diferencias de sexo.
  - b. Las diferencias de género existen en la asociación entre el tipo de ratones a los que se inyecta antígeno leucocitario humano (HLA) y la microbiota intestinal.
  - c. En pacientes con VIH, las cargas virales varían según el género de los pacientes.
  - d. El sexo es un factor determinante importante en los niveles hormonales de los vertebrados.
  
- 2.Cuál de las siguientes sentencias define o utiliza los términos sexo o género **incorrectamente**:
  - a. El término sexo puede utilizarse para hacer referencia a la expresión de los genes y a la anatomía reproductiva/sexual de los humanos.



- b. Una revisión de estudios de asociación del genoma completo muestra una falta específica de análisis de sexo: solo 33% de los estudios publicados incluían el cromosoma X.
  - c. El término sexo podría aplicarse al material de experimentación procedente de animales.
  - d. No hay diferencias en la mortalidad observada entre ratones hembra o machos en un modelo de infección por malaria, por lo tanto, se concluye que el género no juega un papel determinante en la susceptibilidad al *P. Falciparum*”.
- 3.Cuál de las siguientes definiciones de género es **incorrecta** en un contexto de investigación en salud:
- a. Los roles de género son normas sociales de comportamiento atribuidas a hombres y mujeres.
  - b. La identidad de género hace referencia a como un individuo se ve a sí mismo como masculino o femenino o en un continuo de masculino/femenino.
  - c. La orientación de género indica si un individuo se siente atraído sexualmente por una persona de su mismo sexo o del sexo contrario.
  - d. El término transgénero se usa para describir a individuos cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer.



# **CAPÍTULO 3: PROPUESTA PARA LA INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS DE SEXO/GÉNERO EN LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN**

Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández  
Dr. Iván Santolalla Arnedo  
D<sup>a</sup> Teresa Súfrate Sorzano

Es necesario familiarizarse previamente con la literatura que ya incluye el análisis sexo/género en relación al tema de investigación. Esto incluye conocer lo que otras investigaciones en su campo han descubierto sobre el sexo y el género, y cómo miden y tienen en cuenta el sexo y el género en sus métodos de análisis y diseño de investigación.

## **Revisión de la literatura**

Siempre que el tema de estudio afecte a la salud de las personas debemos tratar de conocer qué se sabe sobre la influencia del sexo-género en ese problema de salud

- Exposición clara de las diferencias epidemiológicas conocidas en relación con el sexo-**género** de las personas.
- Descripción de los mecanismos conocidos que explican

el impacto del sexo o las diferencias de género en el área de investigación en estudio.

- Manifestación explícita de la falta de conocimiento sobre las diferencias entre hombres y mujeres o sobre los mecanismos que las explican cuando se constate la carencia de evidencia científica al respecto.

### **Hipótesis, preguntas de investigación y objetivos**

Es importante preguntarse por las diferencias/similitudes que pueda haber entre hombres y mujeres, formular hipótesis que permitan incluir el sexo/género como factor y establecer objetivos que nos ayuden a verificar o refutar estas hipótesis.

Recomendaciones respecto a la hipótesis:

- Incluir hipótesis que atiendan a posibles diferencias y similitudes entre mujeres y hombres.
- Si las hipótesis se refieren a un solo sexo, indicar claramente y justificar la decisión. Y en todo caso, generalizar solo al sexo incluido en las hipótesis.
- Incluir hipótesis que atiendan a la diversidad de situaciones y experiencias de mujeres y hombres. Atender a la posible influencia de factores sociales, económicos y culturales.

Recomendaciones respecto a la pregunta de investigación. Una articulación clara del tipo de pregunta de investigación que se está considerando con respecto al sexo y / o género (algunos ejemplos):

- Identificar diferencias de sexo y / o género;
- Explicar diferencias de sexo y / o género;
- Establecer similitudes de sexo en el problema a estudio;
- Estudiar sexo / género como un factor de confusión o una variable de interacción mientras se prueba la hipótesis principal del estudio.

### **Diseño del estudio y métodos**

Pensar en el sexo y el género cuando se decida el diseño del estudio, la población objeto de estudio, al reclutamiento de los participantes y a la selección de las variables y de los cuestionarios del estudio.

- Tipo de investigación (cuantitativa, cualitativa o mixta) más pertinente para responder a la pregunta de investigación.
- Tamaño de la muestra: Testar interacciones requiere de tamaños de muestra más grandes que permiten el análisis estratificado por sexo. El cálculo del poder y del tamaño de la muestra debería ser siempre determinados a priori y teniendo en cuenta el análisis sexo-género diseñado.
- Criterios de inclusión y exclusión que consideren sexo/género y una población diversa de hombres y mujeres/niños y niñas. En estudios biomédicos con animales de experimentación, tejidos o células: identificación del sexo de las células, tejidos o animales que se utilizan, si procede.
- Descripción del método de reclutamiento para incluir

el mismo número de participantes masculinos y femeninos para la investigación traslacional, si corresponde, o justificación científicamente sólida para proponer un estudio de un solo sexo, si corresponde.

- Descripción de las variables o de la unidad de análisis (conjunto de variables relacionadas con el sexo o el género).
  - El sexo es una variable biológica o un conjunto de variables biológicas y en la medida en que sea posible, habría que confirmar el sexo de las personas estudiadas. Se tendría que informar en la sección de métodos si el sexo de quienes participan, se definió por autodeclaración o si se les asignó después de un examen externo o interno de las características del cuerpo, o mediante pruebas genéticas u otros medios.
  - Puede ser válido un método de dos pasos para preguntar sobre sexo y género en el que se les pide a los participantes que identifiquen su sexo biológico (indicado en su certificado de nacimiento original), así como su identidad de género actual.
- Recogida de datos
  - La forma de obtener los datos de las variables de exposición y de resultado pueden ser también sensibles a las cuestiones de género. Por ejemplo, es menos probable que los hombres respondan a entrevistas auto-reportadas sobre la familia. Por el contrario, cuando se consultan los datos sobre la compensación de los trabajadores por accidentes laborales,

las trabajadoras pueden tener menos probabilidades que los trabajadores de presentar una reclamación de indemnización y / o de que se la acepten después de un accidente laboral.

- Reintentar
- Intentándolo de nuevo...
- Intentándolo de nuevo...

Para los cálculos del índice de masa corporal, es más probable que los hombres sobrestimen su estatura y que las mujeres infraestimen su peso.

- Utilizar cuestionarios validados en hombres y mujeres, sin sesgo de género y que sean sensibles y receptivos a las cuestiones de sexo / género. Hombres y mujeres pueden responder a la misma pregunta de la encuesta de diferentes maneras, introduciendo el género sistemático en los datos disponibles.
- En investigación cualitativa, las interacciones sexo/género pueden afectar a la dinámica de las entrevistas y al tipo de información que se obtiene. Por otro lado, un plan de análisis de los temas abordados en la entrevista podría incluir la interpretación mediante la perspectiva de género, por ejemplo, en una investigación sobre comportamientos de riesgo (consumo de drogas, comportamientos violentos o de riesgo vital) se podría tener en cuenta la perspectiva de género masculino, especialmente para la investigación de frases, temas o imágenes consistentes con el concepto de masculinidad dominante, acorde con la situación y el contexto cultural.

## **Análisis de los datos**

### **Métodos para el análisis de la variable sexo**

El Health Canada Institute y otros organismos reguladores como la US Food and Drug Administration recomiendan que se documente y se lleve a cabo un plan preespecificado para evaluar las diferencias de sexo, una vez que se haya demostrado que el efecto general de un tratamiento es significativo. Esto es extremadamente importante, ya que se ha demostrado que fármacos como la aspirina tienen diferente efecto terapéutico en hombres y mujeres y existen precedentes científicos para recomendar dosis más bajas de medicamentos a mujeres y ancianos con el fin de evitar daños innecesarios de los medicamentos.

- Estratificar por sexo

Cuando los análisis se presentan por separado por sexo, esto proporciona la imagen más clara de donde pueden diferir las experiencias entre hombres y mujeres.

Algunos ejemplos de estratificación serían:

- La creación de 2 columnas en la tabla que describe la muestra estudiada y que incluye el resultado del análisis sobre las diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, es un método de estratificación común.
- La estimación del efecto se puede mostrar de manera separada por sexo, utilizando los datos crudos para construir dos tablas separadas y calcular la media de la



asociación entre la exposición y el resultado en hombres y mujeres por separado. Por ejemplo, se podría medir el efecto de la interacción entre años de consumo de tabaco, media de cigarrillos fumados en el último año y edad en el desarrollo de EPOC en hombre y mujeres”

- Testar la importancia del sexo utilizando técnicas de modelado

El modelado consiste en representar un conjunto de datos (“la muestra”) mediante una ecuación matemática (“el modelo”). Los métodos de modelado (regresión simple y múltiple), se pueden utilizar para comprender cual es la contribución de las variables relacionadas con el sexo en las diferencias en los resultados en salud observados entre hombres y mujeres. Este enfoque también permitirá estimar la diferencia entre hombres y mujeres que quedaría si otros factores, que también han mostrado su asociación con el problema de salud, fueran iguales para hombres y mujeres, es decir ajustamos la variable sexo por otras variables (edad, consumo de alcohol, exposición a toxico, etc.).

Algunos ejemplos de modelado para el análisis de sexo:

- Estimar el valor predictivo de la variable sexo en el desarrollo de diabetes tipo II en nacidos con peso elevado para su edad gestacional.
- Conocer si los factores que mejor explican el desarrollo de osteoporosis son iguales en hombres y en mujeres.
- Analizar la interacción entre sexo y edad o sexo y nivel educativo en la tasa de consumo de psicofármacos o

bien la interacción entre sexo y horas de actividad **física** o sexo y obesidad en la prevalencia de osteoporosis.

Importante: no es lo mismo estratificar los resultados por sexo o ajustar la variable sexo por otras variables que controlar o ajustar otras variables por la variable sexo en el análisis de regresión multivariante. Al controlar o ajustar el modelo por la variable sexo se elimina la capacidad de explorar datos por separado para mujeres y hombres. Si la relación entre la variable de interés y el resultado difiere entre unos y otras, el ajuste por sexo proporcionará una estimación de la relación promedio entre la variable y el resultado, si el sexo se mantuviese estable, anulando su efecto. Un error común es informar las diferencias de sexo en la tabla de descripción de las variables de la muestra y luego solo presentar los resultados ajustado en el resto de la sección de resultados.

### **Métodos para el análisis de género**

- Género como variable

En el caso de poder caracterizar el género como una variable, se podrán aplicar para su análisis los mismos métodos descritos para el análisis de la variable sexo.

Podemos tratar el género como variable

- Si preguntamos a las personas por su identidad de género (cisgénero, transgénero, género fluido, etc.)
- Si medimos alguno de los componentes del constructo **género mediante el uso de escalas** o cuestionarios.

Existen escalas ya construidas y validadas para medir el género.

Aspecto evaluado	Escala
Identidad de género	- Personal attributes Questionnaire - German Personal Attributes Questionnaire (GPAQ)
Roles de género	- Gender Roles Expectations of Pain. - Gender Role Conflict (O'Neil eta al., 1986)
Normas de género	- Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI) - Conformity to Feminine Norms Inventory (CFNI) - Male Role Norms Inventory (MRNI) - MRNI-Revised (2007) - MRNI- Short Form (2013)
Relaciones de género	- Ambivalent Sexism Inventory - Self-perceived and self-Reported Gender Equality

Otra opción es crear un índice de género o una puntuación de género para analizar el género independientemente del sexo.

Un equipo de investigación canadiense para predecir el tiempo de tratamiento para hombres y mujeres que experimentan un síndrome coronario agudo de inicio temprano creó un índice de género que incluyó siete variables: (1) información sobre si la persona encuestada era la fuente de ingresos principal en su hogar, (2) sus ingresos personales, (3) el **número de horas**

**de trabajo en el hogar**, (4) responsabilidad del trabajo en el hogar, (5) nivel de stress en el hogar, y (6 y 7) medidas de masculinidad y medidas de feminidad mediante el “Bem Sex Role Inventory”.

- Género como “unidad de análisis”
- Buscar la historia de género aplicando **más de un nivel** de desagregación por sexo.

Un ejemplo:

Primer nivel: los datos sobre accidente de trabajo sugieren que los hombres sufren con más frecuencia accidentes en el trabajo que las mujeres. Basándonos en esta información se podría concluir que los hombres tendrían que ser objetivo prioritario de las actividades de prevención.

Segundo nivel: cuando se aplica un segundo nivel de desagregación de datos por sexo para examinar el riesgo de accidentes por horarios de trabajo, surge una historia diferente, entre quienes realizan turnos, las mujeres tienen una tasa más alta de accidentes que los hombres.

Tercer nivel: al analizar la proporción de accidentes entre quienes trabajan a turnos, estratificado por sexo y por presencia de hijos/as dependientes se observa: que existe diferencias significativas entre quienes tienen a su cargo hijos/as dependientes, pero no hay diferencias cuando no tienen hijas/os dependientes.

Cuando los roles de género y cuidado de hijos son considerados, el riesgo de accidentes asociados con el trabajo por turnos aumenta entre las mujeres en comparación con los hombres solo entre aquellas con hijos dependientes.

- Buscar la historia de género mediante la interseccionalidad, es decir, midiendo la modificación del efecto de la variable sexo cuando interacciona con otras variables relacionadas con el género (edad, estado social, hijos, horas dedicadas al cuidado, desempleo, etc.).

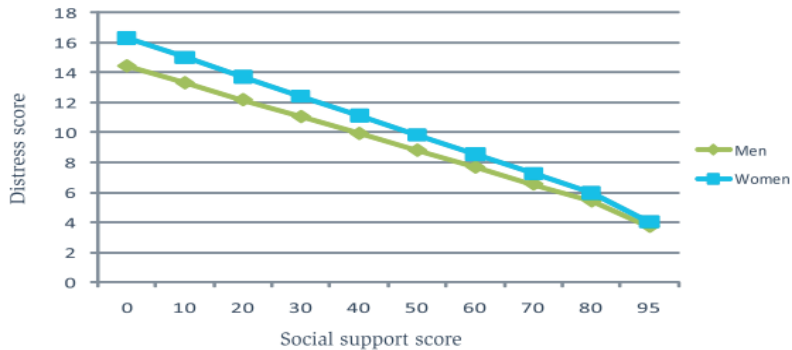
Descubrir historias de género puede ofrecer mejor información a las políticas sociales que tienen como objetivo disminuir el estrés y el riesgo de síntomas de salud mental entre 30 y 44 años.

Al estudiar el nivel de estrés en relación con variables sensibles al género y comparar los resultados obtenidos en mujeres y hombres se puede observar que los datos brutos muestran que las mujeres tienen con mayor frecuencia que los hombres niveles de stress elevados (cuarto cuartil, entre el percentil 75 y 100). Al considerar otras variables sensibles al género como el estatus de empleo o el soporte social que tienen unas y otros la relación de alto nivel stress entre hombres y mujeres cambia.

## Relación entre niveles altos de estrés (cuarto cuartil) y el estatus laboral



Fuente: Clow Barbara et al. Rising to the Challenge: Sex-and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada.



Fuente: Clow Barbara et al. Rising to the Challenge: Sex-and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada.

Otros estudios han encontrado que las mujeres y los hombres perciben diferentes niveles de estrés temporal, relacionados con la cantidad de trabajo doméstico y no remunerado que realizan.

**Tabla: Variables sensibles al análisis de género**

Tipo de Variable	Variable
Características socio demográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clase social</li> <li>- Sexo</li> <li>- cabeza de familia</li> <li>- Edad</li> <li>- Nivel de estudios más alto completado</li> <li>- Grado de ajuste de la formación académica con el puesto de trabajo (escala de 0 a 10)</li> <li>- Nacionalidad</li> </ul>
Trabajo Reproductivo (No remunerado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composición del hogar: Número de hijos menores de 3 años, entre 3 y 5 años, entre 6 y 14 años</li> <li>- Número de personas dependientes en el hogar, a excepción de los hijos</li> <li>- Estructura familiar (convivencia): edad, sexo, parentesco de las personas convivientes</li> <li>- Trabajo doméstico: realización del trabajo doméstico (hacer la compra, la comida, limpieza, plancha, etc.)</li> <li>- Reparto del trabajo doméstico</li> <li>- Cuidado a personas dependientes (criaturas, personas mayores, discapacitados/as): reparto de los cuidados</li> <li>- Disponibilidad de una ayuda externa (familiar o contratada) para realizar las tareas domésticas y de cuidados</li> <li>- Horas dedicadas al trabajo reproductivo.</li> </ul>

<p>Trabajo Productivo (Remunerado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación laboral</li> <li>- Ocupación o puesto de trabajo</li> <li>- Tipo de contrato, duración del contrato: indefinido o temporal</li> <li>- Tipo de jornada laboral: Jornada completa o parcial, jornada parcial elegida por decisión propia o ajena, jornada continuada o partida, horario nocturno, por turnos, durante los fines de semana</li> <li>- Horas trabajadas a la semana</li> <li>- Frecuencia con que prolonga su jornada laboral</li> <li>- Actividades formativas dentro de la jornada laboral</li> <li>- Frecuencia de realización del trabajo en el domicilio particular</li> <li>- Actividad económica de la empresa</li> </ul>
<p>VARIABLES subjetivas que pueden influir en el rendimiento laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado de satisfacción con la jornada, la flexibilidad de horarios, el tiempo de descanso durante la jornada laboral</li> <li>- Grado de satisfacción con las vacaciones y permisos, el salario, las ayudas sociales proporcionadas por su empresa u organización, la estabilidad, la organización del trabajo en su empresa, la posibilidad de promoción en su empresa, con la valoración de sus superiores acerca del trabajo que realiza, con la actividad desarrollada, con el nivel de autonomía o independencia en el puesto de trabajo, con el nivel de participación en las decisiones sobre las tareas desarrolladas, con el nivel de motivación en el puesto de trabajo, con la formación proporcionada por la empresa, con el tiempo que dedica a sus hijos, con el tiempo que dispone para su vida personal</li> <li>- Nivel de estrés</li> <li>- Nivel de monotonía o rutina</li> <li>- Grado de esfuerzo físico</li> <li>- Nivel de dificultad para solicitar: días sin empleo y sueldo por motivos familiares, excedencias por motivos familiares, reducción de la jornada laboral por motivos familiares</li> <li>- Nivel de dificultad para ausentarse del trabajo para resolver asuntos particulares esporádicos</li> </ul>



Fuente: Montañés, A. Productividad y empleo II, tipos de jornada y productividad del trabajo. Universidad de Zaragoza, 2011; y García, M.M. Jiménez, M.L. Martínez, E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud, s/f.

## **Resultados y discusión**

Los resultados deben reflejar la existencia o no de diferencias entre hombres y mujeres desde una perspectiva de género. Una buena investigación implica identificar dónde ocurren estas diferencias, interpretar los resultados a la luz de estas diferencias, sugerir formas de corregirlas y abrir nuevas de vías de investigación que exploren en mayor profundidad estas diferencias o traten de clarificarlas.

### Actividad capítulo 3

Es menos probable que a los hombres se les diagnostique y trate de depresión que a las mujeres. Un estudio cualitativo busca comprender mejor si los ideales de dureza masculina, autosuficiencia y evitación del autoestigma contribuyen a retrasar la búsqueda de atención médica entre los hombres con depresión. Cuál de las siguientes sentencias sobre los métodos para los estudios cualitativos **son incorrectas**.

- a. El reclutamiento de hombres a través de Atención Primaria puede introducir un sesgo de selección, ya que los hombres que operan bajo fuertes nociones de masculinidad dominante tradicional pueden no acceder al sistema de salud.
- b. En una entrevista a hombres frases como “alguna vez has sentido la necesidad de recargar (pilas) pueden ser preferibles a “alguna necesitas sientes que necesitas ayuda”.
- c. Es improbable que sexo/género del investigado asistente afecte a la dinámica de la entrevista.

## **CAPÍTULO 4. HERRAMIENTA PARA MEDIR LA INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS SEXO-GÉNERO EN INVESTIGACIÓN**

Dr. Raúl Juárez Vela

Dra. Ángela Durante

D<sup>a</sup>. Beatriz Angulo Nalda

En 2012, la European Association of Scientific Editors (EASE) estableció un comité de política de género, Gender Policy Committee (GPC), al que encargó desarrollar las recomendaciones para integrar el análisis de sesgo/género en la investigación; Sex and gender equity in research. (SAGER) guideline. Las directrices proporcionan a la comunidad científica una herramienta para estandarizar la información sobre sexo y de género que debían aportar las publicaciones científicas, cuando fuese apropiado o que quienes revisan, editan y financian deberían tener en cuenta a la hora de valorar la idoneidad y mérito de una publicación.

## **Lista de comprobación para autores/as que desean realizar informes con perspectiva de género:**

### **Enfoques de investigación:**

- ¿Se utilizan los conceptos de género o sexo en su proyecto de investigación?
- En caso afirmativo, ¿ha definido usted explícitamente los conceptos de género y sexo? ¿Deja claro qué aspectos de género o sexo se examinan en su estudio?
- En caso negativo, ¿lo considera usted como una limitación significativa? A la luz del conocimiento existente en la literatura relevante, ¿existen factores plausibles relacionados con género o sexo que deberían haberse considerado? Si usted considera que sexo o género son altamente relevantes para la investigación propuesta, el diseño de investigación debe reflejarlo.

### **Preguntas e hipótesis de investigación:**

- ¿Su (s) pregunta(s) o hipótesis de investigación hace(n) referencia al género o al sexo, o a grupos o fenómenos relevantes? (Por ejemplo, diferencias entre hombres y mujeres; diferencias entre las mujeres; trata de entender un fenómeno basado en el género, como la masculinidad.)

### **Revisión de la literatura:**

- ¿Cita su revisión de la literatura estudios previos que apoyen la existencia (o la ausencia) de diferencias significativas entre mujeres y hombres, chicos y chicas, o machos y hembras?

- ¿Su revisión de la literatura señala la medida en que la investigación previa ha tenido en cuenta el género o el sexo?

### **Métodos de investigación:**

- ¿Es apropiada su muestra para captar factores relacionados con género o sexo?
- ¿Es posible recoger datos que estén desagregados por sexo o género?
- ¿Están los criterios de inclusión y exclusión bien justificados respecto al género y al sexo? (Nota: esto se refiere a sujetos humanos o animales y a sistemas biológicos que no son organismos completos)
- ¿El método de recogida de datos propuesto en su estudio es apropiado para la investigación de sexo y género?
- ¿Su enfoque analítico es apropiado y suficientemente riguroso como para capturar factores basados en el género o el sexo?

### **Ética:**

- ¿Su diseño tiene en cuenta los aspectos éticos relevantes que puedan tener particular importancia respecto al género o el sexo? (Por ejemplo, inclusión de mujeres embarazadas en los ensayos clínicos.)

## **Actividad capítulo 4**

Como autor, seleccione del listado de comprobación expuesto en el capítulo 7, las comprobaciones que le parecen de mayor interés a realizar en sus investigaciones.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Pero, ¿cuándo y cómo se debe incluir el sexo y el género en las propuestas?

## **CAPÍTULO 5. PRESENTE Y FUTURO DE LA INCLUSIÓN DEL ANÁLISIS SEXO/GÉNERO EN EL ABORDAJE DE LA SALUD HUMANA**

Dra. Remedios Álvarez Terán

Dr. Raúl Juárez Vela

Dr. Iván Santolalla Arnedo

D. Nicolás Alonso Llorente

Al introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud, reconocemos que existen diferencias en el estado de salud y de enfermedad entre mujeres y hombres. Diferencias atribuibles a los estilos de vida, a la economía, a la educación, a la edad y al género, y no solo a la biología. A las diferencias así generadas la OMS las denomina inequidades y les atribuye una dimensión moral y ética al ser innecesarias, evitables e injustas.

La salud es uno de los factores que más afectan a la calidad de vida de las personas, pero no podemos perder de vista que los determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para mujeres y hombres. Unas y otros acceden y controlan los recursos sanitarios de manera diferente, así que se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para enfermar, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud.

Al investigar en salud, es necesario introducir la perspectiva de sexo y género para que los resultados sean más precisos, sensibles y relevantes. Desde las instituciones sanitarias internacionales, europeas y nacionales se viene trabajando por promover la inclusión del análisis de sexo/género en la investigación que afecta a la vida humana y a la salud.

### **Perspectiva internacional**

Para conocer las causas y las consecuencias de las desigualdades entre mujeres y hombres en el mundo, la ONU ha organizado foros internacionales desde 1975. En 2015 se establecieron 17 objetivos para conseguir un desarrollo sostenible que deben cumplirse antes de finalizar 2030. El tercero, Salud y bienestar, y el quinto, Igualdad de género, atraviesan todas las investigaciones relacionadas con ambos campos del conocimiento.

También la ONU, en 1990, creó el Índice de Desarrollo Humano. Una herramienta para relacionar longevidad, conocimientos o logros educativos y nivel de vida de las poblaciones. Finalmente, para profundizar en el análisis de las diferencias entre mujeres y hombres, se implementó el Índice de Desigualdad de Género, que refleja la desigualdad entre mujeres y hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado de trabajo.

### **Perspectiva en España**

La legislación española reconoce que el género es un determinante para la salud y, en consecuencia, viene incorporando



normativa para hacer efectivos los diversos compromisos internacionales alcanzados.

La Declaración de Madrid de 2001 asumió la necesidad de avanzar en la igualdad a partir de las siguientes premisas:

- Todas las personas tienen el mismo derecho a la salud. Pero, para conseguir los mejores niveles, es necesario que las políticas sanitarias reconozcan que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes.
- El género es uno de los determinantes de un estado de salud no equitativo.

En 2003, la Ley 16/2003 de Calidad del Sistema Nacional de Salud previó la elaboración de planes integrales sobre las patologías más prevalentes, relevantes o las que incrementan la carga sociofamiliar. Así como la necesidad de prestar una atención integral: prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar (Ley 16/2003).

La Ley 1/2004 de Medidas contra la Violencia de Género reconoció que esta lacra es el problema que más brutalmente muestra la desigualdad de las sociedades occidentales. Una violencia que se dirige a las mujeres por el hecho mismo de serlo, y que afecta radicalmente a su salud. La norma determinó las medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en la sanidad (Ley 1/2004):

1. El SNS debe impulsar actuaciones sanitarias para la detección precoz de esta violencia.
2. Desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario para mejorar e impul-

- sar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las mujeres víctimas de esta violencia.
3. Incorporar en los currículos de las profesiones socio sanitarias contenidos dirigidos a la investigación, prevención, detección, intervención y apoyo a estas mujeres.
  4. Contemplar en todos los Planes Nacionales de Salud la prevención e intervención integral en violencia de género.

Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad de género, incorporó pautas transversales en salud:

1. Adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas para favorecer la promoción de la salud de las mujeres y prevenir su discriminación.
2. Fomento de la investigación científica sobre las diferencias entre mujeres y hombres, para proteger su salud, especialmente en el diagnóstico y tratamiento, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.
3. Consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
4. Integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
5. La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del SNS.

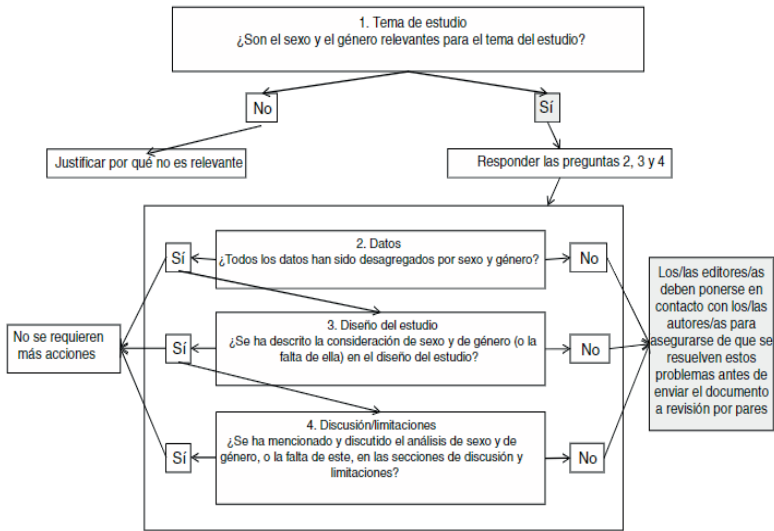
6. La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

Siguiendo el mandato legal, en 2004 se creó el Observatorio de Salud de las Mujeres, que tenía entre sus objetivos generar, difundir y promover el análisis de género y la equidad y su inclusión en las políticas y sistemas sanitarios. Fue suprimido en 2014 y puesto nuevamente en marcha en abril de 2019.

En marzo de 2005, se adoptaron 45 medidas para favorecer la igualdad. Así, se determinó elaborar un Informe anual sobre Salud y Género. El primero data de ese mismo año, posteriormente se publican en 2006, 2007, 2008 y 2009. En este último, ya no analiza la salud en general, sino que está dedicado exclusivamente a la violencia de género, que, si bien, es un elemento de primera magnitud para generar enfermedad, no es el único. En 2020, se reinicia este análisis.

En nuestro entorno tenemos ejemplos similares de apuestas por una ciencia más inclusiva. El Institute of Gender and Health canadiense estableció en 2010 el requisito de que todas las solicitudes de subvenciones para proyectos de investigación tenían que responder a preguntas obligatorias sobre si sus diseños de investigación incluían o no la perspectiva de género y el sexo.

**Figura 1. Diagrama de flujo SAGER sobre el primer cribado editorial de los manuscritos recibidos.**



Fuente: S. Heidari et al. Gaceta Sanitaria. 2019; 33 (2)

## Descriptorios por género

Las diferencias en la salud entre mujeres y hombres están científicamente constadas. La OMS publicaba en 2009 el informe *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* y en 2015 *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*.

Entre otras muchas conclusiones, ambos documentos dejan en evidencia que, pese a los progresos realizados, las sociedades siguen fallando a las mujeres en momentos claves de sus vidas. Así como que, mientras ellas dispensan la mejor parte

de la atención sanitaria, pocas veces reciben la que necesitan. También se constata que, aunque viven más, los años suplementarios no siempre se acompañan de buena salud. Y que, a pesar de algunas ventajas biológicas, se ven afectadas en su salud por una situación socioeconómica peor. En resumen, que se necesitan cambios y medidas políticas en la salud y fuera de ella para atajar las desigualdades.

Se podían extraer algunos datos cuantitativos:

- De media, las mujeres viven entre seis y ocho años más que los hombres.
- La esperanza de vida femenina al nacer es mayor de 80 años en 35 países, pero tan solo de 54 años en África.
- Las tasas de morbi-mortalidad comienzan a diferenciarse después de la infancia: los accidentes al desplazarse de un lugar a otro son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes en los países de ingresos medio-altos.
- Las niñas tienen muchas más probabilidades de sufrir violencia sexual -cualquier tipo de delito-: un 8,7% de niños frente a un 25,3% de niñas.
- Ellas están más expuestas a tener relaciones sexuales poco seguras, no deseadas y/o forzadas, que pueden hacerles contraer el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Se estima que en 2016 se produjeron 376 millones de nuevos casos en todo el mundo de las cuatro infecciones de transmisión sexual curables más comunes (clamidiasis, blenorragia, sífilis y tricomoniasis).
- Los embarazos no deseados y los abortos peligrosos son una importante causa de mortalidad entre las jóvenes

de 15 a 19 años de los países en desarrollo. Lo abortos practicados por no profesionales contribuyen en gran medida a esas muertes. Cada año, 14 millones de adolescentes se convierten en madres. El 90% de ellas vive en países en desarrollo.

- Más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones durante el embarazo y el parto prevenibles y, el 90% de esta mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo. Los partos prematuros, la asfixia neonatal y las infecciones son las principales causas de mortalidad durante el primer mes de vida, que es cuando las tasas de mortalidad son más elevadas.
- Diariamente, 1600 mujeres mueren de complicaciones durante el embarazo prevenibles. Anualmente, se producen medio millón de muertes maternas, de las que el 99% suceden en países en desarrollo. Pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres no utiliza ningún método de planificación familiar, aunque quiera hacerlo.
- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema ‘masculino’, son la principal causa de mortalidad femenina.

En España, las encuestas nacionales de salud ponen en evidencia la relación directa entre bajos ingresos y mala salud. También hay una clara relación entre la salud y la edad. Las españolas tienen peor estado de salud en todos los tramos de

edad, cumplen la estadística de vivir más, pero, más enfermas, y ello es atribuible a causas biológicas, económicas y sociales (Durán, 2012, 237-243).

En conjunto, ellas acuden a más consultas médicas, al dentista y a otros profesionales sanitarios y se realizan más pruebas diagnósticas, especialmente análisis de sangre. Hay un porcentaje del 3,3%, de entre 50 y 69 años, que nunca se ha realizado una mamografía. Las mujeres donan menos órganos, supone un 43% en el conjunto, y también reciben menos, el 32,6% de los mismos (Instituto de la mujer, 2021).

En 2020, estaban gravemente limitadas para las actividades de la vida cotidiana el 5,53%, y el 3,87% entre ellos; no podía moverse el 2,6% y el 1,1% respectivamente; no podía ver el 0,5% de las mujeres y el 0,1% de los hombres; y no podía oír el 0,5% en ambos sexos. Así que, percibían un estado de salud muy malo un 2% de las mujeres y un 1,13% de ellos. Efectivamente, ellas estaban y se sentían peor.

Las mujeres mostraban, entre sus afecciones, un 7,1% de cuadros depresivos, frente al 3,4% de los hombres. De hecho, entre la medicación consumida, los tranquilizantes, relajantes y somníferos suponían el 14,2%, prácticamente el doble que el consumo reflejado por los hombres. Sin embargo, respecto al consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, automedicación y adicciones, las mujeres estaban por debajo. Por ejemplo, un 64,8% nunca había consumido tabaco, porcentaje que se reduce al 46,4% entre los hombres. También mostraban menor prevalencia en la adicción al juego con dinero, el 61,5%, frente al 66,8% de los hombres. Destacaba el dato de la prevalencia del uso compulsivo de Internet entre las estudiantes de 14-18 años, que era del 23,4% frente al 16,4% de ellos.

En 2020, 73 mujeres fallecieron por SIDA, en tanto que lo hicieron 292 hombres. Otras 53.602 por enfermedades de prevalencia femenina, mientras los fallecidos por causa masculina fueron 18.890. Finalmente, el Sars-CoV-2 acabó con la vida de 35.922 mujeres, entre casos confirmados y sospechosos, casi un número similar de hombres 38.917.

Uno de los retos más importantes de la investigación en salud es trasladar el conocimiento acumulado sobre la influencia del sexo y el género de las personas a nuevas investigaciones y a la toma de decisiones en salud. La consecuencia de olvidar esta parte trascendental de las investigaciones puede variar desde intervenciones sanitarias menos efectivas a mayor morbilidad y mortalidad.

El conocimiento sobre sexo, género y salud debe impactar en todos los ámbitos sanitarios: la docencia, la investigación, la práctica clínica, los servicios y las políticas de salud, la población y la salud pública. Porque, sabemos que tener en cuenta el sistema sexo/género conduce a mejoras en las intervenciones, en las políticas y en los resultados sanitarios.

Otra piedra angular es seguir formando a quienes investigan en las herramientas que les faciliten la integración del análisis sexo/género y que les ayuden a tener siempre presentes: el sexo, el género y la diversidad en relación con la salud.

Tenemos el reto de explorar los avances y los desafíos relacionados con la bioética y con la traslación del conocimiento sobre género, sexo y salud a las intervenciones para mejorar la vida de las personas:

- Abrir nuevas vías de conocimiento sobre las diferencias de sexo/género en la salud y sus mecanismos subyacentes.



- Disminuir las lagunas en los conocimientos actuales para comprender las causas de la inequidad sanitaria por razones de género.
- Poner en marcha programas de intervención sanitaria (promoción, prevención y rehabilitación) que utilicen conocimientos actualizados sobre sexo, género y salud.

Las desigualdades de género en salud solo pueden desaparecer con la voluntad política de hacerlo, son necesarios recursos económicos para investigarlas, analizarlas y eliminarlas mediante los planes y proyectos adecuados.

## Actividades Capítulo 5

Johnson J.L., 2009, refiere que, al revisar los datos desglosado por sexo de tres estudios sobre los desgarros de ligamento cruzado anterior, se observó que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de sufrir esta lesión, de informar más dolor cuando la sufren y de sufrir posteriormente con más frecuencia osteoartritis.

¿Qué ha aportado la desagregación de los datos por sexo en estos estudios?

---

---

---

---

---

---

---

Una vez observadas estas diferencias ¿Cómo podrían los autores tratar de entender estas diferencias?

- a. Estudios prospectivos que examinaran los factores de riesgo de lesión LCA en hombres y mujeres
- b. Estudios retrospectivos casos/control para aislar factores de riesgo específico de las mujeres
- c. Con estudios experimentales o cuasiexperimentales que modifiquen en los grupos de hombres y mujeres alguna variable que pueda estar asociada con el riesgo de

desgarro del ligamento cruzado. Por ejemplo, el uso de un calzado diseñado para evitar la LCA en una actividad deportiva concreta y su eficacia entre los hombres y mujeres que la practican.

d. Con todos ellos.

Hay estudios que han confirmado que existen diferencias biológicas en la laxitud de la rodilla, la alineación de las extremidades, en las dimensiones de la muesca de la rodilla y en el tamaño de los ligamentos, y que estas diferencias podrían explicar la diferencias en las lesiones.

¿Para qué podría utilizarse el conocimiento de estas diferencias anatómicas entre hombres y mujeres?

- a. Para orientar a hombres y mujeres hacia un tipo u otro de actividad laboral.
- b. Para orientar a mujeres y hombres hacia un tipo de actividad física u otra.
- c. Para diseñar prótesis de rodilla teniendo en cuenta las diferencias anatómicas entre unas y otros.
- d. Para estimar el precio que hombres y mujeres deben pagar por los servicios de las aseguradoras.

¿Podría haber otras diferencias biológicas, además de las anatómicas, entre hombres y mujeres que pudiesen estar relacionadas con la lesión de LCA??

- a. Diferencias hormonales
- b. Diferencias neuromusculares
- c. Diferencias biomecánicas
- d. Todas ellas

¿Qué aspectos de la vida diaria de las personas relacionados con el género podrían investigarse para prevenir la lesión y mejorar su evolución posterior?

---

---

---

---

---

---

---

Borkhoff CM, 2008, halló que, en Ontario (Canadá), fueron remitidos para una ortoplastia total de rodilla el doble de hombres que de mujeres, teniendo similares síntomas y nivel de discapacidad.

¿Cómo se explica este hallazgo?

---

---

---

---

---

---

## **CAPÍTULO 6.**

# **LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE INCLUSIVO**

D. Nicolás Alonso Llorente  
D<sup>a</sup> Beatriz Angulo Nalda  
D<sup>a</sup>. María Elena Garrote Cámara

La Universidad es un lugar de encuentro donde convivimos dos sexos diferentes, el femenino y el masculino, mujeres y hombres. A pesar de que todo el mundo conoce esta realidad no se nombra al hablar ni se hace esa diferenciación sexual, aunque todo el mundo la conoce. Habitualmente se oyen frases como “el hombre descubrió el fuego” o “se aplaudió a los alumnos en la entrega de diplomas”. Esto supone una realidad que invisibiliza a las mujeres, así como sus logros y aportaciones, manteniendo una retórica costumbrista que supone un ideario de la desigualdad entre sexos. Hoy conocemos que hay modos de usar el lenguaje que puede ayudar a erradicar estos problemas ya que la lengua es un potente recurso que supone un espejo donde se refleja la sociedad en que vivimos, sirviendo a su misma vez como timón para cambiarla en busca de una comunicación más integradora.

Es importante eliminar los obstáculos y poner en marcha acciones positivas que nos hagan avanzar hacia una igualdad

real y efectiva, y que no se quede tan solo en declaraciones o normas bien intencionadas, pero sin políticas activas de calado. Se debe abordar a través de diferentes perspectivas, siendo una de ellas la utilización del lenguaje. Mujeres y hombres, así como las diferentes instituciones, entidades o administraciones tenemos que trabajar y conciencia por una plena existencia de las mujeres en la lengua, nombrarlas en cada una de sus actividades y formas de participación. Para ello es necesario cambiar nuestro modo de pensar, hablar y escribir cimentando así el visibilizar y reconocer lo que tanto las mujeres como los hombres aportan y han aportado a nuestra sociedad; y más concretamente a nuestro entorno.

El lenguaje no solo es una capacidad de comunicación entre las personas, es también un reflejo por el que mostramos la visión que se tiene de la realidad que nos rodea y este entorno se condiciona por el lenguaje que se utiliza, así como por la actitud que tenemos con nuestros iguales. El ámbito universitario es uno de los entornos más privilegiados para el fomento de valores y actitudes por la igualdad, ya que se desarrolla una mentalidad abierta, integradora y multidisciplinaria a la hora de trabajar, lo que convierte a los actuales discentes como probables agentes socializadores con una gran capacidad de influencia y un importante potencial para el cambio. Actualmente el lenguaje que se emplea está saturado de contenidos sexistas y estereotipos que suponen una discriminación hacia las mujeres. Es nuestra obligación asesorar y dar instrumentos al profesorado y alumnado que faciliten la tarea de implementar usos no androcéntricos ni sexistas del lenguaje.

En la actualidad, contamos con herramientas lingüísticas para nombrar de un modo más inclusivo que implique no ocultar el sexo femenino y así dar visibilidad a una realidad más veraz y completa que no deje fuera a las mujeres y centrándose tan solo en la experiencia masculina. En un contexto de relación entre iguales como es la Universidad, se debe facilitar una comunicación igualitaria y respetuosa para disfrutar de un intercambio vivo entre toda la comunidad universitaria, consiguiendo el empoderamiento de cada uno, creciendo individualmente en un proceso dinámico, participativo, de intercambio e interactivo. Pero se debe pasar de los planteamientos más teóricos a los más prácticos para alcanzar el objetivo de conseguir un uso del lenguaje no discriminatorio para las mujeres, así que se analizará los usos que se hacen de él en el ámbito universitario y en el resto de la sociedad en general; se propondrá la reflexión sobre expresiones que implican segregación lingüística de las mujeres y por último se plantearán formas de comunicación no sexistas que ayuden a recapacitar y comunicarnos mejor, incorporando así del modo más acertado lo evidente que nos encamine hacia las nuevas realidades presentes.

En el día a día, cuando nos relacionamos en los diversos espacios de una facultad se puede escuchar: *“el mes que viene se ha emplazado a los alumnos a una reunión”*, *“en la sala de profesores se desarrollará el claustro”*. Este modo de manejar el lenguaje enmascara una realidad plural de las diversas realidades, en donde encontramos alumnas y alumnos; y profesoras y profesores. La lengua, el lenguaje, el modo de expresarnos es cambiante, evoluciona, no es algo inmóvil que no se mo-

difique a lo largo del tiempo, sino que se va adaptando a los acontecimientos históricos y a las necesidades de las personas y sociedades que lo utilizan. Por tanto, se puede afirmar que es patrimonio de mujeres y hombres, y cada persona lo emplea para referirse a su propia realidad, la que vive, la que siente. Esto hace que podamos transformarlo, evolucionarlo, innovarlo cuando sea necesario para hacer ese lenguaje más inclusivo, ya que un uso adecuado nos hace sentir mejor y además no deja de ser una obligación moral el dejar una sociedad más justa e igualitaria.

A continuación, veremos ejemplos donde se observará lenguaje sexista que falsea y disfraza la realidad del ámbito universitario. También se propondrán alternativas donde el uso de la lengua refleje una realidad en la que el trato a mujeres y hombres sea justo. Contamos con diversas herramientas lingüísticas que se deben ensayar para ir seleccionando las que más nos gusten o simplemente con las que sintamos más comodidad:

- Utilización del género femenino y masculino de los términos sexuados, sin temor a que lo interpretemos como repetitivo ya que así se completa una realidad más fiel.

Lenguaje sexista: *“Los alumnos pueden acudir al seminario que trata de la deontología profesional”*.

Alternativa inclusiva: *“Los alumnos y las alumnas pueden acudir al seminario que trata de la deontología profesional”*.



- Manejo de genéricos reales cuando se hace referencia a un grupo o colectivo en el que están presentes los dos sexos. Se pueden utilizar sustantivos como: El profesorado, el alumnado, la ciudadanía, la juventud, el funcionariado, el equipo, la gente.

Lenguaje sexista: *“Muchos alumnos decidieron presentarse al examen”*.

Alternativa inclusiva: *“Gran parte del alumnado decidió presentarse al examen”*.

- Uso de sustantivos colectivos en las situaciones en las no conocamos su sexo de la persona a la que nos referimos, como, por ejemplo: La persona, la gente, el pueblo, la administración.

Lenguaje sexista: *“El que se dejó olvidada la carpeta en el aula puede reclamarla en Conserjería”*.

Alternativa inclusiva: *“La persona que se dejó olvidada la carpeta en el aula puede reclamarla en Conserjería”*.

- Incorporación de pronombres no sexuados, es decir, invariables para el sexo, como, por ejemplo: Alguien, cualquiera, quien, quienes.

Lenguaje sexista: *“Aquellos que lo deseen pueden solicitar la beca de investigación”*.

Alternativa inclusiva: *“Quienes lo deseen pueden solicitar la beca de investigación”*.

- Utilizar un sujeto más inclusivo o directamente omitirlo.

Lenguaje sexista: *“El hombre es un animal racional”*.

Alternativa inclusiva: *“Somos animales racionales”*.

- Sustituir las expresiones pasivas con participios sexuados por otras formas verbales con “se”.

Lenguaje sexista: *“Los alumnos serán convocados a la reunión del viaje de estudios”*.

Alternativa inclusiva: *“Se convocará a los alumnos y a las alumnas a la reunión del viaje de estudios”*.

- Utilizar verbos activos para sustituir el masculino genérico.

Lenguaje sexista: *“... debe actuar como auditor de las cuentas de la Facultad de Enfermería”*.

Alternativa inclusiva: *“... deberá auditar las cuentas de la Facultad de Enfermería”*.

- En el lenguaje escrito informal existen diferentes opciones como el uso de la barra (/), paréntesis (()), que son

adecuadas como herramienta en escritos en los que ante la falta de espacio nos facilite reducir el texto. Han de ser documentos u escritos que no se van a leer en público o al menos en voz alta.

Lenguaje sexista: *“Nota para alumnos de Bioquímica”*.

Alternativa inclusiva 1: *“Nota para alumnas/os de Bioquímica”*.

Alternativa inclusiva 2: *“Nota para alumnos(as) de Bioquímica”*.

- Opcionalmente se puede alternar el género masculino y femenino, de manera que ambas opciones se nombren y resulten representadas sin que prevalezca ninguna de ellas y dando así visibilidad tanto a ellas, como a ellos. De este modo el orden de aparición es totalmente aleatorio.

Alternativa inclusiva: *“Los padres y las madres serán convocados a la ceremonia de entrega de diplomas de los alumnos y alumnas”*.

Alternativa más inclusiva: *“Las madres y los padres serán convocados a la ceremonia de entrega de diplomas de los alumnos y alumnas”*.

- En ocasiones, la alternancia cuando contamos con adjetivos por detrás del sustantivo supone cambiar el género en función del último nombre mencionado.

Alternativa inclusiva: *“En esta asignatura las alumnas y los alumnos están más estudiosos que el curso escolar pasado”*.

Alternativa más inclusiva: *“En esta asignatura los alumnos y las alumnas están más estudiosas que el curso escolar pasado”*.

- Con los sustantivos neutros, es decir, que no tienen género, se puede optar por el uso de artículos masculinos y femeninos alternando su orden.

Lenguaje sexista: *“Los representantes del alumnado decidieron abstenerse en la votación”*.

Alternativa inclusiva: *“Las y los representantes del alumnado decidieron abstenerse en la votación”*.

Es muy común en nuestra lengua el uso de esquemas mentales centrados en la experiencia masculina y por tanto invisibilizando a las mujeres, como, por ejemplo: *“Los hombres no lloran”*, *“Los hombres son más fuertes que las mujeres”*. Actualmente se debería generalizar usos lingüísticos alternativos al androcentrismo de las palabras y eliminar los roles que encuadran a mujeres y hombres en patrones rígidos de conducta y que minimizan a las mujeres en un papel inferior con respecto a los hombres, encubriendo de este modo la realidad actual femenina. En resumen, al referirnos a cada sexo se debe de hacer con cargo a sus actos, eliminando los prejuicios sociales pre-

determinados y particularidades físicas inherentes a cada sexo. Por ejemplo, cuando un niño o una niña tiene mucha energía:

En vez de...

- si es chico: ¡Qué fuerte eres!
- si es chica: ¡Qué bruta eres!

Puede ser... *“cuánta energía tiene hoy, Rosa”, “cuánta energía tiene hoy, Tomás”*

Otros ejemplos de expresiones de este tipo son:

- Cuando insisten en una cuestión:

Si es chica: ¡Qué perseverante!

Si es chico: ¡Qué pesado!

- Realizando deporte o ejercicio físico:

Si es chico: ¡Vamos, eres el mejor!

Si es chica: ¡Vamos, que tú también puedes!

- Cuando la joven o niña es muy enérgica, utiliza palabras mal sonantes y/o contesta con desprecio a otra persona se le dice:

¡No hables así, que pareces un chicazo!

- Cuando un joven o niño expresa sus emociones o sentimientos a veces se le reprocha:

¡No llores, que pareces una *nenaza*!

- Por otro lado, se debe prescindir de comparaciones entre ambos sexos. Estas comparativas crean categorías jerarquizadas que pueden minimizar a las mujeres, por ejemplo:

“Los chicos son más deportistas que las chicas”.

“Las mujeres son más problemáticas que los hombres”.

“Donde hay mujeres, hay problemas”.

Por último, se debería analizar el significado de ciertas palabras que presentan significados totalmente distintos si se emplean en su género masculino o femenino. Son palabras que en su forma gramatical en femenino denostan a las mujeres, mientras que en género masculino no cuentan con esa connotación negativa. Algunos ejemplos pueden ser:

<i>Zorro</i>	vs	<i>Zorra</i>
<i>Perro</i>	vs	<i>Perra</i>
<i>Gallina</i>	vs	<i>Gallo</i>
<i>Lagarto</i>	vs	<i>Lagarta</i>
<i>Bicho</i>	vs	<i>Bicha</i>
<i>Vaca</i>	vs	<i>Toro</i>
<i>Golfo</i>	vs	<i>Golfa</i>
<i>Guarro</i>	vs	<i>Guarra</i>
<i>Marrano</i>	vs	<i>Marrana</i>

<i>Cerdo</i>	vs	<i>Cerda</i>
<i>Atrevido</i>	vs	<i>Atrevida</i>
<i>Individuo</i>	vs	<i>Individua</i>
<i>Fulano</i>	vs	<i>Fulana</i>
<i>Un cualquiera</i>	vs	<i>Una cualquiera</i>
<i>Brujo</i>	vs	<i>Bruja</i>
<i>Sargento</i>	vs	<i>Sargenta</i>
<i>Secretario</i>	vs	<i>Secretaria</i>
<i>Asistente</i>	vs	<i>Asistenta</i>
<i>Marido</i>	vs	<i>Mujer</i>
<i>Héroe</i>	vs	<i>Heroína</i>
<i>Coco</i>	vs	<i>Coca</i>
<i>Cojonudo</i>	vs	<i>Coñazo</i>

Y también expresiones como: “*qué cotilla*”, “*qué cotorra*”, “*qué histérica*”, “*qué verdulera*” o comparaciones de expresiones hechas cuyo significado es muy distinto en su género masculino o femenino:

Hombre público (hombre con presencia en la vida social) vs  
Mujer pública (prostituta)

Hombre de verdad vs Mujer de verdad

## Actividades capítulo 6

Busca una alternativa inclusiva para las siguientes afirmaciones:

Lenguaje sexista: “... *debe actuar como auditor de las cuentas está muy preparada*”.

---

---

Lenguaje sexista: “*Nota para alumnos de Doctorado*”.

---

---

Lenguaje sexista: “*Los representantes del alumnado decidieron apoyar la moción*”.

---

---



## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

Agència de Salut Pública de Barcelona (Sf). Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. <https://www.sanidad.gob.es/sns/pdf/equidad>

Beetham, G., & Demetriades, J. (2007). Feminist research methodologies and development: Overview and practical application. *Gender & Development*, 15(2), 199-216.

Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG: The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. *CMAJ*. 2008, 178 (6): 681-687.

Clow Barbara et al. *Rising to the Challenge: Sex-and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada.*

Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2008). Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

García, M.M. Jiménez, M.L. Martínez, E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud, s/f.

Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P, Tort, S. y Curno, M. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 203-210.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003>

Johnson, J.L., Greaves, L. & Repta, R. Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *Int J Equity Health* 8, 14 (2009).  
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-14>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>

Martínez, I. (2005). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo\\_02.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf)

Merck (2019). Coste de oportunidad de la brecha de género en la salud. Closing gap. [https://closinggap.com/wp-content/uploads/2020/11/Informe\\_Salud\\_compressed-1.pdf](https://closinggap.com/wp-content/uploads/2020/11/Informe_Salud_compressed-1.pdf)

Ministerio de Sanidad (2020). La mutilación genital femenina en España. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio\\_MGF.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf)

Ministerio de Sanidad (2022). Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/Informe\\_RRHH\\_2020-21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Informe_RRHH_2020-21.pdf)

Ministerio de Sanidad. Observatorio de Salud de las Mujeres (2022). <https://www.observatoriosaludmujeres.es/>

Mehta LS, et al. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(9):916-47. doi: 10.1161/CIR.0000000000000351.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Madrid%20es%20el%20resultado%20del,en%20Madrid%20el%2014%20de%20septiembre%20de%202001.>

Montañés, A. Productividad y empleo II, tipos de jornada y productividad del trabajo. Universidad de Zaragoza, 2011.

OMS (2009). Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70121>

OMS (2015). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>

ONU (Sf). Objetivos de Desarrollo sostenible. nueva agenda de desarrollo sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/-de-desarrollo-sostenible/>

ONU. PNUD (2020a). Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera El desarrollo humano y el Antropoceno. [https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020\\_es.pdf](https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_es.pdf)

ONU. PNUD (2020b). Índice de desigualdad de género. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/annual-report>

Orden PRE/525/2005, de 7 de marzo, por el que se adoptan medidas para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres. <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/07/pre525>

Rodríguez, Y., Pardo, A., Díaz, L.Y, Iznaga, H.L y Tamayo, M. (2020). Glosario de términos relacionados con la perspectiva de género en Ciencias de la Salud. MEDISAN, 24(6), 1289-1307.

Ruiz, M. T. (2019). Perspectiva de género en medicina. Fundación Antoni Esteve.

Suberviola, I., Fernandez, O., Barbed, N., Juarros, L. (2021). Guía educativa para la inclusión de la perspectiva de género en docencia e investigación. Universidad de La Rioja. [https://www.unirioja.es/igualdad/archivos/Guia\\_digital\\_genero.pdf](https://www.unirioja.es/igualdad/archivos/Guia_digital_genero.pdf)

Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M. y Raich-Escursell, M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 113, 14-25.

Valls, C. (2020). Mujeres invisibles para la medicina. Capitán Swing.

Vendrell, J. (2009). ¿Corregir el cuerpo o cambiar el sistema? La transexualidad ante el orden de género. Sociológica, 24(69), 61-78.



## **BREVE CURRÍCULO DE LAS Y LOS AUTORES**





## **Dra. Regina Ruiz de Viñaspre Hernández**



Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Zaragoza. Graduada en Enfermería por la Universidad de Zaragoza. Matrona por la Universidad de Navarra. Máster Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería por la universidad de Zaragoza y Máster en Anticoncepción Salud Sexual y reproductiva por la Universidad de Alcalá de Henares. Matrona del Servicio Riojano de Salud en el área de atención primaria. Ha participado en la puesta en marcha de la Unidad docente de matronas del Hospital San Pedro (Logroño, España) y ha colaborado en ella durante más de 10 años como docente y tutora. Desde 2012 es profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería adscrita a la Universidad de La Rioja. Investigadora Postdoctoral del Grupo de Investigación en Sostenibilidad

del Sistema Sanitario (GISOSS), perteneciente al Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR); y del Grupo de Investigación en Cuidados (GRUPAC) perteneciente a la Universidad de La Rioja.

## **Dr. Iván Santolalla Arnedo**



Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Graduado en Enfermería por la Universidad de La Rioja; especialista en Salud Mental. Licenciado en Antropología por la Universidad San Antonio de Murcia. Máster en Planificación y Administración Sanitaria. Experiencia previa en la gestión del Hospital General de La Rioja del Servicio Riojano de Salud y hospitalización de Salud Mental. Miembro del equipo redactor del III Plan de Salud de La Rioja. En la actualidad, Delegado del Rector para la Unidad de Igualdad e Inclusión de la Universidad de La Rioja. Responsable de la asignatura de Gestión sanitaria, Calidad y Salud Mental, entre otras. Investigador Principal (IP) del Grupo de Investigación en Sostenibilidad del Sistema Sanitario (GISOSS), perteneciente al Centro de

Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR); e investigador Postdoctoral del Grupo de Investigación en Cuidados (GRU-PAC) perteneciente a la Universidad de La Rioja.

## **Dr. Raúl Juárez Vela**



Doctor por la Universidad Europea de Madrid. Graduado en Enfermería por la Universidad de Salamanca. Graduado en Derecho. Máster en Investigación por la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández. Master in Business Administration (MBA) y Master en Abogacía y Práctica Jurídica por la Universidad Internacional de Valencia. En la actualidad Profesor Titular de Universidad en la Universidad de La Rioja. Investigador Postdoctoral del Grupo de Investigación en Sostenibilidad del Sistema Sanitario (GISOSS), perteneciente al Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR); e Investigador Principal del Grupo de Investigación en Cuidados (GRUPAC) perteneciente a la Universidad de La Rioja.

## **Dra. Remedios Álvarez Terán**



Dra. en Ciencias Humanas y Sociales. Diplomada en enfermería y Licenciada en Humanidades por la Universidad de La Rioja. Profesora Asociada en el Grado de Enfermería. Profesora en Educación Secundaria: FP Consejería de Educación del Gobierno de La Rioja. Integrante del Grupo de Investigación GRUPAC y colaboradora con el Grupo de Investigación Igualdad y Género en la Universidad de la Rioja. Investigadora agregada del Área de Ciencias Sociales del Instituto de Estudios Riojanos.

## **D<sup>a</sup>. Beatriz Angulo Nalda**



Graduada en Enfermería por la Universidad de La Rioja; Especialista en Enfermería de Salud Mental; Master en Urgencias y Emergencias. Enfermera de hospitalización Gobierno de La Rioja; Supervisora Hospital San Pedro Servicio Riojano de Salud. En la actualidad, Supervisora de Docencia del Servicio Riojano de Salud y Supervisora del Centro de Salud Mental de Albelda del Gobierno de La Rioja.

## **D<sup>a</sup>. Teresa Súfrate Sorzano**



Investigadora predoctoral en la Universidad de Lleida perteneciente al Campus Iberus de Excelencia Internacional, en el Programa de Doctorado Cuidados Integrales y Servicios de Salud, en la línea de investigación de Políticas Sociales y Prácticas en Salud. Graduada en Enfermería por la Universidad de La Rioja. Enfermera asistencial del Servicio Riojano de Salud. Máster en Género y Salud por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Investigadora del Grupo de Investigación en Sostenibilidad del Sistema Sanitario (GISOSS), perteneciente al Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), y del Grupo de Investigación en Cuidados (GRUPAC) perteneciente a la Universidad de La Rioja.



## **D<sup>a</sup>. María Elena Garrote Cámara**



Investigadora predoctoral en la Universidad de Lleida perteneciente al Campus Iberus de Excelencia Internacional, en el Programa de Doctorado Cuidados Integrales y Servicios de Salud, en la línea de investigación Políticas Sociales y Prácticas en Salud. Graduada en Enfermería en la Universidad de La Rioja. Máster en Género y Salud por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Título de Experto en Gestión Unidades de Enfermería por la Universidad Europea Miguel de Cervantes. Enfermera asistencial del Servicio Riojano de Salud. Investigadora del Grupo de Investigación en Sostenibilidad del Sistema Sanitario (GISOSS), perteneciente al Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR).

## Dra. Ángela Durante



La Dra. Angela Durante ha sido investigadora postdoctoral en la Universidad “De Tor Vergata” de Roma. Obtuvo su doctorado cum laude en 2019, antes de convertirse en profesora de la Universidad de La Rioja en noviembre de 2021, y miembro del grupo de investigación GRUPAC. También es doctora por la Universidad de Zaragoza. Es enfermera desde 2012 especializándose en el área Cardiovascular en 2013. Máster en Ciencias de la Enfermería en 2015, en la Universidad Católica de Turín. Ha trabajado para los departamentos cardiovasculares y quirúrgicos de diferentes hospitales de Milán y Roma. Ha sido ganadora del premio HFA a la formación de enfermería en 2016, del artículo clínico del año de la American Heart Association en 2020 y del SISI Società Italiana di Scienze Infermie-

ristiche siempre en 2020. En investigación, está especializada en métodos mixtos en la Universidad de Michigan. En 2021, fue finalista en dos concursos al mejor resumen de la Sociedad Europea de Insuficiencia Cardíaca (HFA) y al premio Martha N. Hill; ganando una beca Fulbright para el año académico 2021/2022. En 2022 también fue premiada por el mejor artículo del año por la Academia Europea de Ciencias de la Enfermería (EANS).

## **D. Nicolás Alonso Llorente**



Graduado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Relaciones Laborales por la Universidad de La Rioja. Técnico Superior en PRL especialidad de seguridad en el trabajo, higiene, ergonomía y psicología aplicada, autorizado por la Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais de la Xunta de Galicia. En la actualidad Encargado de Departamento de la SGIP perteneciente al Ministerio del Interior, especializado en violencia de género y familiar. Formador del Servicio Riojano de Salud (SERIS). Formador y ponente para la Unidad de Igualdad e Inclusión de la Universidad de La Rioja.



El propósito de esta obra es poner a disposición del personal docente y de investigación, así como del estudiantado, herramientas que les permitan distinguir y definir el sexo y el género en la investigación sanitaria; explorar las diferencias de sexo y género en los problemas de salud, su prevención o su tratamiento; identificar los métodos para integrar las variables de sexo y género en los contextos de investigación sanitaria; y evaluar un protocolo de investigación o una publicación en función de la integración u omisión del sexo y/o el género.

Nos sentiremos satisfechos si este trabajo ayuda a la comunidad universitaria a integrar el género y el sexo en los diseños, métodos y análisis de sus investigaciones, así como en la interpretación y/o difusión de los resultados, cuando proceda.



UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA

Vicerrectorado de Responsabilidad Social Corporativa.  
Unidad de Igualdad e Inclusión.

Con la colaboración de:



La Rioja

ISBN: 978-84-19221-18-6



9 788419 221186