

El análisis sexo/género en la enseñanza/aprendizaje de la medicina. El caso de las enfermedades cardiovasculares

Lucero Aída Juárez-Herrera y Cairo^{a,†}, Irina Elizabeth Juárez Muñoz^{b,‡}, Aline Gómez Maqueo Chew^{a,§}

Facultad de Medicina



Resumen

Objetivo: Reflexionar y analizar la pertinencia de incorporar el análisis sexo/género en el proceso enseñanza/aprendizaje de la medicina.

Desarrollo: Se toman como referente los sesgos de género en la atención sanitaria de las enfermedades cardiovasculares, por su relevancia como un problema de salud pública mundial y porque son un parteaguas en el análisis de los sesgos de género 3 décadas después de las primeras publicaciones sobre el tema. Además, se llevó a cabo una revisión narrativa para explorar iniciativas sobre la implementación de la perspectiva de género en la carrera de medicina en diversas Universidades del mundo.

Resultados: Se reporta en publicaciones recientes que hay mejoras en la atención cardiovascular, pero que per-

sisten sesgos de género en la investigación, formación profesional y en las prácticas de atención. En la revisión narrativa se exploraron iniciativas sobre la implementación de la perspectiva de género en la carrera de medicina en diversas Universidades del mundo, clasificando los resultados en 1) ventajas, recomendaciones y obstáculos y; 2) Intervenciones y programas.

Discusión: Los retos a superar para la incorporación de la perspectiva de género en la educación médica se relacionan con aspectos organizativos y personales. Las iniciativas y los programas exitosos se centran en las ventajas de formar profesionistas sensibles al género, que sean capaces de entablar comunicación efectiva con diversos actores sociales al tomar en cuenta la interacción sexo/género con otros determinantes sociales de la salud.

^a Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, campus Hermosillo, Hermosillo, Son., México.

^b Centro de Simulación y Posgrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana Campus México, Cd. Mx., México
ORCID ID:

[†] <http://orcid.org/0000-0001-8748-6119>

[‡] <http://orcid.org/0000-0003-1915-3915>

[§] <https://orcid.org/0000-0001-6075-2907>

Recibido: 27-julio-2020. Aceptado: 8-septiembre-2020.

* Autora para correspondencia: Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo. Boulevard Enrique Mazón #617. Col. Café Combate. C.P. 83165. Correo electrónico: lucero.juarez@uvmnet.edu, juarezluce@gmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusión: En México es necesario trabajar en pro de la inclusión del análisis sexo/género en la formación médica. Porque provee un conocimiento más amplio, se logra una mejor ciencia, y redundando en una atención adecuada y efectiva para todas las personas.

Palabras clave: *Perspectiva de género; educación basada en competencias; enfermedades cardiovasculares; educación en ciencias de la salud.*

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sex/Gender Analysis in the Learning/Teaching of Medicine. The Case of Cardiovascular Disease

Abstract

Objective: To analyze on the relevance of incorporating sex/gender analysis in the teaching/learning of medicine in Mexico.

Development: Cardiovascular diseases are used as a referent because of the persistence of gender biases in medical attention three decades after the first reports. We performed a narrative review to identify teaching institutions that have incorporated gender perspective in college curricula.

Results: We found recent reports that show that gender biases are still reproduced in the health care of cardiovascular diseases. Based on this narrative review, efforts by institutions from around the world to incorporate sex/gender analysis in professional education are highlighted, classifying them in: 1) advantages, recommendations and obstacles, 2) interventions and programs.

Discussion: Challenges that need to be overcome to incorporate gender perspective in health education are related to organizational and personal aspects. The different initiatives and successful programs center around the advantages of educating professionals who are conscious of gender and capable of establishing effective communication with the diverse social actors when taking into account the interaction between sex/gender and other Social Determinants of Health.

Conclusion: In Mexico, it is necessary to work towards including sex/gender analysis in medical education, because it provides a broader perspective, better science and results in adequate and effective health care for every person.

Keywords: *Gender perspective; competency-based education; cardiovascular disease; health sciences education.*

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Para mejorar la asistencia sanitaria se requiere de avances científicos, técnicos, y de la voluntad de apoyar la salud y el bienestar individual y colectivo. En diversos reportes científicos se ha demostrado que hay diferencias relacionadas con el sexo biológico¹ y también sesgos de género en la atención sanitaria, que llevan a resultados positivos, negativos o neutros entre los géneros².

La persistencia de los sesgos de género 3 décadas después de los primeros reportes, lleva a cuestionar su reproducción en los canales formales de la enseñanza: las facultades y escuelas de medicina. Ya que el estudiantado está constituido por sujetos morales en formación, que interpretan la realidad de acuerdo

a procesos de socialización devenidos de diversas instituciones, entre ellas las universidades, y que el aprendizaje de máximas deontológicas incluye libros y docente³. Por eso la insistencia en la impostergable necesidad de incorporar el análisis sexo/género en la educación médica de una forma amplia y sistemática que enriquezca el conocimiento en las ciencias de la salud.

En las enfermedades cardiovasculares (ECV) es donde más se han documentado los sesgos de género en la atención. Desde la literatura científica biomédica se han aducido diferencias biológicas para explicar las discrepancias en los resultados entre hombres y mujeres, pero no son suficientes para comprender por qué estas se convierten en desigualdades de género⁴.

Se enfatiza la importancia de identificar políticas de género en la formación curricular porque el sexo/género es uno de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de acuerdo a la Organización mundial de la Salud (OMS). Estudiar el contexto en que se vive, se padece y se muere⁵, tiene gran peso para comprender la salud y la enfermedad como un proceso, y no como 2 entidades dicotómicas^{6,7}.

Se ha demostrado que los sesgos de género en la producción de conocimiento sobre las ECV –reportados desde 1991–^{8,9} se incorporaron al imaginario social y médico, y que continúan reproduciéndose en las prácticas de atención sanitaria en diversas regiones del mundo al menos en 3 sentidos: 1) Menos visibilización de la EC de las mujeres por parte del sector sanitario; 2) menos percepción de riesgo por parte de las mujeres; y 3) menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos por parte del personal de salud^{1,4,10-13}.

En relación a la morbilidad y mortalidad por sexo, los valores difieren de acuerdo a factores biológicos, genéticos, ambientales, económicos, sociales y culturales¹⁴. En las mujeres se reportan diferencias en problemas como la anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación (M: 2044; H: 898), que suelen relacionarse con la presión social sobre el cuerpo femenino. Además, son más frecuentes la candidiasis urogenital (M: 168,488; H: 10,684), y la obesidad (M: 445,482; H: 252,979). Mientras que en los hombres las diferencias son en los accidentes de vehículos de motor (H: 71,491; M: 56,773), y la intoxicación por alcohol (H: 33,250; M: 7,654), ambas asociadas a la masculinidad dominante. Las primeras causas de muerte son similares para ambos: enfermedades del corazón (M: 46.4%; H: 53.5%), diabetes mellitus (M: 51%; H: 49%), y tumores malignos (M: 51.5%; H: 48.5%)¹⁵.

Cabe señalar que la irrupción de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) marca nuevos retos para la medicina, al sumarse a la persistencia de enfermedades infecciosas y a las causas externas. Además, en la profesión médica se espera curar las enfermedades y no se prepara a sus profesionistas para que sean crónicas, de ahí que se tienda a culpabilizar a quienes las padecen por los resultados adversos, es una forma de “escapar de la culpa (por) no curar”¹⁶, que puede invisibilizar sesgos como los de género.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la pertinencia de incorporar el análisis sexo/género en el proceso enseñanza/aprendizaje de la medicina, utilizando como referente las diferencias biológicas y los sesgos de género en la atención sanitaria de las ECV, tanto por su relevancia, como por su reproducción en la formación universitaria, y su persistencia en las prácticas de atención. Además, se exploran iniciativas sobre la implementación de la perspectiva de género en diversas Universidades, centrando la carrera de medicina.

MÉTODO

Se buscaron artículos recientes acerca de la relación entre ECV y género, y se realizó una revisión narrativa sobre la incorporación de la perspectiva de género en diversas universidades, para actualizar y fundamentar contextual y teóricamente el tema. La revisión narrativa no se encuadra en los parámetros de las revisiones sistemáticas, pero tiene la ventaja de aportar a la comprensión de un tópico, al argumentarlo de forma amplia, integrando diferentes fuentes y tipos de información. Contribuye a las propuestas de nuevas perspectivas y conceptos¹⁷.

Los parámetros de búsqueda fueron artículos en español e inglés, publicados del 2005 al 2020, con los términos: “género y currícula”, “género y educación médica”, “género y ciencias de la salud”, “gender and curricula”, “gender education”, “gender medicine”, “gender and health science”. En las bases de Elsevier, Pubmed, Scopus y Ovid. Agregando trabajos referenciados en los artículos seleccionados (bola de nieve).

La información se recopiló, sistematizó y analizó, la tabla 1 contiene los trabajos seleccionados, divididos en 2 subgrupos: 1) ventajas, recomendaciones y obstáculos; 2) intervenciones y programas. Cabe señalar que se corroboró el reporte sobre las dificultades en la búsqueda de publicaciones sobre sexo/género y educación médica debido a la falta de algoritmos específicos de búsqueda, y a los pocos trabajos publicados que analizan esta relación¹⁸.

MARCO REFERENCIAL

Siendo el sexo/género uno de los DSS¹⁹, incorporar el análisis de las diferencias biológicas, y de las desigualdades de género en el estudio del proceso salud/

enfermedad/atención/ prevención y promoción de las ECV aporta a la búsqueda de la equidad de género en salud, y contribuye a lograr una mejor ciencia al identificar sesgos en la generación del conocimiento, cuestionar “verdades”, generar nuevas preguntas, y aportar a la equidad de género²⁰.

Con la perspectiva de género es posible indagar cómo las construcciones sociales de género estructuran relaciones jerárquicas que influyen en la salud, los recursos, los riesgos, la vulnerabilidad, la gestión de necesidades, y las experiencias vividas por quienes padecen una enfermedad^{4,12,21}.

En el caso de las ECV posibilita indagar sobre las diferencias o similitudes entre los sexos en la biología, fisiología, fisiopatología, morbilidad, mortalidad, letalidad y estratificación de los riesgos cardiovasculares^{10,22-24}. Como analizar la interrelación del género con las ECV y otros DSS, por ejemplo, la edad, escolaridad, clase social, migración, crisis económicas, que expresan inequidades en salud^{11,12,13,20,21}.

Es pertinente comentar que con frecuencia se observan concepciones erróneas de los conceptos sexo y género en la literatura médica¹³. Si bien uno se resignifica en el otro, sexo se refiere a las diferencias definidas por los cromosomas sexuales, los órganos reproductores, y es una variable biológica²⁴. Género es la construcción sociocultural de lo que se asume como “masculino” o “femenino”, dependiendo de cómo se simbolice la diferencia sexual²⁵. La identidad de género no debe entenderse como una construcción binaria, pues el concepto género se resignifica en las relaciones de poder individuales y colectivas, es diferente para cada sociedad, cultura y momento histórico, es un principio organizador de la vida social²⁶. En la investigación es una categoría de análisis.

Diferencias en factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Los reportes indican que las mujeres tienen mayor comorbilidad de los FRCV tradicionales como obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y diabetes, frecuencia más alta de Lupus Eritematoso Sistémico y otros específicos como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, preeclampsia, menopausia prematura, anticonceptivos y terapia de reemplazo hormonal^{1,11,23,27}. El diámetro de sus arterias coronarias

es más angosto. Las pruebas diagnósticas y terapéuticas como la coronariografía y la angioplastia son menos específicas, y en las más jóvenes predominan las alteraciones de la microcirculación^{22,27-29}.

Los hombres tienen FRCV tradicionales como diabetes, obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo, destacando el tabaquismo y la dislipidemia^{1,11,22,23}. La comorbilidad en ellos es menor y predomina la típica obstrucción de las arterias coronarias por aterosclerosis^{22,23,28}. Las guías incluyen la disfunción eréctil como indicador temprano de hipertensión arterial²⁷.

Mientras que en minorías sexuales se reporta el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas, y problemas de salud mental, como principales FRCV. Sin embargo, la mayoría de las evaluaciones cardiovasculares habían sido subjetivas y carecían en diversos grados de marcadores cardiovasculares específicos³⁰.

Desigualdades por género

Las investigaciones iniciales en la EC se realizaron principalmente en hombres y por hombres, la construcción inicial del cuadro clínico es masculina, los resultados se traspolaron a las mujeres. La menor presencia de las mujeres es una cuestión de género relacionada con su larga invisibilidad en la medicina y en la investigación, bajo la visión estereotipada de que es el varón blanco de mayor edad el que padece una EC; y las mujeres, después de la menopausia^{12,13}. Por eso se puede afirmar que los sesgos de género en las ECV inician desde la investigación^{2,13}.

Los factores psicosociales de riesgo cardiovascular están estrechamente relacionados con los sistemas jerárquicos de género. En las mujeres, la multiplicidad de roles, jornadas laborales y patrones de género como *ser de otros* y *aguantar* las colocan en mayor fragilidad al sobre-exigirse, no poder parar y dejarse a lo último. En el imaginario social y médico se conocen menos las especificidades de la EC de las mujeres. Ellas tienen menos percepción de riesgo y más dificultades para reconocer sus malestares como cardíacos. Además, hay un sub-registro de sus primeros síntomas cardíacos por parte del personal de salud^{4,9,12,28,31}.

En los varones se han identificado la depresión, el estrés, los problemas económicos/laborales, y el rol de proveedor. En estratos socioeconómicos bajos

perciben menos los síntomas cardíacos y tienden a ser más pasivos. Mientras que en puestos directivos se resisten a aceptar sus síntomas como cardíacos³².

Así mismo, hay barreras socioeconómicas, culturales y políticas que juegan diferente para cada colectivo dependiendo del contexto. Atañen al acceso y la utilización de los servicios médicos, el trato diferenciado al interior de los mismos, los procesos de autonomía en la relación médico/a-paciente, la apropiación de derechos en salud y las condiciones de posibilidades para el ejercicio de los mismos, entre otros³³.

Interacción género y edad

Es un mito que las mujeres solo se infartan después de la menopausia, la mortalidad en mujeres y hombres mayores de 65 años ha disminuido, pero en las mujeres más jóvenes (35-54 años) se ha incrementado, a diferencia de los varones de esa edad. En las mayores de 65 años el ageísmo pudiera explicar que se desplieguen menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos²⁸, al considerarse que por su edad ya no son candidatas a procedimientos invasivos o de rehabilitación cardíaca^{28,34}. Sin embargo, el trasfondo puede ser el menor valor social de las mujeres, porque los hombres de la misma edad son sometidos a más tratamientos invasivos y de rehabilitación que ellas^{31,35}.

Otro aspecto poco explorado es el clasismo y la discriminación que se esbozan en la atención médica diferenciada para hombres y mujeres de clases sociales desfavorecidas, y la aplicación de menos

pruebas diagnósticas en minorías sexuales^{4,12,30}. Evidencias de que los sesgos en la atención sanitaria no sólo pasan por los géneros, sino que interactúan con otros DSS.

Sesgos de género en la atención sanitaria

Los estudios epidemiológicos han identificado sistemáticamente diferencias en las ECV por sexo/género. Las diferencias fisiopatológicas son básicas para clasificar las enfermedades en 3 categorías: 1) mayor prevalencia en un sexo; 2) diferencias en la edad de presentación, sintomatología, respuesta al tratamiento o pronóstico y; 3) únicas de un sexo (asociadas a la biología o la reproducción)¹.

La relevancia de la incorporación de la interacción sexo/género radica en que las diferencias sexuales y las desigualdades de género, y en concreto los sesgos de género en la atención sanitaria, tienen un papel importante tanto en la fisiopatología, el cuadro clínico, las complicaciones y la terapéutica, como en las barreras de acceso a los servicios de salud y la atención que ahí reciben, dimensiones que deben ser consideradas en la formación del personal del área de la salud¹, para potenciar análisis críticos y reflexivos.

RESULTADOS

En México hay iniciativas para incorporar la perspectiva de género en las instituciones de educación superior (**tabla 1**)³⁶⁻³⁸. Con ellas se busca dar cumplimiento a las disposiciones acordadas en la Conferen-

Tabla 1. Ventajas, recomendaciones, obstáculos, intervenciones y programas para la integración de la perspectiva de género en el currículo universitario de medicina

Ventajas, recomendaciones y obstáculos		
Autoría y año	Revista, página web	Aportes/Conclusiones principales
Scholte et al. (2020)	BMC Med Educ	Recomiendan a las Facultades y Escuelas de medicina implementar la enseñanza de la "Medicina de Género" desde el inicio de la carrera con las diferencias de sexo y posteriormente las de género, con la finalidad de que el estudiantado sea sensible al género. Así mismo se requiere docentes competentes en los temas de género que les permita la integración y reflexión de los mismos
Valenzuela y Cartes (2019)	Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología	Revisión bibliográfica para identificar cómo afecta la ausencia de la perspectiva de género a mujeres y LGTTB+ al generar desigualdades en la atención de la salud. Destaca avances y señala que, a pesar de los esfuerzos, queda pendiente la integración de esta perspectiva en la educación médica

Ruiz-Cantero et al. (2019)	Gaceta Sanitaria	Propone la incorporación de la perspectiva de género en los títulos universitarios y menciona que se requieren cambios organizativos y culturales en la formación de ciencias de la salud. Menciona factores facilitadores y barreras individuales e interpersonales
Ruiz-Cantero, MT (2019)	Monografía. Perspectiva de género en medicina. Ruiz-Cantero (comp.)	Se presentan las experiencias de profesionistas de la medicina acerca de la perspectiva de género en los ámbitos asistenciales y de investigación. La intención es mostrar la potencialidad de la medicina desde la perspectiva de género
Juárez, Lucero (2019)	La perspectiva de género y de derechos humanos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares. En Monografía. Perspectiva de género en medicina. Ruiz-Cantero (comp.)	Propone utilizar la perspectiva de género en el cuidado de la salud cardiovascular, así como el enfoque de derechos humanos considerando la capacidad de agencia de quienes padecen una enfermedad. Propone algunas competencias que deben integrarse al plan curricular de las universidades
González, Rosa María (2015)	Alternativas en psicología	Analiza los modelos educativos tradicional, liberal y de género. La equidad de género enfatiza la potencialización de los conocimientos a las mujeres en pos de su autonomía
Burquet. Ana (2011)	Perfiles educativos	Tomando como ejemplo la Universidad Nacional Autónoma de México, analiza la transversalización de la perspectiva de género en la educación superior en México, considera que esta impactaría la preparación académica juvenil y aportaría a la deconstrucción de las discriminaciones. Propone acciones a llevar a cabo para la inclusión de la perspectiva de género, en la investigación y formación; y la institucionalización de la equidad de género. No centraliza la medicina
Nowatsky, Nadine and Karen Grant (2011)	Health Care Women Int	Aunque la desagregación por sexo es más frecuente, por sí sola no es suficiente conceptual y metodológicamente para la investigación en salud, se deben trabajar indicadores de género para la comprensión de las diferencias y el desarrollo adecuado de políticas y programas
Verdonk et al. (2009)	GenderEducation https://doi.org/10.1080/09540250902785905	Proyecto holandés de sensibilización de género en educación médica. Obstáculos: conocimiento biomédico neutral en cuanto al género, y conocimiento sobre las mujeres no ligado al género; se niega su relevancia ante la cultura/etnia; se minimiza la educación médica sobre las desigualdades de género en salud –son cuestiones políticas feministas y no médicas–; se sugiere que la comunicación sobre género sea cuidadosa. Participantes en el seminario emitieron amplias recomendaciones para modificar materiales educativos, pero perdían fácilmente las especificidades de género. Se observaron las diferencias de poder entre hombres y mujeres, con desafíos para el pensamiento dominante
Wong, Yut Lin (2009)	Asia Pacific Journal of Public Health	Evidencia que el sesgo de género está presente en la investigación, práctica y educación médica. Propone el cambio curricular para abordar las desigualdades de género, las competencias a desarrollar, y las discusiones acerca de su integración en los planes de estudio médicos
Miller et al. (2006)	Biology of Sex Differences	Se presentan metodologías y recursos que han sido exitosos en diversas regiones del mundo para incorporar sexo/género en planes de estudio de la medicina
Organización Mundial de la Salud (2006)	Department of Gender, Women and Health. Integrating gender into curricula for health professional. Meeting Report. Geneva	Revisión de enfoques para integrar género en la currícula universitaria, identificando logros y debilidades. Se tomaron consensos para emitir recomendaciones y lograr colaboraciones entre las universidades
Palomar, Cristina (2005)	La Ventana. Revista de estudios de género	La discriminación de género en las instituciones se produce y reproduce individual y colectivamente. Si bien el mundo académico se considera como neutral, sin serlo, hay diversas situaciones que expresan las desigualdades de género

Artiles, Leticia (2005)	Educación médica superior	Propuesta para pasar del paradigma médico hegemónico al paradigma médico social, que incluya la perspectiva de género en la formación de los recursos humanos en salud, como un marco conceptual para “operacionalizar” cotidianamente el análisis de género en búsqueda de la equidad
Intervenciones y programas exitosos		
Institute of Gender in Medicine: Charité University Medicine. (2019)	eGender Medicine eLearning course	Ofrecen un curso gratuito en línea, de medicina de género
Calzo et al. (2019)	Critical Public Health	Implementación de un Curso en la Escuela de Salud Pública de Harvard, para estudiantes que no hubiesen cursado el que se ofrece de mujeres, género y salud. Con la finalidad de que integran el análisis basado en el género, superando la dicotomía sexo-género
Ufomata et al. (2018)	LGBT Health	Plan de estudios piloto para residentes de medicina interna, con recomendaciones curriculares de expertos para la salud LGTB+. Se mejoró el conocimiento y la confianza para atenderles. Concluyen que los materiales curriculares desarrollados por expertos en salud LGTB+, pueden ser utilizados exitosamente por docentes no expertos
Verdonk et al. (2005)	Med Educ	Para la integración exitosa del género en el plan de estudios del Centro Médico Nijmegen de la Universidad Radboud, intervino el reconocimiento de la importancia del género en la atención al paciente por el personal médico. Se logró la incorporación de nuevas ideas surgidas de las evaluaciones

Fuente: elaboración propia, con base en la revisión narrativa.

cia Mundial de Educación Superior, que desde 1998 señaló el rol de la educación superior en la resolución de las disparidades de género³⁹, esto lleva aparejado los marcos de derechos, multiculturalidad y respeto a la diversidad.

Una preocupación central debe ser cómo implementar este enfoque en la educación superando las resistencias, lo que implica pensar desde nuevos marcos interpretativos de la enseñanza y de la realidad. El diseño curricular desde la perspectiva de género tiene retos conceptuales “derivados de la visión patriarcal y del androcentrismo en ciencias de la salud”¹.

Es un desafío formar profesionistas competentes en género que desarrollen estrategias para identificar, comprender y afrontar las desigualdades en salud relacionadas con el sistema sexo/género¹. Es relevante que como estudiantes desarrollen habilidades para una comunicación efectiva mediante herramientas que les permitan trabajar con actores sociales heterogéneos, considerando el contexto, incluyendo las condiciones y expectativas sociales vinculadas al género.

En la revisión se encontró que algunas universidades han incorporado temáticas y materias relacionadas con dimensiones culturales y sociales de la salud, como socio medicina, desarrollo humano y social, medicina comunitaria, entre otras. Así como han implementado diversos programas e intervenciones para incorporar la perspectiva de género (**tabla 1**).

INICIATIVAS UNIVERSITARIAS PARA LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las creencias del personal de salud tienen efectos importantes en sus elecciones profesionales y en el trato a sus pacientes⁴⁰. Al identificarse las desigualdades y las inequidades en salud^{41,42}, se pueden implementar estrategias y acciones con sensibilidad de género que beneficien a los grupos discriminados en el ámbito de la salud, como mujeres y minorías sexuales^{30,43}.

En los Estados Unidos de Norteamérica, desde 1995 se incorporó la salud de las mujeres en la educación médica⁴³. En Holanda, desde 2002 se integraron temas de género al currículum médico universita-

rio^{44,45}. La Universidad de Innsbruck (Austria) incorporó la medicina de género buscando la igualdad entre ambos sexos, siendo aceptada en 2011. Desde 2013 otras 7 universidades europeas la han incorporado a sus programas^{1,43}.

Las competencias de género se han promovido en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Clínica Mayo y Johns Hopkins. Ser competente en género implica: 1) leer la literatura con lentes de género; 2) un trato igualitario y competente para los géneros, sustentado en la ciencia; y 3) erradicar las situaciones de vulnerabilidad de género¹.

En la Escuela de Salud Pública de Harvard se imparte un curso para estudiantes con enfoque de género, tratando de superar el binarismo simplista de sexo o género, y el escaso análisis crítico de género en la mayor parte de los cursos de salud pública, medicina y políticas de salud (**tabla 1**)⁴¹.

En 2006 la OMS desarrolló un currículo para capacitar a las instituciones sobre género, derechos y salud, y estimuló una declaración de consenso sobre género y educación médica. En 2015 se mostraron los avances en el Sex and Gender Medical Education Summit, al que acudieron 111 universidades^{1,46}.

Así mismo, hay iniciativas para trabajar en clave de diversidad, destacando materiales didácticos para la salud de LGBT+, con módulos específicos para estudiantes y docentes sobre atención primaria para personas LGBT+, la finalidad es que reciban una atención de calidad⁴⁷. Otras experiencias favorables son el aprendizaje basado en casos que integran sexo y género en escenarios complejos. La incorporación de la investigación multidisciplinaria y del pensamiento complejo reflejados en el trabajo interprofesional y los seminarios integrados multidisciplinarios^{41,42,44,45,48}.

RETOS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

Las dificultades para implementar políticas de cambio sobre género en las facultades de medicina se sustentan en la idea de que son temas exclusivos de las mujeres, los problemas para reconocer los sesgos de género por las autoridades académicas, la constante equiparación y confusión de los conceptos sexo y género, la argumentación de la sobrecarga curricular, y la oposición para cambiar la enseñanza tradicional con nuevas aproximaciones⁴⁹.

En México, la posición aparentemente neutral sobre género en el mundo académico no es tal, pues en las instituciones académicas y universitarias se expresan de diversas maneras las desigualdades de género³⁸. En el país, los esfuerzos son limitados, algunas universidades han incorporado salud y género como materia optativa, tema dentro de una materia, seminarios y posgrados, pero no hay evidencias (publicadas) de la transversalización de la perspectiva de género en la licenciatura de medicina. A lo que habría que agregar la reproducción de los patrones de género de los y las docentes, y su necesaria capacitación en temas que suelen ser marginales para la biomedicina.

DISCUSIÓN

En los trabajos sobre género y ECV se hace patente que desarrollar competencias para analizar las diferencias por sexo y género modifica favorablemente la salud cardiovascular, porque evidencia las limitaciones y posibilita la modificación de los algoritmos sobre riesgo cardiovascular^{11,23}; visibiliza las diferencias por género en los modos de construcción de riesgo y de vulnerabilidad³²; reporta los sesgos de género en la atención^{1,13}; analiza las experiencias vividas por personas afectadas³; se conoce acerca de otros sesgos relacionados con los DSS^{30,35}; y da pie a la propuesta de hacer protocolos de prevención, tratamiento y rehabilitación considerando las diferencias^{20,27-29}.

La innovación curricular para incorporar el análisis sexo/género en la formación del personal médico y de la salud es trascendente, redundará en beneficios importantes para mujeres, hombres y personas LGTB+, en la calidad de la atención médica, la bioética, la equidad de género en salud, y las posibilidades de ejercer los derechos en salud^{29,33,47}. Es necesario implementar la perspectiva de género en medicina para hacer consciente al estudiantado de la importancia de la misma en el ejercicio de la propia disciplina, creando climas de diálogo para que expongan sus ideas y reflexionen sobre las posibles consecuencias de sus interacciones.

CONCLUSIONES

Es una tarea pendiente actualizar los programas académicos con la perspectiva de género en forma transversal. Con la formación del personal de salud desde este enfoque se detonarían análisis reflexivos

y basados en el conocimiento científico que les haga competentes para identificar las diferencias o las similitudes en el proceso s/e/a/p/p por sexo/género y otros DSS. Además, la integración de la perspectiva de género y derechos a la medicina aportan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, en materias de Salud y Bienestar y de Igualdad de Género, asuntos que entran en el marco de los derechos humanos en salud.

Finalmente, enriquecer la formación universitaria contribuye a la creatividad para buscar innovaciones de género en la ciencia como se propone en el proyecto Gendered innovations de la Universidad de Stanford²⁹.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- LAJHC: Autora principal, desarrollo original de la idea y redacción principal.
- IEJM: Contribuyó con la investigación sobre los diferentes programas a nivel mundial sobre género y diversidad en la educación y con la redacción en general.
- AGMC: Colaboró con el desarrollo de la idea y organización, y con la redacción en general. 🔍

REFERENCIAS

1. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén Á. Gender agenda in health sciences education: international experiences to reduce time in Spain. *Gac Sanit*. 2019 Sep 1;33(5):485-90.
2. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, Calvente MDMG, Miqueo C, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(SUPPL. 2)
3. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med*. 2008;11(1):16-20.
4. Juárez-HyC L. Directo al corazón. Mujeres y enfermedad coronaria, un estudio con perspectiva de género. 1ra ed. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2017.
5. Nowatsky N and KG. Sex Is Not Enough: The Need for Gender-Based Analysis in Health Research. *Heal Care Women Int*. 2011;32(4):263-77.
6. Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estud socio-lógicos*. 1998;XVI(46):37-67.
7. Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuad Médicos Soc*. 1982 Enero;(19):1-11.
8. Ayanian J, Epstein A. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart diseases. *N Engl J Med*. 1991;325(4):221-5.
9. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med*. 1991;325(4):274-6.
10. Bullock-Palmer RP, Shaw LJ, Gulati M. Emerging misunderstood presentations of cardiovascular disease in young women. Vol. 42, *Clinical Cardiology*. John Wiley and Sons Inc.; 2019. p. 476-83.
11. Juárez-HyC L. La perspectiva de género y de derechos humanos en el estudio de las enfermedades cardiovasculares. En: Ruiz Cantero MT (coord.). *Perspectiva de género en medicina*. 1ra ed. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2019. p. 82-104.
12. Tajer D, Ana Fernández, Laura Antonietti, Agostina Choidi, Adriana Salazar, Isabel Barrera, Lucero Juárez. Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Rev Argentina Salud Pública*. 2014;5(21):14-23.
13. Krieger N. Genders, sexes, and health: What are the connections - And why does it matter? *Int J Epidemiol*. 2003 Aug;32(4):652-7.
14. OMS. Informe sobre los resultados de la OMS: presupuestos por programa 2016-2017 [Internet]. OMS. 2018 [citado 27 Junio 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276530/A71_28-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Sistema de Indicadores de Género. Tarjeta Temática. Morbilidad y mortalidad. Diciembre 2019 [Internet]. INMUJERES. 2019 [citado 07 Septiembre 2020]. Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Morbilidad_mortalidad.pdf
16. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med*. 2000;32(9):603-11.
17. Zillmer J, Díaz-Medina Blanca. Revisión narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. *J Nurs Heal*. 2018 Dec;1:1-2.
18. Oertelt-Prigione S, Gohlke B, Dunkel M, Preissner R, regitz-zagrosek V. GenderMedDB: An interactive database of sex and gender-specific medical literature. *Biol Sex Differ*. 2014 May;5:7.
19. OMS. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda del mañana [internet]. OMS. 2009. [citado 3 Julio 2020]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf
20. Gahagan J, Gray K, Whynacht A. Sex and gender matter in health research: Addressing health inequities in health research reporting. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14:12.
21. Cifuentes L. Construcciones sociales de género y su relación con las desigualdades en salud. El caso de las mujeres en Boyacá, Colombia. FLACSO. Sede Académica Argentina; 2019.
22. Ferry A V., Anand A, Strachan FE, Mooney L, Stewart SD, Marshall L, et al. Presenting Symptoms in Men and Women Diagnosed With Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. *J Am Heart Assoc*. 2019 Sep;8(17):e012307.
23. Lee SK, Khambhati J, Varghese T, Stahl EP, Kumar S, Sand-

- esara PB, et al. Comprehensive primary prevention of cardiovascular disease in women. Vol. 40, *Clinical Cardiology*. 2017;40:832-838. Doi: 10.1002/clc.22767
24. Miller VM, Kararigas G, Seeland U, Regitz-Zagrosek V, Kublickiene K, Einstein G, et al. Integrating topics of sex and gender into medical curricula - Lessons from the international community. *Biology of Sex Differences*. 2016;7:44.
 25. Lamas M. La antropología feminista y la categoría género. En: Programa Universitario de Estudios de género, editor. *El género La construcción cultural de la diferencia sexual*. 1ra. edición. México: UNAM; 1996. p. 173-198.
 26. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Programa Universitario de Estudios de Género, editor. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM; 1996. p. 265-302.
 27. Nilsson PM, Viigimaa M, Giwercman A, et al. Hypertension and Reproduction. *Curr Hypertens Rep*. 2020;22(29):1-11. <https://doi.org/10.1007/s11906-020-01036-2>
 28. Institute of Gender in Medicine. Charité University Medicine. eGender Medicine, an eLearning course. 2019. Disponible en: <http://egender-neu.charite.de/en/>
 29. Schiebinger L, Klinge I, Paik HY, Sánchez de Madariaga I, Schraudner M, Stefanick M. Gendered Innovations [Internet]. 2011-2018. 2018 [citado: 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://genderedinnovations.stanford.edu/>
 30. Caceres BA, Brody A, Luscombe RE, Primiano JE, Marusca P, Sitts EM, et al. A systematic review of cardiovascular disease in sexual minorities. Vol. 107, *American Journal of Public Health*. 2017:13-21.
 31. Juárez-HyC L, Castro-Vásquez M, Ruiz-Cantero M. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. *Salud Publica Mex*. 2016;58(4):428-36.
 32. Tajer D, Reid G, Gaba M, Lo Russo A, Barrera MI. Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. *Rev Argent Cardiol*. 2013;81(4).
 33. Castro M del C. En letras chiquitas: construcción de ciudadanía y el derecho a la información en salud. 1ra. edición. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2016.
 34. Hvelplund A, Galatius S, Madsen M, Rasmussen JN, Rasmussen S, Madsen JK, et al. Women with acute coronary syndrome are less invasively examined and subsequently less treated than men. *Eur Heart J*. 2010 Mar;31(6):684-90.
 35. Williams D, Bennett K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2003;55:604-8.
 36. Burquet A. Transversalización de la perspectiva de género en la educación superior. *Perfiles Educ*. 2011;XXXIII(UNAM): 211-25.
 37. González R. Un modelo educativo para la equidad de género. *Revista Semestral*. Tercera Época. Año XVIII. Número Especial. Mayo. 2015.
 38. Palomar C. La política de género en la educación superior. *La Ventana*. 2005;21:7-43.
 39. UNESCO. Informe de Educación Superior. [Internet]. UNESCO. 1998. [citado 2 Junio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3nsQDI4>
 40. Verdonk P, Mans LJ, Lagro-Janssen AL. Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ*. 2005;39(11):1118-25.
 41. Calzo JP, Katz-Wise SL, Charlton BM, Gordon AR, Krieger N. Addressing the dearth of critical gender analysis in public health and medical pedagogy: an interdisciplinary seminar to generate student-created teaching examples. *Crit Public Health*. 2019 Jan;29(1):18-26.
 42. Scholte JK, Van Der Meulen FWM, Teunissen TAM, Albers M, Laan RFJM, Fluit CRMG, et al. Exploring the views of successful applicants for medical school about gender medicine using a gender-sensitive video assignment. *BMC Med Educ*. 2020 Jan;20(1).
 43. Valenzuela A, Cartes R. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Rev Chil Ginecol y Obstet*. 2019;84(1):82-8.
 44. Andersson J, Verdonk P, Johansson EE, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students - Results from a questionnaire. *BMC Med Educ*. 2012.
 45. Verdonk P, Benschop Y, de Haes H, Mans L, Lagro-Janssen T. "Should you turn this into a complete gender matter?" Gender mainstreaming in medical education. *Gend Educ*. 2009 Nov;21(6):703-19.
 46. OMS. Department of Gender, Women and Health. Integrating gender into curricula for health professional. Meeting Report. Department of Gender, Women and Health. Geneva, Switzerland. [Internet]. OMS. 2006. [citado 10 Julio 2020]. Disponible en: https://www.who.int/gender/documents/GWH_curricula_web2.pdf
 47. Ufomata E, Eckstrand K, Hasley P, Jeong K, Rubio D, Carla Spagnoletti. Comprehensive Internal Medicine Residency Curriculum on Primary Care of Patients Who Identify as LGBT. *LGBT Heal*. 2018;5(6):375-80.
 48. Artiles Visbal L. The Teaching Project and the gender category in the training of health human resources. *Educ Med Super*. 2005;19(2):1-1.
 49. Wong Y. Review paper: gender competencies in the medical curriculum: addressing gender bias in medicine. *Asia Pac J Public Heal*. 2009;21(4):359-76.