



MIRADA

Una nueva visión en el modelo asistencial hacia la **Salud con Perspectiva**



ORGANON

SALUD CON
PERSPECTIVA



Prefacio

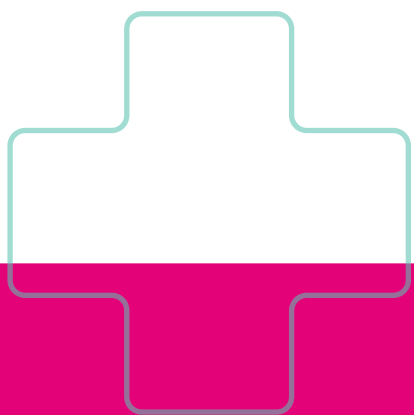
En Organon tenemos el propósito de mejorar la salud de las mujeres. Para trabajar en ello, lo primero que hicimos fue escuchar, aprender, buscar la evidencia científica, y mirar “con nuevos ojos” la realidad de las mujeres, ser conscientes de todos los determinantes que influyen en su estado de salud, biológicos, económicos, sociales, sanitarios, culturales, etc. Y por supuesto, lo siguiente fue buscar la colaboración de todos los agentes sanitarios cuya acción es necesaria para lograr cambios.

De entre los diferentes proyectos multidisciplinares desarrollados con esta nueva visión hacia la salud con perspectiva, uno de los más importantes es la iniciativa “MIRADA”, en la que queremos impulsar, en un trabajo colaborativo, un nuevo enfoque al modelo asistencial, buscando sensibilizar a los profesionales sanitarios acerca de las diferencias entre mujeres y hombres como paso necesario para poder lograr mejoras en su salud.

En nombre de toda la Compañía quiero dar las gracias a la coordinadora de Mirada, la profesora María Teresa Ruiz Cantero, una de las grandes expertas en salud con perspectiva sexo-género, y a todos los profesionales de diferentes especialidades y áreas que han participado en este proyecto.

Esperamos que este documento sirva para tener una nueva perspectiva acerca de la salud de las mujeres y que los profesionales sanitarios, las organizaciones académicas y asistenciales puedan trasladarla a su día a día, para generar así cambios reales para las mujeres, y por tanto para toda la sociedad. Es algo que estamos seguros de que podemos hacer trabajando entre todos, porque cuanto más seamos, más grandes serán los avances.

Dr. Manuel Anxo Blanco. *Director ejecutivo de asuntos públicos, acceso al mercado y comunicación.*



Índice

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGÍA	10
4. LAS CUATRO FASES DE LA ASISTENCIA SANITARIA	12
A. PREVENCIÓN	12
B. DIAGNÓSTICO	14
C. TRATAMIENTO	16
D. SEGUIMIENTO	17
5. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE ACCIÓN	18
A. FORMACIÓN	19
B. SENSIBILIZACIÓN	20
C. INVESTIGACIÓN	21
D. GUÍAS Y PROTOCOLOS	22
E. CIRCUITOS ASISTENCIALES Y COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR	23
F. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	25
6. CONCLUSIONES	25
7. BIBLIOGRAFÍA	27

Un proyecto coordinado por la profesora María Teresa Ruiz Cantero, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante.

1. Introducción

**“Donde haya un error que enmendar, enmiéndalo tú.
Donde haya un esfuerzo que todos esquivan,
hazlo tú. Sé tú el que aparta la piedra del camino”.**

Gabriela Mistral (1889-1957)

A lo largo de la historia, **las mujeres han sufrido una falta de reconocimiento en diversos aspectos de la sociedad**. Esta situación, también patente en el ámbito de la salud, persiste en nuestros días (Álvarez del Arco, 2018; Ruiz Cantero et al, 2020; Ruiz Cantero et al, 2019; Madia et al, 2021). La salud difiere entre mujeres y hombres debido a sus rasgos biológicos, pero también por **diferencias en la exposición a factores de riesgo y en la atención sanitaria que reciben**. Indicadores como la percepción de la propia salud, la morbilidad, la mortalidad, el acceso a los recursos sanitarios y la vulnerabilidad a ciertas enfermedades se utilizan para medir estas desigualdades y son clave para una mejor prevención y tratamiento de patologías (Álvarez del Arco, 2018; Ruiz Cantero et al, 2020; Ruiz Cantero et al, 2019; Madia et al, 2021).

Tal y como define la Organización Mundial de la Salud (OMS), los **determinantes de salud relacionados con el género** son aquellas normas, expectativas y roles sociales establecidos para cada sexo que aumentan la tasa de exposición y la vulnerabilidad frente a riesgos para la salud, así como la protección frente a ellos. Son uno de los principales **condicionantes de las desigualdades en salud** (OMS, 2018).

El concepto de **“sesgo sexo-género en la atención sanitaria”** hace referencia a situaciones en las que, ante una misma necesidad sanitaria, **“se realiza un mayor esfuerzo diagnóstico o terapéutico en un sexo respecto al otro**, pudiendo contribuir a desigualdades en salud entre mujeres y hombres”. Este desequilibrio se conoce desde hace tiempo. En un estudio publicado en 1991 en más de 80.000 pacientes hospitalizados con enfermedad coronaria, se reveló un trato significativamente favorable a los hombres en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Ayanian



et al, 1991). Esta brecha sigue siendo notable más de tres décadas después según la prestigiosa revista The Lancet (Vogel et al, 2021).

Las diferencias por sexo hacen referencia a diferencias biológicas ineludibles. En cambio, **las desigualdades de género se refieren a diferencias evitables entre hombres y mujeres.**

En estas, los determinantes sociales de género de la salud se unen a los sesgos clínicos: al ser modificables, es injusto que persistan.

Son varias las iniciativas llevadas a cabo para paliar esta situación, como el “Observatorio de Salud de las Mujeres” del Ministerio de Sanidad (<https://www.observatoriosaludmujeres.es/>). Pero es necesario seguir trabajando en esta línea. Sigue existiendo una **falta de conciencia sobre los temas de salud desde la perspectiva de la interacción sexo-género**, tanto por parte de quienes sufren enfermedades como de quienes las tratan.

Se dan ideas preconcebidas hacia las mujeres que acuden a la consulta; es frecuente, por ejemplo, que en ellas los síntomas cardiovasculares, reumatológicos o psiquiátricos se malinterpreten o se pasen por alto al aplicarse patrones propios de la población masculina (Brown et al, 2018; Carmona et al, 2023; Regitz et al, 2023; Azizi et al, 2023; Tamargo et al, 2023; Nicoletti et al, 2023; Blasco-Blasco et al, 2017). Ser hombre o mujer condiciona en gran medida el uso de medidas preventivas, la derivación y la realización de técnicas invasivas (Mauvais 2020). Las mujeres siguen estando infrarrepresentadas en los ensayos clínicos, algo que eleva en ellas el número de efectos adversos (Van Hagen et al 2021; Vogel et al 2021; Bibb et al, 2023; Usselman et al, 2024; Epstein et al, 2024; Holtzman et al, 2024). Los sesgos se mantienen en todo el itinerario asistencial, desde la misma prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Esto tiene consecuencias negativas para la salud de las mujeres, y también, aunque en menor medida, para la de los hombres y afecta a todas las escalas asistenciales. Es pertinente, por tanto, **dotar al proceso sanitario de una visión de la interacción entre el sexo (diferencias biológicas) y el género (desigualdades sociales y sanitarias) que contribuya a las mejores prácticas profesionales, más eficientes y equitativas** (Álvarez del Arco, 2018; Ruiz Cantero et al, 2020; Ruiz Cantero et al, 2019; Madia et al, 2021).

A modo de ejemplo, en la tabla 1 se muestran algunas **enfermedades prevalentes para las cuales se han descrito sesgos de género en la atención sanitaria** (Mauvais et al, 2020; Regitz-Zagrosek et al, 2012).

Tabla 1. Enfermedades con sesgos de género descritos. Adaptado de Mauvais et al, 2020; Ahmad et al, 2022; Vogel et al, 2021; De Martinis et al, 2020

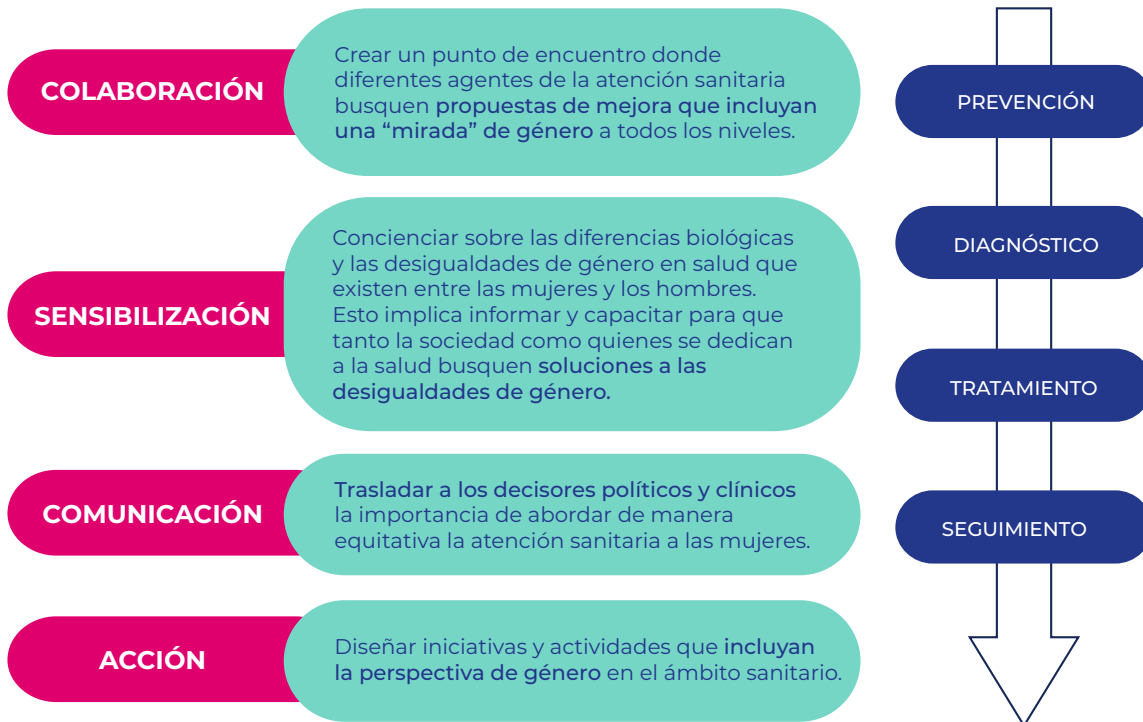
ENFERMEDAD	SESGOS DE GÉNERO DESCRITOS (MUJERES FRENTE A HOMBRES)
Enfermedad coronaria	Infradiagnóstico, menos tratamientos basados en la evidencia, aumento de mortalidad de un primer infarto y por insuficiencia cardiaca, mayor mortalidad por infarto de miocardio, menos trasplantes cardíacos a pesar de mayor frecuencia como donantes, menos inclusión en ensayos clínicos.
EPOC, asma, otras alergias	Mayor incremento del tabaquismo, infradiagnóstico, comorbilidades como ansiedad, falta de perspectiva de género.
Ictus	Infratratamiento, infradiagnóstico, peor resultado debido a edad avanzada, mayor discapacidad, depresión posictus, aislamiento social.
Enfermedad de Alzheimer	Mejor resultado en las pruebas de memoria verbal, ausencia o retraso en el diagnóstico, mayor carga de la enfermedad.
Diabetes de tipo 2	Infratratamiento.
Gripe	Diferente exposición a cepas por causas sociolaborales, mayor reticencia a la vacunación.
Enfermedad renal crónica	Menos trasplantes renales, menos fístulas arteriovenosas, mayor probabilidad de errores en la diálisis.
Enfermedad hepática crónica	Mayor pérdida de peso requerida para resolver la esteatohepatitis no alcohólica.
Depresión	Diagnóstico más probable.
Migraña	Diferente comorbilidad, asociación a variaciones hormonales.



Ante esta realidad, nace la iniciativa **MIRADA: Una nueva visión en el modelo asistencial hacia la Salud con Perspectiva**, promovida por Organon. Se trata de un espacio donde clínicos y gestores sanitarios han querido **aportar una visión de género al itinerario seguido durante el proceso asistencial**. Como fin último, se pretende identificar propuestas que mejoren los resultados en salud y beneficien a la sociedad en su conjunto.

2. Objetivos

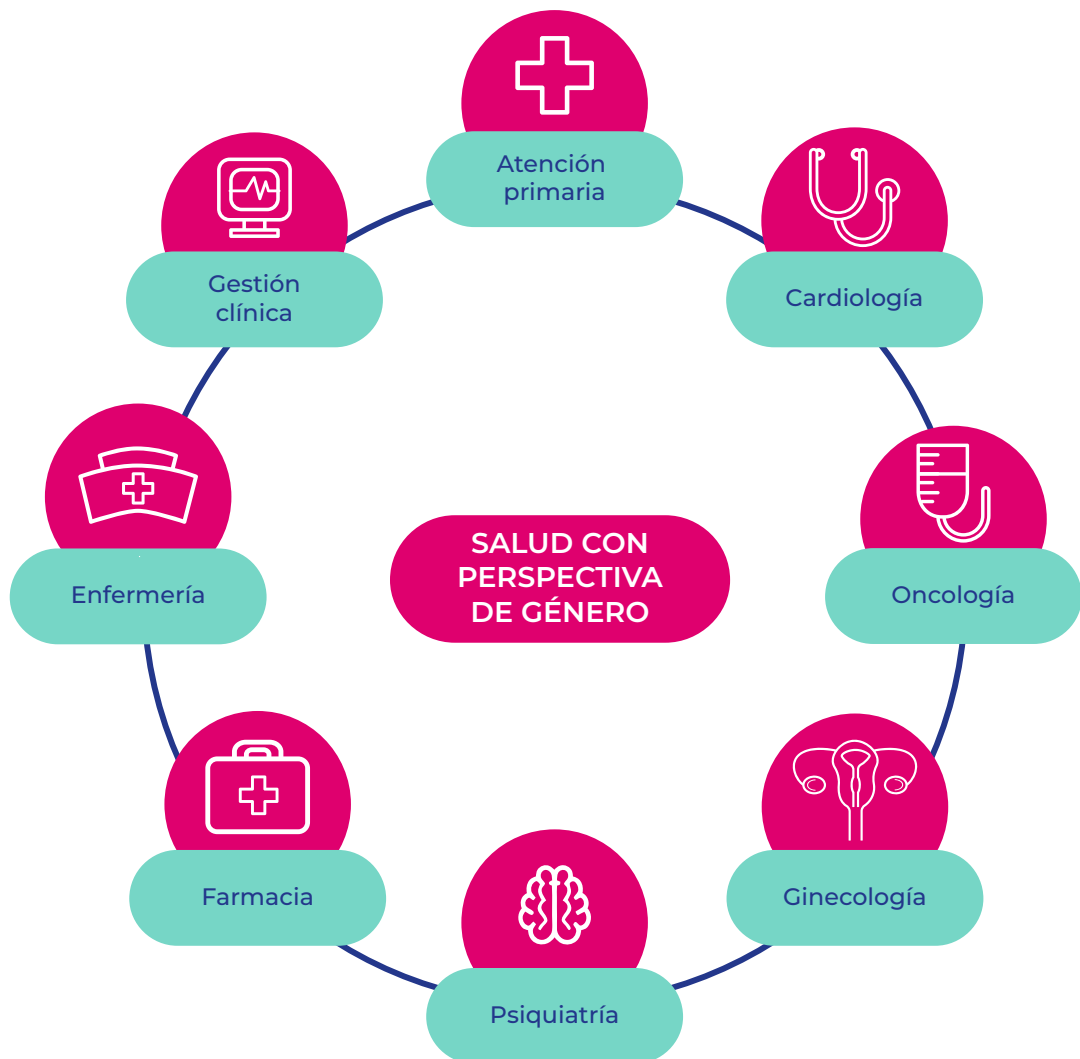
Este proyecto se ha planteado alcanzar los siguientes objetivos a lo largo del continuo asistencial:



3. Metodología

La iniciativa **MIRADA: Una nueva visión en el modelo asistencial hacia la Salud con Perspectiva** ha contado con la colaboración de un panel experto multidisciplinar, en el que confluyeron varias especialidades clínicas y gestoras procedentes de distintas comunidades autónomas (figura 1 y tabla 2). Se propuso como **coordinadora a la Dra. María Teresa Ruiz Cantero**, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Alicante y experta en temas de salud con perspectiva de género.

Figura 1. Especialidades sanitarias participantes en el proyecto



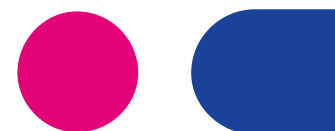


Tabla 2. Integrantes del comité

INTEGRANTES DEL COMITÉ	FILIACIÓN
Dra. María Teresa Ruiz Cantero	Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante.
Dr. Román Freixa Pamias	Jefe del Servicio de Cardiología del Complex Hospitalari Moisès Broggi.
Dra. Leticia Fernández Frieria	Jefe de Servicio de Cardiología de HM Hospitales de Madrid y directora de la Unidad de Imagen Cardíaca. Fundadora de AtriaClinic y del movimiento Corazón de Mujer.
Dra. Ruth Vera García	Jefa del servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Navarra e investigadora principal del Grupo de Investigación Clínica en Oncología Médica de Navarrabiomed.
Dra. Olga Delgado Sánchez	Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) (2019-2023).
D. Héctor Castro Bernardino	Director Técnico de “Farmacia Héctor Castro” y presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña (2014-2022).
Dra. Lydia Salvador Sánchez	Médica de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y coordinadora del Observatorio de Salud y Género de SOCALEMFYC (Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria).
Dra. María Jesús Cancelo Hidalgo	Subdirectora del Departamento de Cirugía y Ciencias Médicas y Sociales en la Universidad de Alcalá. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Guadalajara.
Dña. Cristina González Hernández	Matrona del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Presidenta de la Asociación Madrileña de Matronas.
Dra. María Estrella López Pardo	Subdirectora de Humanización, Calidad y Atención a la Ciudadanía del Área Sanitaria de Ferrol. Gerente del SERGAS (2022-2024).
Dra. María Concepción Carrera Roig	Facultativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
Dr. Lorenzo Armenteros del Olmo	Médico de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y responsable del Área de Salud de la Mujer de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
Dra. Sara Mayero Mariscal de Gante	Jefa de servicio del Área de Psiquiatría del Hospital HLA Universitario Moncloa de Madrid.
Dña. Ana Rodríguez Cala	Consultora de proyectos estratégicos, calidad, RSC y Agenda 2023. Emérita en el Instituto Catalán de Oncología.
Dña. Sonia Peláez Moya	Directora de Gestión en Investigación e Innovación en el Hospital Universitario de Toledo.

Como punto de partida, se revisó **la literatura científica sobre desigualdad de género en salud** y se preparó un informe de lectura previa para compartir con el grupo. Se elaboraron en paralelo dos cuestionarios, uno con enfoque clínico y otro con enfoque gestor, con objeto de **analizar, de forma comparada por sexo, la situación actual de la atención sanitaria en las distintas fases del itinerario asistencial**. Los cuestionarios constaron de 23 y 17 preguntas abiertas, respectivamente, y se enviaron en función del perfil (clínico o gestor) de cada integrante del grupo.

Las respuestas recibidas se tabularon y analizaron. Las conclusiones de este análisis se presentaron en una **sesión presencial conjunta** con el grupo multidisciplinar. En ella, se debatieron los resultados y se concretaron propuestas que dieran forma a una atención sanitaria sin sesgos de género. El informe final del proyecto fue validado por el grupo con el fin de ser recogido en el presente documento. Para ello, se estableció un sistema de votación de 1 a 6 para valorar la idoneidad y viabilidad de cada propuesta, y se seleccionaron aquellas que tuvieron una votación media de 5-6.

4. Perspectiva de género en las cuatro fases de la asistencia sanitaria

Este trabajo se estructura en torno a las **distintas etapas de la ruta asistencial (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento)**. A lo largo de ellas, se han identificado necesidades y se han formulado **propuestas de acción**.

A. Prevención

Existen **diferencias genéticas, anatómicas y fisiológicas, y en consecuencia patológicas, entre las mujeres y los hombres** (Ruiz Cantero et al, 2019; Lahita et al, 2023; Olivieri et al, 2023; Álvarez del Arco, 2018; Ruiz Cantero et al, 2020; Ruiz Cantero et al, 2019; Madia et al, 2021). Acorde a lo publicado, el grupo de trabajo las clasificó de la siguiente manera:



- **Factores internos** debido a diferencias biológicas como las hormonales, anatómicas, fisiológicas, inmunitarias, reproductivas o inflamatorias, entre otras, que determinan una distinta sensibilidad a ciertas enfermedades (enfermedades autoinmunes, diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico, hipertensión en el embarazo, preeclampsia, cáncer de mama, trastornos inflamatorios, osteoporosis).
- **Exposición a factores de riesgo** que afectan en distinto grado a mujeres y hombres (como el estilo de vida, la nutrición, el estrés o el tabaquismo).
- **Factores sociales** con desigual repercusión por sexo: carga y rol familiar, condiciones laborales, entorno doméstico, clase social, raza, acceso a los servicios de salud, educación, violencia de género, violencia sexual, mayores exigencias físicas de juventud y belleza, etc.

ÁREAS DE MEJORA

El grupo de profesionales coincidió en que, en la actualidad, tienen mucho peso **programas de prevención de enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres**, como el cáncer de mama y de cuello de útero. Sin embargo, además de seguir reforzando la detección temprana y la concienciación sobre esta dolencia, hay que dirigir esfuerzos a otras áreas en las que no se conoce tan bien el grado de afectación de las mujeres.

Se puso como ejemplo el ámbito cardiovascular, en el que existe un desconocimiento general sobre las diferencias por sexo y las desigualdades de género (Brown et al, 2018; Regitz et al, 2023; Azizi et al, 2023; Tamargo et al, 2023; Graf et al, 2023). A pesar de que **las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en mujeres** (Ministerio de Sanidad, 2022), hay muy pocos programas de concienciación sobre cómo afectan al sexo femenino. El grupo de trabajo alertó de que esta desinformación nace de los propios programas académicos. Tradicionalmente, los libros de medicina se refieren al infarto como una enfermedad masculina, a pesar de la alta prevalencia de esta afección en el sexo femenino. Según se afirmó, este hecho constituye un sesgo que “se ha ido instalando en la mentalidad de todos y que hay que ir desterrando”. Aparte de estos sesgos cognitivos inconscientes

por no haberlo aprendido durante la formación universitaria, se expresaron factores como la presión asistencial, estereotipos de género, competición entre prioridades y descoordinación entre niveles asistenciales que dejan fuera la dimensión sexo/género.

¿Qué barreras dificultan la visión de género en salud? Según expresó el grupo de trabajo, **en Atención Primaria, además de no disponer del suficiente tiempo para la atención sanitaria, tampoco se dispone del tiempo necesario para la labor de prevención** y promoción de la salud comunitaria. Este problema se extiende a otras áreas relacionadas, como la educación afectivo-sexual, la salud mental o la prevención de la violencia de género, que se abordan insuficientemente por falta de recursos. La sobrecarga laboral en Atención Primaria puede obstaculizar una implantación eficaz de los programas preventivos y perpetuar los sesgos de género, por lo que es necesario establecer **indicadores que evalúen la ejecución de estos programas** para garantizar una atención sanitaria equitativa.

B. Diagnóstico

Los protocolos diagnósticos **pasan por alto las diferencias biológicas y desigualdades sociales entre las mujeres y los hombres**. Distintos estudios han revelado inequidades en función del sexo en todas las etapas diagnósticas, desde de anamnesis y la exploración física hasta la solicitud de pruebas complementarias (Brown et al, 2018; Carmona et al, 2023; Regitz et al, 2023; Azizi et al, 2023; Tamargo et al, 2023; Nicoletti et al, 2023; Blasco-Blasco et al, 2017; Graf et al, 2023). Algunas enfermedades de elevada prevalencia femenina se califican en primera instancia como “psicógenicas” o “funcionales” antes de recibir un diagnóstico preciso. Considerar los síntomas de las mujeres como “atípicos” respecto a los de los hombres muestra el androcentrismo en la medicina y la investigación (Merone et al, 2022). Diversos estudios internacionales describen que es más frecuente en las mujeres el recibir un diagnóstico erróneo que se modifica a posteriori (Merone et al, 2022).

ÁREAS DE MEJORA

Tal y como se afirmó, los sesgos de género están presentes en enfermedades prevalentes en las mujeres, en las que causan una



demora e infradiagnóstico. En algunos casos **se tiende a subestimar los síntomas** por desconocimiento, falta de ponderación de factores de riesgo o aplicación de criterios diagnósticos originalmente diseñados para hombres. Por ejemplo, las escalas e índices empleados en las enfermedades respiratorias están validados en gran medida en poblaciones masculinas, lo cual limita su aplicación a las mujeres (Wojcik et al, 2023). En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las mujeres pueden experimentar una sintomatología atípica, caracterizada por una mayor disnea con menos tos y expectoración en comparación con los hombres, algo que puede escapar a la detección estándar (Soriano et al, 2023). En el caso del dolor, el diagnóstico puede retrasarse en las mujeres por no identificar los síntomas, su tendencia a no comunicar los síntomas o hacerlo tardíamente debido, entre otras causas, al rol sociofamiliar asumido (Graf et al, 2023; Regitz et al, 2023); pero también por la influencia de las normas de género en la atención sanitaria (Samulowitz et al, 2018).

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, numerosos estudios indican que las mujeres con criterios de riesgo no son sometidas al mismo número de pruebas que los hombres, al no seguir el patrón “estándar” de síntomas, algo que retrasa su detección (Brown et al, 2018; Regitz et al, 2023; Azizi et al, 2023; Tamargo et al, 2023; Graf et al, 2023). Las mujeres, especialmente las jóvenes, tienden a presentar más alteraciones microvasculares, por lo que no es tan común observar en ellas las obstrucciones esperables en un problema coronario masculino. Se destacó la relevancia de **incluir en la formación continuada del colectivo sanitario programas que pongan de relieve estas diferencias.**

El sesgo de género en el diagnóstico confirma la necesidad de mejorar, en determinadas patologías, la caracterización de los síntomas y signos en función del sexo y su inclusión específica en guías y protocolos.

El grupo de trabajo también expresó **carencias en los programas de cribado.** La tendencia de las mujeres a participar más en estos programas disminuye con la edad y se limita a enfermedades que en principio piensan les afectan más. Por ejemplo, la participación es elevada en el cribado del cáncer de mama y cuello de útero, pero no tanto en valoraciones cardiovasculares que aconsejen

modificar el estilo de vida. Esto se atribuye en parte a una menor percepción de riesgo; de hecho, solo el 45% de las mujeres saben que la principal causa de muerte en ellas son las enfermedades cardiovasculares (Circulation 2021). Además, las cargas familiares y la dificultad de conciliación reducen su implicación en los programas de cribado. En cualquier caso, **la falta de accesibilidad a dichos programas se señaló como factor crítico**. Cuanto más fácil sea el acceso, mayor será la participación.

C. Tratamiento

En primer lugar, **la ausencia o retraso de un tratamiento adecuado depende de la demora en recibir el diagnóstico. Tanto el acceso como la respuesta al tratamiento y la adherencia terapéutica** pueden verse influidas por **sesgos de género** (Graf et al, 2023; Madla et al, 2021).

En el eje de los determinantes de las desigualdades en salud de la OMS se encuentran la edad, el género, la etnia, la clase social y la ubicación (OMS, 2018). La **combinación con factores como la edad** y la clase social o pobreza pueden agravar la brecha de género en salud.

ÁREAS DE MEJORA

Se acordó que la planificación de los tratamientos debe adoptar un **enfoque que tenga en cuenta la edad y el sexo de la persona, además de su contexto vital**. La inequidad de género en cuanto a idoneidad del tratamiento es multifactorial. Cada individuo es único, con motivaciones personales para seguir el tratamiento.

Al planificar un tratamiento, es esencial proporcionar una atención personalizada que contemple todas las esferas de la persona, con independencia del sexo y del género.

Otra prioridad es abordar de forma diferenciada **la prevención de efectos adversos de los medicamentos**. La menor representación de las mujeres en los ensayos clínicos (Van Hagen et al 2021; Vogel et al 2021; Bibb et al, 2023; Usselman et al, 2024; Epstein et al, 2024;



Holtzman et al, 2024) ha conllevado mayores tasas de reacciones adversas en ellas (Van Hagen et al, 2016). Así, ocho de los diez medicamentos de prescripción retirados del mercado entre 1997 y 2000 lo fueron por “presentar mayores riesgos para la salud de las mujeres que de los hombres” (GAO 2001). Sigue siendo necesario **impulsar una mayor inclusión de mujeres en ensayos clínicos** e investigar sobre las diferencias tanto en la respuesta a los medicamentos como en sus efectos adversos.

D. Seguimiento

El grupo coincidió en que, durante el seguimiento, si bien las mujeres suelen ser más receptivas al apoyo, **presentan dificultades para asistir a citas regulares** debido a circunstancias como el cuidado de familiares, la dependencia económica o la falta de autonomía en la toma de decisiones. Las mujeres siguen solicitando casi el 90% de las excedencias laborales por cuidado de hijos y el 80% cuando se trata de cuidar de familiares en situación de dependencia (Ministerio de Igualdad, 2024).

Además, según se avanza en edad, existen por una parte necesidades físicas distintas entre las mujeres y los hombres, con patrones diferentes para unas y otros en cada momento; y, por otra, distintas necesidades sociales de género. Las mujeres y los hombres van siguiendo, en cada etapa, unos patrones de comportamiento basados en un modelo social, de forma que las condiciones de vida a las que se enfrentan también se modifican con el tiempo y no de igual forma (Ruiz Cantero et al, 2019).

ÁREAS DE MEJORA

La telemedicina reduce la necesidad de desplazamientos a la consulta en caso de ciertas enfermedades crónicas, siempre y cuando la primera visita haya sido presencial. Esto es particularmente beneficioso para las personas con responsabilidades sociofamiliares y menor disponibilidad para asistir a consultas regulares, algo que afecta especialmente a las mujeres. Sin embargo, **este canal de asistencia requiere una alfabetización digital** que no siempre está presente y que puede agrandar la brecha de género; en especial en las zonas rurales más distantes de los Centros de Salud. Además, hay que tener en cuenta que la telemedicina puede dificultar el vínculo terapéutico y la comunicación con un abordaje biopsicosocial.

Por otra parte, en pacientes con necesidad de seguimiento a largo plazo la **atención a domicilio** puede contribuir a una mayor adherencia al tratamiento y un mejor control de la salud. Además, al reducirse la necesidad de traslados y visitas presenciales, la atención domiciliaria alivia la carga del sistema y permite una asignación más eficiente de los recursos.

5. Recomendaciones y propuestas de acción

A partir del análisis de situación y las áreas de mejora detectadas, se perfilaron **recomendaciones y propuestas de acción que cubrieron distintos aspectos del proceso asistencial (figura 2).**

Figura 2. Aspectos clave de las propuestas de mejora



A. Formación

FORMAR AL COLECTIVO SANITARIO EN DIMENSIÓN DE GÉNERO:

Cualquier avance en perspectiva de género en salud comienza por la formación de quienes atienden al y la paciente. Ésta, dirigida tanto al campo clínico como al de gestión, no solo ampliará conocimiento, sino que establecerá pautas claras y fundamentadas para guiar la práctica clínica.

Se consensuaron las siguientes propuestas:

Crear grupos de trabajo en los que se involucre a diferentes sociedades científicas para generar **materiales dirigidos a formar al colectivo sanitario en la interacción sexo-género**. Se podrán elaborar proyectos, documentos o protocolos en cada especialidad.

Promover nuevos **cursos y talleres con perspectiva de género** en colaboración con las sociedades científicas orientados a cada especialidad. Tras la formación de un grupo inicial, mediante reuniones en cascada se puede llegar a un público más amplio, incluso multidisciplinar.

Generar, de la mano de diferentes sociedades científicas, nuevas evidencias desde la perspectiva de género para su publicación en revistas científicas que incluyan una revisión crítica de los últimos datos publicados. Pueden plantearse como artículos para especialidades concretas.

Realizar nuevos **simposios con enfoque de género** en congresos médicos/de gestión sanitaria en colaboración con sociedades científicas.

Ampliar la perspectiva de género en los Grados de Ciencias de la Salud haciendo énfasis en que el profesorado elabore “estudios de casos” mediante revisión de la literatura científica. Mantener esta visión durante los programas de **formación sanitaria especializada**.

Ampliar la **perspectiva de las diferencias según sexo y género** en los **libros de texto**.

Crear en las sociedades científicas grupos de trabajo para desarrollar **materiales informativos dirigidos a pacientes**, que podrán distribuirse en los centros de salud. Organizar sesiones formativas (escuelas de pacientes de las consejerías de salud) para concienciar a pacientes sobre una salud con enfoque de género.

Formar a **profesionales en comunicación** para un buen abordaje informativo con enfoque de género de la salud.

B. Sensibilización

FOMENTAR EL COMPROMISO INSTITUCIONAL. Es necesario el **trabajo conjunto de las instituciones** con diferentes consejerías, como las de salud, igualdad, trabajo y educación, para integrar la dimensión de género en el ámbito de la salud.

Se consensuaron las siguientes propuestas:

Seguir desarrollando **campañas de comunicación a través del sistema educativo**, compartidas por varios ministerios (Educación, Sanidad, Igualdad), que abarquen desde la educación primaria hasta la superior. Diseñar, en colegios, universidades y centros de formación profesional, talleres con profesionales de la salud para proporcionar información sobre la interacción sexo/género, llevando así la salud directamente a las aulas.

Crear, a cargo de la Administración Pública, comisiones expertas para ampliar las **políticas de conciliación y permisos parentales** remunerados en familias con problemas de salud, así como los acuerdos con guarderías, etc. (convenios entre gobiernos y empleadores).

Diseñar una estrategia que aborde, desde las Administraciones Públicas, la **adaptación de los mensajes de las campañas preventivas a las particularidades del género femenino**. Para maximizar el impacto de las campañas, colaborar con líderes comunitarios, líderes de opinión, *influencers*, profesionales de la salud, así como organizaciones locales y no gubernamentales especializadas en género.

Considerar la **farmacia comunitaria como vehículo de difusión** para campañas de prevención. Las mujeres, además de ser las principales usuarias de la atención primaria, también lo son de la farmacia comunitaria, ya sea en búsqueda de tratamientos para sí mismas o en representación de sus familias. Esta circunstancia constituye una oportunidad única para dirigirse a ellas de manera efectiva y proporcionarles información, ya sea desde la figura del farmacéutico o a través de materiales informativos.

Valorar nuevas estrategias de **responsabilidad compartida** (como el uso equitativo de métodos anticonceptivos entre hombres y mujeres, o educar sobre la corresponsabilidad o co-gestión en las enfermedades de transmisión sexual).

Reforzar la comunicación sobre la corresponsabilidad en los cuidados (cuidado de mayores en la familia, educación prenatal y crianza) y autocuidados (ejemplo: anticoncepción) entre hombres y mujeres. Abordar estas cuestiones en las intervenciones comunitarias de Atención Primaria y en centros educativos como acciones grupales.

Proteger especialmente los **procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres**. Mejorar la protección de las mujeres embarazadas y lactantes. Parte de esa protección procede de educar sexualmente a los varones.

Idear nuevas **campañas de sensibilización en los centros sanitarios**. Anualmente, celebrar una jornada en la que se presenten las buenas prácticas de las organizaciones sanitarias.

Seguir realizando **campañas de sensibilización de la población** por redes sociales, series y anuncios.

C. Investigación

INCLUIR EN LA INVESTIGACIÓN LA PERSPECTIVA DE LA INTERACCIÓN SEXO/GÉNERO. En una era de la medicina basada en la evidencia y de la medicina personalizada, la investigación debe incluir sistemáticamente el enfoque de las diferencias por sexo y de género. Esto supone realizar estudios con muestras represen-

tativas de hombres y mujeres de acuerdo con las diferencias por sexo en enfermedades concretas; así como en los ensayos clínicos, lo cual puede optimizar los protocolos diagnósticos y terapéuticos.

Se consensuaron las siguientes propuestas:

Declarar, por parte de las sociedades científicas, la importancia de integrar las diferencias según sexo y la dimensión de género en la investigación en salud.

Para respaldar este comunicado, se proporcionarán ejemplos y casos de éxito implantados en otros países, demostrando así la viabilidad y los beneficios tangibles de esta visión.

Programar nuevas subvenciones y becas, a cargo de las Administraciones Públicas, destinadas a financiar investigaciones que aborden las diferencias según sexo y las desigualdades de género en el ámbito de la salud. **Apoyar investigaciones ya en marcha** sobre la interacción sexo/género.

Promover **ensayos clínicos y proyectos de investigación que tengan un reparto representativo del porcentaje de población afectada femenina y masculina**; es decir, acorde a la prevalencia y la morbimortalidad por sexo en la vida real.

Incorporar el criterio de interacción sexo/género como aspecto valorado en las Comisiones de Ética de los ensayos clínicos.

Promover la **incorporación real de la perspectiva de género en los proyectos de investigación que reciban subvención**, con el apoyo de guías como las SAGER (Heidari et al, 2019), a la hora de planificar, evaluar y aceptar dichos proyectos.

D. Guías y protocolos

GENERAR GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS QUE INCORPOREN LAS DIFERENCIAS POR SEXO Y LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO.

Las necesidades según el sexo/género deben abordarse específicamente en los programas de diagnóstico.



Se consensuaron las siguientes propuestas:

Incorporar la interacción sexo/género en la actualización de protocolos, tecnologías sanitarias, guías clínicas/documentos de consenso para cada especialidad, mediante comités integrados por profesionales de la salud con experiencia en sexo y género, junto con sociedades científicas.

Las estrategias de difusión incluirán presentaciones en congresos y publicación en revistas especializadas.

Incluir la perspectiva de género transversalmente desde el guión inicial de cualquier guía/protocolo e integrarla en la dinámica de trabajo. Diseñar un cuestionario que se facilite en la primera consulta para recopilar información sobre factores de sexo/género.

Valorar los datos y los resultados actualizados para plantear nuevos criterios en el diagnóstico/tratamiento de las diferentes patologías en las guías clínicas, atendiendo a las diferencias de sexo y su interacción con dimensiones de género relacionadas con la salud.

Incorporar herramientas de ayuda en la historia clínica electrónica para cumplir los protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas con igual eficacia y efectividad en hombres y mujeres, incorporando sus diferencias por sexo y género.

E. Circuitos asistenciales y coordinación multidisciplinar

GARANTIZAR UN ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD. El sistema sanitario debe encaminarse a una **igualdad de acceso, uso y calidad asistencial, y esto supone considerar la interacción sexo-género.** Hay que eliminar barreras geográficas, económicas, sanitarias y socioculturales que dificulten el acceso a estas pruebas. Esta igualdad puede trabajarse con una visión transversal desde distintas especialidades que criban, derivan y hacen seguimiento de distintas patologías (Atención Primaria, ginecología, matronas).

Se consensuaron las siguientes propuestas:

Diseñar entre hospitales y centros de salud **protocolos de coordinación**, haciendo que en la remisión de pacientes no se pierda la visión de género. Una vez creadas las alianzas entre hospitales y centros de salud, ampliar a otros profesionales sanitarios.

Realizar en los hospitales **programas de formación específicos para enfermería que destaquen la importancia del enfoque de género** en la coordinación interprofesional y en la comunicación durante el proceso de atención post-hospitalaria.

Seguir creando **unidades multidisciplinarias** en los hospitales que impliquen a diferentes especialistas para trabajar en salud con visión de género. Además, colaborar con sociedades científicas en la formación de redes interdisciplinarias centradas en el abordaje integral de patologías específicas, desde el cribado hasta el seguimiento, con enfoque de género.

Desarrollar una **jornada multidisciplinar nacional** y con difusión para abordar la salud integral de la mujer. Establecer **colaboraciones internacionales** para compartir conocimientos y mejores prácticas en salud con perspectiva de género.

Promover la **alfabetización digital de pacientes con enfermedades crónicas y un mejor acceso al sistema sanitario** (cursos cortos para saber cómo atender una videoconferencia, por ejemplo).

Desarrollar **aplicaciones y plataformas en línea que informen sobre salud y permitan programar citas y mantener un seguimiento más continuo y efectivo**, especialmente en colectivos vulnerables por motivos etarios, sociofamiliares o geográficos. El análisis de los resultados con dimensión de género proporcionará una valiosa información en vida real.



F. Seguimiento y medición

REGISTRAR INICIATIVAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

El grupo acordó las siguientes propuestas:

Crear un grupo de trabajo formado por gestores y clínicos para acordar **indicadores** que midan el grado de inclusión de la dimensión de género en las distintas fases del proceso asistencial.

Dichos indicadores **desagregarán los datos por sexo**, para favorecer la evaluación con análisis de género de todas las dimensiones de la salud.

Diseñar una **plataforma nacional de salud con visión de género**, en la que los profesionales sanitarios recojan las iniciativas llevadas a cabo. Esta plataforma podría contar con el apoyo de sociedades científicas y de la industria farmacéutica.

Destacar en los protocolos los **puntos clave que se deben documentar en las visitas de seguimiento** de pacientes con enfermedades crónicas.

6. Conclusiones

Esperamos haber cumplido con el objetivo del proyecto **MIRADA en Salud con Perspectiva: “Una nueva visión en el modelo asistencial”**, a cuya realización ha contribuido un amplio grupo multidisciplinar de profesionales. Se han aportado reflexiones y propuestas a lo largo del espectro asistencial desde la perspectiva de la interacción entre sexo y género: desde la formación; la sensibilización de la sociedad; la investigación; las guías y protocolos; los circuitos y la coordinación multidisciplinar, hasta la medición de los avances. En todos estos campos existen carencias y posibles soluciones.

La realidad y las evidencias científicas obligan a **seguir trabajando en trasladar la interacción sexo/género al ámbito sanitario**. Este trabajo se considerará un éxito si la lectura del presente documento abre la mirada a quien lo lea y ayuda a generar nuevas ideas y prácticas asistenciales innovadoras.

Los servicios sanitarios incluyen la realización de programas preventivos, de promoción y protección de la salud; así como su vigilancia mediante distintas fuentes de información, siempre mejorables. Además de la propia atención sanitaria, estas funciones de salud pública se desarrollan por parte de profesionales sanitarios tanto en los Centros de Salud como en los centros de especialidades médicas y hospitales. En este documento, estas funciones se han tratado desde una perspectiva de diferencias según sexo y desigualdades de género, fuera y dentro de la práctica asistencial sanitaria. Esto supone considerar la relevancia de los **roles de género**, así como las normas de comportamiento aplicadas en la sociedad a mujeres y hombres, normas que influyen en las acciones, expectativas y experiencias de los individuos. Por ello, también **afectan a la salud, a la susceptibilidad a las enfermedades y a la eficacia de los tratamientos**, y pueden hacerlos desiguales.

Una salud dotada de visión de género puede contribuir a corregir imprecisiones en la atención sanitaria, y por lo tanto a mejorar la práctica médica; además de hacer equitativo el proceso asistencial entre mujeres y hombres. Confiamos en que el proyecto **MIRADA: Una nueva visión en el modelo asistencial hacia la Salud con Perspectiva** ayude a reflexionar sobre cómo desde la salud se puede hacer una sociedad más justa.

“Una cosa no es justa por el hecho de ser ley.
Debe ser ley porque es justa”.

Montesquieu (1689-1755)



7. Bibliografía

- Ahmad SR, Rosendale N. Sex and Gender Considerations in Episodic Migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2022;26(7):505-16. doi: 10.1007/s11916-022-01052-8.
- Álvarez-del Arco D. Desigualdades de género en salud. Un análisis descriptivo de la salud de los españoles y las españolas. *Panorama Social* 2018;27:151-63. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/027art11.pdf
- Ayanian IZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991;325: 221-5. doi: 10.1056/NEJM199107253250401
- Azizi Z, Alipour P, Raparelli V, et al. The role of sex and gender in hypertension. *J Hum Hypertens* 2023;37(8):589-95. doi: 10.1038/s41371-022-00789-4.
- Bibb LA, Jacobs JW, Adkins BD, et al. Appropriate use of sex and gender for diversity, equity, and inclusion in biomedical research. *Lancet Haematol* 2023;10(6):e397-e398. doi: 10.1016/S2352-3026(23)00115-1.
- Blasco-Blasco M, Ruiz-Cantero MT, Juárez-Herrera, et al. Sex and Gender Interactions in the Lives of Patients with Spondyloarthritis in Spain: A Quantitative-qualitative Study. *J Rheumatol* 2017;44(10):1429-35. doi:10.3899/JRHEUM.170128.
- Brown HL, Warner JJ, Gianos E, et al; American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Promoting Risk Identification and Reduction of Cardiovascular Disease in Women Through Collaboration With Obstetricians and Gynecologists: A Presidential Advisory From the American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Circulation* 2018;137(24), e843–e852. doi: 10.1161/CIR.0000000000000582.
- Carmona L, Aurrecochea E, García de Yébenes MJ, et al. Tailoring Rheumatoid Arthritis Treatment through a Sex and Gender Lens. *J Clin Med* 2023;13(1):55. doi: 10.3390/jcm13010055.
- De Martinis M, et al. Sex and Gender Aspects for Patient Stratification in Allergy Prevention and Treatment. *Int J Mol Sci* 2020;21(4):1535.
- Epstein NK, Harpaz M, Abo-Molhem M, Yehuda D, Tau N, Yahav D. Women's Representation in RCTs Evaluating FDA-Supervised Medical Devices: A Systematic Review. *JAMA Intern Med* 2024. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.1011. Epub ahead of print.
- GAO, U.S. Government Accountability Office. Most drugs withdrawn in recent years had greater health risks for women. 2001. [citado abril 2024]. Disponible en: <https://www.gao.gov/products/GAO-01-286R>
- Graf J, Simoes E, Kranz A, et al. The Importance of Gender-Sensitive Health Care in the Context of Pain, Emergency and Vaccination: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health* 2023;21(1):13. doi: 10.3390/ijerph21010013.

- Heidari S, Babor TF, De Castro P, et al. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gac Sanit* 2019; 33 (2): 203-10. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.04.003.
- Holtzman JN, Redberg RF. Prioritizing Women's Inclusion in Clinical Trials of Medical Devices. *JAMA Intern Med* 2024. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.1844. Epub ahead of print.
- Lahita RG. Sex and gender influence on immunity and autoimmunity. *Front Immunol* 2023;14:1142723. doi: 10.3389/fimmu.2023.1142723.
- Madla CM, Gavins FKH, Merchant HA, et al. Let's talk about sex: differences in drug therapy in males and females. *Adv Drug Deliv Rev* 2021;175:113804. doi: 10.1016/j.addr.2021.05.014.
- Merone L, Tsey K, Russell D, et al. Self-Reported Time to Diagnosis and Proportions of Rediagnosis in Female Patients with Chronic Conditions in Australia: A Cross-sectional Survey. *Womens Health Rep (New Rochelle)* 2022;3(1):749-58. doi: 10.1089/whr.2022.0040.
- Ministerio de Igualdad, Instituto de las Mujeres. Mujeres en Cifras: Conciliación - Excedencias, permisos y reducciones de jornadas. [citado julio 2024]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/ExcedPermisos.htm>.
- Ministerio de Sanidad. Principales causas de muerte según sexo y comunidad autónoma, 2022. [citado abril 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/fr/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla3.htm>
- Nicoletti A, Baschi R, Cicero CE, et al; Gender Neurology Study Group of the Italian Society of Neurology. Sex and gender differences in Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and Amyotrophic Lateral Sclerosis: A narrative review. *Mech Ageing Dev* 2023;212:111821. doi: 10.1016/j.mad.2023.111821.
- Olivieri F, Marchegiani F, Maticchione G, et al. Sex/gender-related differences in inflammaging. *Mech Ageing Dev* 2023;211:111792. doi: 10.1016/j.mad.2023.111792.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Género y Salud. 2018. [citado abril 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
- Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science. EMBO Rep* 2012;13(7):596-603. doi: 10.1038/embor.2012.87.
- Regitz-Zagrosek V, Gebhard C. Gender medicine: effects of sex and gender on cardiovascular disease manifestation and outcomes. *Nat Rev Cardiol* 2023;20(4):236-47. doi: 10.1038/s41569-022-00797-4.
- Ruiz Cantero MT, Salvador Sánchez L. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. Sesgos e innovaciones. *AMF* 2020;16(5):250-7.
- Ruiz Cantero MT. Perspectiva de género en medicina. Monografías Fundación Dr. Antoni Esteve; nº 19, 2019. [citado abril 2024]. Disponible en: <https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>



- Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, et al. “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag* 2018; 2018:6358624. doi: 10.1155/2018/6358624.
- Cushman, M., Shay, C. M., Howard, V. J., Jiménez, M. C., Lewey, J., McSweeney, J. C., Newby, L. K., Poudel, R., Reynolds, H. R., Rexrode, K. M., Sims, M., Mosca, L. J., & American Heart Association (2021). Ten-Year Differences in Women’s Awareness Related to Coronary Heart Disease: Results of the 2019 American Heart Association National Survey: A Special Report From the American Heart Association. *Circulation*, 143(7), e239–e248. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000907>.
- Soriano JB, Polverino F. Sex and gender in COPD and asthma. *Eur Respir* 2023;62(5):2301505. doi: 10.1183/13993003.01505-2023.
- Tamargo J, Caballero R, Mosquera ED. Sex and gender differences in the treatment of arterial hypertension. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2023;16(4):329-47. doi: 10.1080/17512433.2023.2189585.
- Usselman CW, Lindsey ML, Robinson AT, et al. Guidelines on the use of sex and gender in cardiovascular research. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2024;326(1):H238-H255. doi: 10.1152/ajpheart.00535.2023.
- Van Hagen LJ, Muntinga M, Appelman Y, et al. Sex- and gender-sensitive public health research: an analysis of research proposals in a research institute in the Netherlands. *Women Health* 2021;61(1):109-19. doi: 10.1080/03630242.2020.1834056.
- Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet* 2021;397(10292):2385-438. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X.
- Wojcik R, Morris A. Aiming to Improve Equity in Lung Health: Sex and Gender. *Clin Chest Med* 2023;44(3):613-22. doi: 10.1016/j.ccm.2023.03.014.

¿Quieres saber más sobre Salud con Perspectiva?

Escanea el QR:

