



GUÍA DE INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

GUÍA DE INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autoría: Lydia Salvador Sánchez. Médica Familiar y Comunitaria. Servicio de Cartera de Servicios y Funcionamiento de Centros de Atención Primaria

Agradecimientos:

-María Teresa Ruíz Cantero Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante.

-Escuela Nacional de Sanidad: por compartir saberes durante el Diploma en Salud Pública y Género 2019.

Ilustración: Juan Carlos Luque

© Junta de Castilla y León 2020

Gerencia Regional de Salud

1. ÍNDICE

Contenido

1. ÍNDICE.....	2
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	3
3. FUNDAMENTACIÓN.....	7
4. OBJETIVOS DE ESTA GUÍA.....	9
5. ANÁLISIS PREVIO PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES.....	10
6. PROPUESTAS DE MEJORA APLICADAS A LA ESTRATEGIA DE AP EN CASTILLA Y LEÓN.....	13
6.1. INTERVENCIÓN CLÍNICA BIOPSIOSOCIAL Y CON ENFOQUE DE GÉNERO.....	13
6.2. LA CARTERA DE SERVICIOS AP.....	15
6.3. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS.....	18
6.4. GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	19
6.5. INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	19
6.6. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN AP CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	20
7. DISCUSIÓN.....	21
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	22
ANEXO. DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	23
9. BIBLIOGRAFÍA.....	26

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Existe ya una amplia bibliografía que nos muestra lo necesario de incorporar la perspectiva de género en todos los campos de la medicina y otras ciencias¹.

Ya en 1991 se publicó un artículo fundamental en *The New England of Medicine* que inició el debate sobre los sesgos de género en la atención sanitaria. Se detectaron diferencias significativas según sexo en la realización de angiografías coronarias en los pacientes hospitalizados en los hospitales de Harvard y New Haven por enfermedad coronaria, mayor en hombres que en mujeres incluso controlando por edad, comorbilidad y gravedad².

Desde entonces, se ha ido produciendo nuevo conocimiento con perspectiva de género en un gran número de enfermedades, son múltiples las revistas científicas de alto factor de impacto que publican nuevos avances desde la perspectiva de género con el fin de mejorar las prácticas asistenciales, y que sean éstas más eficientes y equitativas. De febrero de 2019 son el volumen 393 en *The Lancet* titulado “Advancing women in science, medicine and global health”³, y los artículos sobre enfermedades cardíacas del volumen 139 de la revista *Circulation*⁴.

Los **sesgos en la atención sanitaria a mujeres** son debidos a:

1. Considerar el “patrón” masculino para determinar sintomatología, dosis de medicamentos, evolución de la enfermedad, **sin tener en cuenta las diferencias existentes en la anatomía y fisiología entre hombres y mujeres**. Esto es lo que ha podido pasar en la cardiopatía isquémica y otras enfermedades en las que se ha establecido el patrón masculino de sintomatología para su diagnóstico, no teniendo en cuenta que en las mujeres puede cursar de manera diferente. Se ha comprobado que la historia clínica a veces no coincide totalmente con lo expresado por los y las pacientes, ya que el/la profesional puede interpretarlo según lo que espera encontrar con lo que es más frecuente o lo estudiado en la literatura científica, como se ha visto en el estudio de las espondiloartritis⁵.

2. Por otro lado, otro error consiste en **considerar a los hombres y mujeres distintos cuando no lo son**, incluso llegando a considerar ciertas enfermedades, por darse más frecuentemente en uno de los dos sexos, como propias de este, y por tanto infradiagnosticándolas en el otro sexo. Por ejemplo, se ha observado que

desde AP ante la misma presentación de dolor torácico de origen cardiovascular a las mujeres se las derivaba 2,5 veces menos a cardiología que a los hombres⁶. Esto sucede también con la EPOC para la que se realizan menos espirometrías ante la misma clínica a las mujeres⁷ o la osteoporosis que es más infradiagnosticada en los hombres.

El año pasado se publicó un artículo en Nature Communications donde se evidenciaba que los diagnósticos se retrasan mucho más en las mujeres que en los hombres en al menos 700 enfermedades⁸, lo que puede conllevar empeoramiento del pronóstico y la mortalidad de las mismas. Es decir, con el modelo actual persiste un aumento de la morbilidad y mortalidad evitable en mujeres y mayor frecuencia de discapacidades en las mismas, por lo que se hace necesario incorporar la perspectiva de género en todas las estrategias.

3. Por último, es frecuente no tener en cuenta las **diferencias que existen en la salud de hombres y mujeres debido a los distintos roles de género** que nos asignan desde el nacimiento solo por el hecho de nacer con un sexo u otro.

Las mujeres hemos de cumplir con el rol de cuidadoras en la familia de los niños y niñas, mayores, dependientes, lo que conlleva una doble o triple jornada difícil de sobrellevar y una falta de tiempo para el propio bienestar. Sin embargo en un estudio de María del Mar García-Calvente sobre profesionales de AP⁹, se identificaron algunas percepciones y actitudes de profesionales ante el cuidado informal poco sensibles o potencialmente negativas para la equidad de género, entre ellas algunos estereotipos sexistas que atribuyen a las mujeres más capacidades para hacerlo. Concluye que se precisa formación específica de los y las profesionales para potenciar la incorporación del enfoque de género en el trabajo que realizan en relación con el cuidado informal.

Los hombres por su parte sufren la carga de la masculinidad hegemónica que les hace correr más riesgos, tener más dificultades para pedir ayuda y cuidar menos su salud. La socialización para ajustarse a la ideología tradicional de masculinidad se ha demostrado que limita el desarrollo psicológico de los hombres, restringe su comportamiento, da lugar a tensiones y conflictos por su rol de género e influye negativamente en la salud mental y en la salud física¹⁰.

Por otro lado, los factores de riesgo o protectores en los hombres se han extrapolado directamente a las mujeres. En cambio los factores de riesgo que son más

relevantes en las mujeres, como los que se asocian al trabajo doméstico, no han sido tan bien investigados¹¹.

En algunos procesos va a ser difícil disociar los condicionantes por sexo biológico de los psicológico o social en las diferencias que detectamos entre hombres y mujeres como por ejemplo en el abordaje del dolor, ya que estos factores están interrelacionados.

Con frecuencia hay una tendencia a tener más en cuenta las quejas de los hombres y considerar las de más mujeres más frecuentemente como psicósomáticas y medicalizarlas más. Las mujeres sufren más frecuentemente trastornos medicamente no explicados que los hombres.

También sabemos que aunque la esperanza de vida es mayor en las mujeres tienen mayor tasa de morbilidad crónica, discapacidad, dependencia, pobreza y soledad. Como nos dice Ángeles Duran: “Las mujeres viven más años, pero pagan el alto precio de vivir más años enfermas, dependientes de los demás en condiciones de precariedad económica y habiendo perdido a sus cónyuge”¹². También tienen una peor percepción de su salud desde la adolescencia.

Sobre accesibilidad de los servicios de salud, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017¹³ las mujeres utilizan más frecuentemente atención primaria y los hombres ingresan más (eliminando los ingresos por parto). Además las mujeres presentan una mayor dificultad de accesibilidad a distintos servicios sobre todo por motivos económicos.

Ser conscientes de las normas de género es importante tanto en la investigación como en la práctica clínica, para contrarrestar el sesgo de género que puede suceder en la atención médica. Para ello, debemos apoyar a los/as profesionales de la salud en la prestación de una atención más equitativa que sea más capaz de satisfacer las necesidades de todos los pacientes hombres y mujeres¹⁴.

Es interesante darse cuenta de que la interpretación de los signos y síntomas y la importancia que se les da, depende de la perspectiva del/la clínico/a que explora a la persona que va a su consulta, y esto va a depender en gran medida de sus vivencias, creencias, prejuicios además de sus conocimientos científicos. El mismo signo o síntoma pueden interpretarlo de manera diferente dos profesionales, con lo cual es necesario reconsiderar el rol y la posición del/a intérprete¹⁵.

Para incorporar esta visión de género, va a ser muy útil la herramienta de Análisis Basado en Sexo y Género: ABSG (Sex and Gender-Based Analysis, SGBA), herramienta de análisis comparativo en la que ante cualquier problema de salud se profundiza en la comprensión de los determinantes de la salud en ambos sexos y se van generando conocimientos suficientes como para la mejora la salud de individuos y grupos (Health Canada 2010¹⁶). Es además muy útil para tener en cuenta la diversidad humana, y cómo otros determinantes de salud se interrelacionan con el sexo-género implicando una exposición diferencial a factores de riesgo, enfermedades y resultados de salud diferentes.

Interesante referencia es el proyecto *Gendered Innovations* de la Universidad de Stanford (<https://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies-medicine.html>) donde se explicitan los beneficios de incorporar y analizar la interacción sexo-género en diversos casos de salud y medicina (infarto, cáncer de colon, osteoporosis, nutrigenómica, detección precoz del VIH mediante nanotecnología, métodos de determinación dietético), y en otros campos de la ciencia. Además, una importante publicación del año pasado sería la monografía titulada *Perspectiva de Género en Medicina*¹⁷ coordinada por Maria Teresa Ruíz Cantero que recoge sesgos de género en once áreas terapéuticas distintas.

En Atención Primaria (AP) existen pocas publicaciones sobre la experiencia de incorporación de la perspectiva de género tanto en la atención sanitaria, como en los programas y cartera de servicios de AP, así como en la evaluación de resultados de estos servicios y programas^{18,19,20}. De hecho, en el reciente Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en el SNS²¹, no se ha incluido el enfoque de género en la valoración de los problemas de salud en AP, ni en la planificación y análisis de las distintas estrategias establecidas como medidas de mejora. Destacamos la fundamental Monografía Mujer y Salud de AMF (Actualización en Medicina de Familia) de Mayo 2020 donde, entre otros temas, se abordan de los retos en la incorporación del enfoque de género en el ámbito de la Atención Primaria²².

Aunque existen múltiples guías para la elaboración y evaluación de programas de salud con enfoque de género, en la mayoría de las Comunidades aún no se ha sistematizado un procedimiento que analice sus servicios y entre ellos la cartera de servicios de AP^{23,24}.

Para empezar, no siempre se desagregan los datos entre hombres y mujeres ni se analizan las diferentes prevalencias ni coberturas de servicio por sexo. Tampoco es habitual tener en cuenta el impacto de género que puede tener una intervención que se vaya a realizar. Para la mayoría de los sistemas de salud la perspectiva de género en AP consiste en tener una adecuada cobertura de los servicios preventivos o de atención propios de la mujer: mamografías, cribado de cáncer de cérvix, vacunación de VPH, climaterio, etc.

3. FUNDAMENTACIÓN

La Atención Primaria es la base de todo sistema sanitario moderno, ya que no sólo es la puerta de entrada al sistema de salud, sino que, cuando es potente, es el eje vertebrador y coordinador de toda la atención sanitaria de la persona, coordinando las distintas especialidades que atienden a la persona. La atención en AP (para personas adultas) está desarrollada en las especialidades de **Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria**, por lo además de atender a la salud individual desde el nacimiento (o los 14 años según los sitios) hasta el fallecimiento, trabaja teniendo en cuenta la organización familiar y el ámbito comunitario en el que habitamos.

Según el *Modelo de los determinantes sociales de la salud* impulsado por la OMS, el género sería uno de los determinantes que más afectan a la salud interaccionando con otros como el nivel socioeconómico, la cultura de origen, etc. y por ello, en esta especialidad que trabaja a la persona de forma integral y en su comunidad, el enfoque de género se hace más que necesario.

Parece imposible entonces hacer un abordaje adecuado de la salud individual, Familiar y Comunitaria sin tener en cuenta el género, a pesar de ello así es en la gran mayoría de los casos.

Este trabajo se fundamenta en el **marco teórico del modelo de salud como bienestar biopsicosocial** (George Engel, 1977; Jorge Luis Tizón, 1995; Ronald Epstein, 2001) y su interacción con el sistema sexo/género desde las **teorías del feminismo estructuralista** (estructura de las relaciones de género y sistemas sexo género Stoller, 1964; Rubin 1975)) y **psicoanalítico** (construcción de la subjetividad masculina y femenina en el patriarcado Mitchell, 1974)²⁵.

También la fundamentación de este trabajo teórico y su implementación en la práctica viene determinada por el cumplimiento de la **legislación y mandatos**:

-*Ley 1/2003, de 7 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León y Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, donde se incorporan medidas y actuaciones en salud y género para favorecer la equidad en salud.

-*Ley 1/2011, de 1 de marzo, de Evaluación del Impacto de Género en Castilla y León*: con la finalidad de garantizar que la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y la transversalidad de género estén presentes en todas las políticas públicas.

-A partir de la *IV Conferencia Mundial de la Mujer de Pekín* (1995), la OMS ha situado la reducción de las desigualdades por razón de género, en general, y de las desigualdades de género en salud, en particular, entre sus prioridades, instando a los gobiernos para que tomen las medidas necesarias para abordarlas.

-La igualdad de género está incluida como uno de los 17 objetivos incluidos en la *Agenda de Desarrollo Sostenible 2030* firmados por más de 150 países en la Cumbre del Desarrollo sostenible de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2015.

Dentro del **ámbito de la AP** también recogemos las **recomendaciones**:

-En marzo de 2019 desde el Organismo de Coordinación del *Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud PAPPS de SEMFYC*, se estableció que el género es un componente imprescindible a tener en cuenta cuando analizamos un problema de salud, planificamos una intervención, evaluamos su desarrollo, medimos y analizamos sus resultados. Y dentro del decálogo de conclusiones y desafíos se resalta la importancia de la formación de los profesionales en enfoque género, y establece el compromiso de los grupos PAPPS en la revisión de la evidencia y tener en cuenta dicho enfoque en sus recomendaciones²⁶.

-En cuanto a la *Atención Comunitaria el informe SESPAS 2018* insta a incorporar la perspectiva de género en la salud comunitaria no sólo como una cuestión de ética y de justicia, sino también de efectividad de las intervenciones²⁷.

-También el documento *Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria de SEMFYC* aconseja incorporar, tanto en el ámbito individual, como familiar y comunitario, estrategias de interpretación e intervención orientadas hacia el contexto, entre otras el enfoque de género²⁸.

En nuestra Comunidad Castilla y León, aunque aún de forma puntual, se va introduciendo la perspectiva de género, en algunos servicios y estrategias de salud. Esto ha sido impulsado sobre todo desde que varias compañeras realizaron el *Diploma en Salud Pública y Género* de la Escuela Nacional de Salud y en los servicios y programas en los que participan realizan una valoración con enfoque de género. Este es el ejemplo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, donde se realiza un análisis por sexo y con perspectiva de género de todas las actividades preventivas y servicios de atención.

Actualmente en nuestra Comunidad se está produciendo una reestructuración para la mejora de la Estrategia de Atención primaria y es un momento excelente para incorporar de forma transversal en las líneas de trabajo la perspectiva de género.

4. OBJETIVOS DE ESTA GUÍA

OBJETIVOS GENERALES

Visibilizar la importancia del enfoque de género en la Estrategia de Atención Primaria con el fin de contribuir a incorporar la perspectiva de género en las herramientas que desarrollan esta estrategia en Castilla y León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las herramientas y líneas de trabajo prioritarias en la Estrategia de AP de Castilla y León para valorar la pertinencia y capacidad de incorporar el enfoque de género en ellas.
2. Definir criterios transversales de género que deben ser incluidos o mejorados en estas líneas estratégicas.
3. Aportar propuestas específicas en gestión sanitaria para la planificación, calidad y evaluación con enfoque de género.

4. Proporcionar a profesionales asistenciales indicaciones para la valoración y atención clínica, familiar y comunitaria con perspectiva de género.

5. ANÁLISIS PREVIO PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES

Con este trabajo se trata de mejorar de la equidad de género a la población de Castilla y León en la Estrategia la Atención Primaria en Salud. Para ello se han priorizado las siguientes actuaciones:

5.1. Identificar las herramientas y líneas de trabajo prioritarias en la Estrategia de AP de Castilla y León

Como se ha argumentado en los apartados 2 y 3, existe inequidad y sesgos de género en la atención sanitaria y dentro de esta en la Atención Primaria.

En Castilla y León, no está incorporada la perspectiva de género en salud de manera general, ni en particular en la Estrategia de Atención Primaria. Los datos no aparecen siempre desagregados, ni se hace una evaluación de género en los programas y servicios. No se programa ni se protocoliza teniendo en cuenta las inequidades de género. Incluso el lenguaje no siempre es inclusivo, predominando el masculino genérico. Hasta ahora, sólo la Cartera de Servicios de AP (que fue actualizada en 2019) incluye en su planificación y evaluación la perspectiva de género, tanto en el lenguaje, como en la priorización de servicios y en su evaluación de indicadores la perspectiva de género.

Se han **elegido las herramientas o líneas de actuación que son elementos clave** en la organización de la estrategia de la AP de nuestra Comunidad y que favorecerían la incorporación de la visión de género.

Estas líneas han sido priorizadas como **claves por tener estos elementos:**

-Tener un gran desarrollo en la Comunidad, con conocimiento y utilización por los profesionales y gestores de las mismas para la implementación de programas y actuaciones.

-Tener flexibilidad y posibilidad de actualizaciones y priorización en las mismas

-Ser propuestas de actuación o enfoques propios de la Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria.

Como **elementos claves de gestión** serían: la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** y los **Procesos Asistenciales Integrados** ya que han sido muy difundidas en la Comunidad y tanto gestores como profesionales asistenciales las conocen y las utilizan para sus actuaciones y para la evaluación de sus indicadores.

-El modelo de **intervención asistencial** propio para AP sería la **intervención clínica biopsicosocial** donde debería incorporarse el género como determinante social de la salud.

-Como **líneas prioritarias en AP que se quieren desarrollar** en Castilla y León estarían: la organización de **Grupos Socioeducativos** y las actuaciones de **Intervención Comunitaria**. Estas líneas son las que, tras la actualización de cartera de servicios de AP en 2019 en nuestra Comunidad se quieren potenciar, ya que no tenemos programas desarrollados para su implementación, sino que se realizan de forma puntual y altruista de algunos equipos de AP. Es una excelente oportunidad para realizar programas que tengan en cuenta el enfoque y desigualdades de género.

-Dos **ejes transversales para la consolidación** de este enfoque de género en la AP de nuestra Comunidad serían: la **Formación y la Investigación en AP**. Parece fundamental que la formación y la investigación deben realizarse con perspectiva de género, por ello es importante priorizarlas para poner el foco y las actuaciones necesarias.

5.2. Definición de criterios transversales de género.

Se definen unos criterios transversales de mejora en todas las líneas de actuación elegidas en el apartado anterior, aunque revisando cada herramienta y línea de trabajo se realizarán propuestas específicas a cada una de ellas.

Como **criterios transversales de mejora**:

- El **lenguaje** de los documentos, protocolos, programas, etc. debe ser inclusivo y no sexista, así como las imágenes que se propongan para incluir, que no deben

tener contenidos de roles estereotipados. Todo ello, atendiendo al *Artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad efectiva entre hombres y mujeres*.

-Los **grupos de trabajo** que elaboren los protocolos deberán intentar ser lo más paritarios posibles tanto en sexo como en categorías profesionales así como incorporar a agentes de la comunidad. Sería recomendable incorporar en los grupos a personal con formación en salud y género. Esta proporción se especifica en la *Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad efectiva entre hombres y mujeres* con el “principio de presencia equilibrada”.

-**Análisis sexo-género** de los problemas de salud a los que nos enfrentemos, revisando la evidencia científica existente, así como los sesgos de género descritos en el tema. Existen herramientas para ello (SGBA de Canadá ¹⁶ (Figura 1) o Matriz para el análisis de género de la *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach* de OMS Adaptado por PAHO²⁹ (Figura 2)). La metodología consiste en considerar cada problema de salud en sus distintos aspectos: factores de riesgo y vulnerabilidad, accesibilidad a los recursos, consecuencias para la salud y resultados en salud existentes y, para cada uno de estos aspectos valorar cómo influye el sexo (categoría biológica) y cómo se ven afectados cada uno de ellos por los roles de género. Por ejemplo, sobre el tabaquismo como factor de riesgo, existen estudios donde existe mayor vulnerabilidad biológica (sexo) para el cáncer de pulmón debido al tabaco en mujeres y además actualmente existe una mayor vulnerabilidad para que las chicas jóvenes fumen, debido a la construcción de los roles sociales (género).



Figura .1 Gender-based Analysis Plus (GBA+) herramienta desarrollada por Status of Women Canada.

Problema de Salud	Análisis de Género	
	¿Cómo las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en los hombres y las mujeres?	¿Cómo los roles y las normas de género afectan la salud de los hombres y las mujeres?
Riesgos para la salud y vulnerabilidad		
Capacidad de acceder y usar los servicios de salud		
Resultados en la salud y consecuencias de los problemas de salud (por ejemplo, económicas y sociales)		

Figura 2. Matriz para el análisis de género de un problema de salud elaborada por PAHO basada en WHO Gender Analysis Matrix.

- **Programar con perspectiva de género** desde el principio de la elaboración de un programa o protocolo de cualquier tipo: análisis de situación, objetivos, planificación de las condiciones y accesibilidad del servicio, creación de indicadores, etc. Se trataría de analizar cada aspecto del proceso con enfoque de género e incluir los cambios que sean necesarios para disminuir las inequidades. Como referencia pueden estar los programas citados en el análisis sexo-género.

-**Desagregación de los datos por sexo** y realización de **análisis de género en las evaluaciones** de estos programas. Así lo señala la Disposición Adicional Octava sobre modificaciones de la Ley General de Sanidad la *Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad efectiva entre hombres y mujeres*.

6. PROPUESTAS DE MEJORA APLICADAS A LA ESTRATEGIA DE AP EN CASTILLA Y LEÓN

Tras el análisis realizado, se aportan unas propuestas para la incorporación de la perspectiva de género en cada una de los elementos clave priorizados. Se trata de una serie de **Innovaciones en la Estrategia de Atención Primaria** para incorporarlas en la gestión de programas, la intervención con la población, así como en la formación e investigación de profesionales.

6.1. INTERVENCIÓN CLÍNICA BIOPSIOSOCIAL Y CON ENFOQUE DE GÉNERO

Desde que fuera descrito hace más de 40 años, el Modelo de atención Biopsicosocial (George Engel, 1977; Jorge Luis Tizón, 1995; Ronald Epstein, 2001) sigue siendo de referencia en la intervención clínica en Atención Primaria³⁰. Entre los determinantes de salud que se deben valorar en este abordaje integral, el género es fundamental e interacciona con otros determinantes sociales y estructurales como la clase social, nivel cultural y etnia, situación laboral, estado civil, etc³¹.

Los **estilos de vida, las conductas en la esfera de la salud, la vivencia de enfermar**, están marcados de una forma clara por los roles de género y es necesario su análisis para poder abordarlos adecuadamente.

La importante **sobrecarga física y emocional** en muchas mujeres fruto de realizar un mayor esfuerzo y dedicar más tiempo al trabajo doméstico y los **cuidados familiares**, va a afectar en gran medida su salud y su calidad de vida ^{32 33 34}.

Además hay que tener en cuenta que las mujeres que necesitan cuidados disponen de peor cobertura de cuidados familiares que los hombres.

Como nos indica María Ángeles Duran en “La riqueza invisible del cuidado”³⁵ el perfil de persona cuidadora en España sería:

1.	Mujer
2.	Edad entre 50 y 80 años
3.	No tiene empleo , si lo tuvo ha tenido que abandonarlo
4.	Dedica más de 40 horas semanales al cuidado del dependiente. No es raro que esta cifra se duplique o triplique
5.	Tiene dificultades económicas
6.	Asume casi en exclusiva el cuidado del dependiente. Tiene dificultad para mantener relaciones sociales
7.	Lo hace durante largos años , y su expectativa es que seguirá haciéndolo
8.	Padece patologías múltiples , especialmente cansancio, carencia y trastornos del sueño, dolores de espalda y, frecuentemente, depresión.
9.	No tiene tiempo ni oportunidad de cuidarse a sí misma/o
10.	Siente miedo respecto a su futuro

Muchos malestares o problemas psicosomáticos que ocasionan consultas al sistema sanitario, sobre todo a Atención Primaria, pero también a otras especialidades, son influenciados por estos condicionantes sociales, siendo mucho más frecuentes en mujeres. El **enfoque biopsicosocial incluyendo el género** en el ámbito de la intervención clínica, proporciona un abordaje integral y favorecer la mejoría clínica de las personas, sobre todo mujeres, con estos malestares inespecíficos³⁶.

El profesional se tendrá que hacer las preguntas que se aportan en el [Anexo 1](#), Apartado 2: Intervención Clínica Biopsicosocial.

A veces estos síntomas poco específicos también son consecuencia del maltrato o violencia de género que padecen muchas mujeres, incluso no percibido por ellas³⁷ y este abordaje permitiría detectarlo.

Como ya se ha comentado en el apartado de antecedentes, no existe neutralidad en la observación del profesional, sino que nuestra percepción e interpretación de la narrativa de una persona va a pasar por el filtro de nuestras propias experiencias, creencias, cultura, socialización... Sólo el o la profesional que reconoce el alcance

limitado de su posición podrá ampliar su visión de la realidad. Por eso es importante tener en cuenta las creencias causales de las y los pacientes sobre lo que les pasa, validar sus conocimientos sobre sus experiencias, favoreciendo su empoderamiento frente a estos factores y roles que la afectan.

La **promoción de sus propias cualidades de resiliencia internas** (cómo resolvió otras dificultades, valorar todos sus logros en la vida) y los apoyos externos con los que cuenta (familia, amigos, actividades artísticas u otras que le proporcionan emociones positivas) supone un abordaje necesario, muy útil por ejemplo en mujeres que sufren violencia de género³⁸.

Esta atención centrada en la persona favorece la posibilidad de que tome **responsabilidad y participación en su proceso**³⁹ evitando la medicalización innecesaria.

6.2. LA CARTERA DE SERVICIOS AP

SERVICIOS		Cobertura Alcanzada		
Código	DE POBLAC	Hombres	Mujeres	Total
101a	Vacunación menores de 2 años			95,34
101b	Vacunación menores de 2 años			95,74
101c	Vacunaciones infantiles triple vírica			87,91
102	Vacunaciones infantiles 14 años			95,25
103	Actividades preventivas en neonatos y lactantes			
103	Actividades preventivas de 2 a 5 años	95,22	95,43	95,32
104	Actividades preventivas de 6 a 14 años	88,54	88,97	88,75
106	Prevención de la Caries Infantil (6 -14 años)	21,12	21,44	21,27
110	Actividades preventivas de 15 a 19 años	25,75	29,42	27,58
200	Atención a la mujer embarazada		92,36	92,36
202	Educación a grupos de madres y padres		82,60	82,60
203	Visita en el primer mes de postparto		95,05	95,05
206	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix		39,68	39,68
208	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama		58,12	58,12
209	Atención a la Mujer en el Climaterio		35,74	35,74
210a	Cribado de violencia de género		10,24	10,24
302	Diagnóstico Precoz de cáncer colorrectal	30,76	35,77	33,24
304	Actividades preventivas de 20 a 75 años	64,92	78,08	71,45
318a	Actividades preventivas en mayores de 75 años	81,51	80,76	81,06

SERVICIOS		Prevalencia Alcanzada		
Código	DE POBLAC	Hombres	Mujeres	Total
107	Atención a niños y niñas con asma	8,56	5,70	7,17
210b	Atención a las mujeres víctimas de violencia		0,30	0,30
305	Atención a personas con Hipertensión arterial	22,75	24,31	23,57
306	Atención a personas con Diabetes	9,39	7,43	8,39
307	Atención a personas con EPOC	4,81	1,88	3,29
308	Atención a Personas Obesas	8,89	10,66	9,79
309	Atención a personas con Dislipemia	27,16	27,16	27,16
311	Educación a grupos de personas diabéticas	0,01	0,01	0,01
313	Atención Domiciliaria a personas Inmovilizadas	1,60	2,54	2,12
314	Cuidados paliativos	0,17	0,15	0,16
315	Atención a personas bebedoras de riesgo	1,82	0,22	1,00
316b	Atención a personas ancianas de riesgo	82,73	86,47	84,97
317a	Atención a personas cuidadoras	1,03	2,40	1,78
317b	Educación a grupos de personas cuidadoras	0,01	0,02	0,02
320	Atención a personas fumadoras	3,61	2,69	3,14
321	Atención a personas con demencia	2,93	5,37	4,29
400	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	1,63	3,38	2,52
401	Cirugía Menor	0,94	1,06	1,00

Imagen 3 y 4. Ejemplo de Cartera de servicios de AP Castilla y León. 2018

En Atención Primaria contamos con una herramienta de organización muy importante que es la Cartera de Servicios (CS) de AP que define el conjunto de actividades desarrolladas por los profesionales de Atención Primaria, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática.

Las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (1981-2002) han permitido desarrollos y enfoques distintos de sus CS AP, pero se mantienen unos principios generales entre ellos el de equidad en la atención proporcionada en la población (aunque no se especifique en muchas de ellas la equidad de género).

Siendo la Cartera como hemos dicho un elemento de priorización de servicios y políticas sanitarias, una herramienta de evaluación de la AP y una base para la mejora de la calidad de la atención, su elaboración, análisis y evaluación con perspectiva de género sería una forma de mejorar sin duda la salud de las mujeres y los hombres.

Analizando por sexo los resultados de cobertura de la Cartera se visualiza la mayor frecuentación de las mujeres a las consultas de AP, su mayor implicación en las actividades preventivas, grupos de apoyo a la crianza, servicio de atención a la persona cuidadora, servicios de ansiedad y depresión. También observaremos servicios de atención o procesos asistenciales en los que son más frecuentes las mujeres, sobre todo los que tengan que ver con procesos crónicos, demencia, pluripatología crónica compleja, etc.

Analizando por género la CS de AP podemos analizar las causas de estas diferencias detectadas entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta los roles sociales, sobrecargas, incluso sesgos que podemos tener los profesionales en la atención. Esto nos puede ayudar a redirigir recursos o reorganizarlos para favorecer la equidad.

Por ejemplo, en el último informe de Evaluación de la Estrategia de Cronicidad del SNS de Julio de 2019, se observa que las mujeres mayores de 80 años reciben relativamente más visitas sanitarias a domicilio que los hombres de esa edad⁴⁰. Esto puede tener que ver con que son las que más habitualmente viven solas y reciben menos cuidados⁴¹. Debemos tenerlo en cuenta para ayudarlas a recibir más recursos sociales o asistentes personales.



Imagen 5: Fuente: Evaluación de la Estrategia de Cronicidad del SNS de Julio de 2019.



Imagen 6: Asociación Benéfica Geriátrica basado en INFORME 2016 Las Personas Mayores en España. IMSERSO

Otro ejemplo, analizando los programas de pacientes expertos en diabetes en Castilla y León, se detectó que suelen ser hombres en estado de jubilación (en una proporción mayor de la que nos indicaría su prevalencia). Probablemente las mujeres en esta misma situación tengan mayores dificultades para conciliar las tareas de cuidadoras de nietos/as y personas dependientes a su cargo. Además las mujeres de estas edades pueden no sentirse con capacidades de liderazgo para tutelar un grupo de pacientes a los que enseñar sus autocuidados, y quizá por eso hay que potenciar su liderazgo en los grupos de pacientes.

Planificando con perspectiva de género: nos permitirá cambiar los horarios de actividades para que puedan asistir todos y todas las pacientes independientemente de sus roles, se podrá trabajar la corresponsabilidad en la consulta para que acudan más hombres a grupos de crianza, se realizarán grupos de intervención para malestares trabajando roles de género, se promoverá la captación de hombres para las actividades preventivas, se realizará atención comunitaria para trabajar en los colegios la igualdad y la prevención de la violencia de género, etc.

Además de la atención a las distintas patologías que, como hemos visto, tienen aspectos diferenciales de género, es importante adaptar las **actividades preventivas y de promoción de la salud con esta visión de perspectiva de género**. De esta manera evitaremos que se produzca más patología e incidiremos con nuestras medidas donde más necesario sea: por ejemplo deshabituación tabáquica en chicas jóvenes que actualmente es más prevalente, visibilizar el consumo de alcohol en mujeres y realizar medidas preventivas adaptadas, consejos de alimentación con perspectiva de género en mujeres adolescentes para prevenir

trastornos de la alimentación, promoción de los buenos tratos en la pareja para prevenir la violencia de género.

Es necesario enfocar las estrategias preventivas y de promoción de la salud a las especificidades de exposición a riesgos y a su vulnerabilidad de género y favorecer la participación equitativa de hombres y mujeres.

Sabiendo que los hombres participan menos de las actividades preventivas realizadas en AP, deberíamos promover de forma proactiva su incorporación a estas actividades y tener en cuenta los aspectos de la construcción de la masculinidad que pueden dificultar su asistencia a nuestras consultas.

En el [Anexo 1](#), Apartado 3 se aporta la síntesis de las actuaciones a tener en cuenta.

6.3. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

Actualmente muchas carteras de AP de distintas Comunidades se basan en una serie de Procesos Asistenciales Integrados que consisten en la atención sistematizada de las múltiples necesidades que aparecen en los y las pacientes según su patología o estado de salud y, para el diseño de los mismos, se constituyen grupos de trabajo interdisciplinarios integrados por profesionales clínicos asistenciales de diferentes categorías profesionales y niveles asistenciales, basándose en los criterios de evidencia científica y calidad adecuados. Son una herramienta de mejora de la calidad de los servicios que se prestan en las organizaciones sanitarias⁴².

Elaborando procesos asistenciales sanitarios donde se tengan en cuenta los determinantes psicosociales de la salud y la perspectiva de equidad y de género se evitarán los sesgos y las desigualdades en la atención. Estableciendo **indicadores desagregados por sexo** se podrá analizar el **impacto de género** de dichas medidas.

Para ello, es necesario **valorar las evidencias científicas disponibles acerca de diferencias** en cada patología en hombres y mujeres, además de las diferencias de género en la expresión o percepción de la enfermedad, así como **posibles sesgos o inequidades** que se describen en la literatura. Los procesos asistenciales **fomentarán la accesibilidad y la mayor equidad** en la atención, así como los **autocuidados** en hombres y mujeres y la **corresponsabilidad en los cuidados** de la persona enferma. Además se valorarán las **expectativas de hombres y mujeres**

a la que van dirigidos e incorporarán criterios de valoración de satisfacción por su parte⁴³. En el [Anexo 1](#) se describen estas propuestas de forma sistematizada para facilitar su implementación.

6.4. GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Los grupos socioeducativos en Atención Primaria, son otra herramienta para trabajar malestares o realizar apoyo a grupos de pacientes o personas cuidadoras. Son útiles para ayudar a personas que acuden a los centros de salud a manejar los síntomas emocionales que le llevan a consulta^{44 45}.

Existen varias experiencias en nuestro país de trabajo grupal en AP con perspectiva de género como por ejemplo en Andalucía, Madrid y Asturias. Los más habituales han sido **grupos de mujeres con malestar psicoemocional**, donde se trabajan los roles de género y los problemas por la sobrecarga de los cuidados que padecen muchas mujeres pero también se han desarrollado satisfactorias experiencias con **grupos de hombres con problemas depresivos** al quedarse en paro o tras la jubilación que han afectado a la construcción de su masculinidad convencional^{46 47}.

Otros grupos donde es interesante la perspectiva de género son los **Grupos de Apoyo a cuidadores/as** de enfermos crónicos o personas con problemas de salud mental, grupos de crianza o escuelas de familia, etc. donde es importante trabajar apoyo a los buenos tratos y parentalidad positiva y la corresponsabilidad en los cuidados.

6.5. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Una de las actividades propias e intrínsecas de la Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, es el desarrollo de intervenciones comunitarias entendiéndose como el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos⁴⁸.

La orientación comunitaria de los servicios de salud plantea una estrategia colaborativa, intersectorial y multidisciplinaria que utiliza abordajes de salud pública, de desarrollo comunitario e intervenciones basadas en la evidencia para implicar y trabajar con las comunidades de manera adecuada a sus valores culturales para

optimizar la salud y la calidad de vida de las personas. Para valorar la salud se tendrán en cuenta los determinantes sociales de la misma, la equidad, y la perspectiva más allá del sistema sanitario hacia una necesaria participación comunitaria en salud.

Además, es necesario **valorar los diferentes roles, vulnerabilidad y contribuciones de las mujeres y los hombres en las comunidades** a la hora de plantear una actividad de promoción de la salud, para tratar de que no se perpetúen o empeoren situaciones de inequidad⁴⁹. El género debe evaluarse en relación con otros ejes de desigualdad en la comunidad que muchas veces van a estar íntimamente relacionados.

Es importante que las intervenciones de salud comunitaria **transformen las normas de género** en lugar de reforzarlas con las actividades propuestas y promuevan relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, reforzando así su efectividad.

En varias de las Carteras de Atención Primaria de nuestro país se está tratando de promover y organizar las intervenciones comunitarias que se realizan en la práctica de forma voluntariosa y que requieren del apoyo institucional para ser eficaces y sostenibles. Es importante incluir en esta reorganización de las intervenciones comunitarias el enfoque de género como así lo recomiendan en las últimas publicaciones sobre salud comunitaria ^{26 27}. En el [Anexo 1](#) Apartado 6 se recogen de forma resumida las recomendaciones para su inclusión.

Ejemplos de estas intervenciones serían las acciones de Educación para la Salud en la escuela sobre salud afectivo sexual, en la que es básico trabajar con perspectiva de género para promover la igualdad y prevenir la violencia de género, o en el trabajo comunitario con ciertas etnias o culturas donde los roles de género pueden estar mucho más marcados y es necesario tenerlo en cuenta en el abordaje.

6.6. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN AP CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Para que se incorpore de verdad el enfoque de género en la práctica clínica, debemos empezar por formar a los y las profesionales en esta perspectiva.

Aunque lo ideal es incluirlo desde los **currículums universitarios**⁵⁰, desde la docencia de residentes, dentro de la **especialidad de Medicina o Enfermería Familiar y Comunitaria** se facilitaría el análisis y la intervención clínica teniendo en cuenta el sexo y el género. Es una etapa clave en el aprendizaje de la especialidad,

aunque posteriormente se debe seguir incorporando en los contenidos de la **formación continuada** de los profesionales en ejercicio desde los servicios de formación de las distintas Gerencias.

En cuanto a la investigación en AP, es necesario incorporar el enfoque de género en **todas las etapas del proyecto de investigación**, y los criterios de aceptación de proyectos deben considerarlos como criterio imprescindible de evaluación. Para ello, en la investigación en AP, como en otros ámbitos, debe impulsarse la utilización de guías existentes como las SAGER (Sex and Gender Equity in Research)⁵¹.

En el [Anexo 1](#) se describen unas breves recomendaciones para su incorporación.

7. DISCUSIÓN

Durante la realización del trabajo, se ha objetivado que existe escasa bibliografía sobre la incorporación de la perspectiva de género en AP, aunque sí existen varias guías en nuestro país sobre su inclusión en programas y planes de salud en general. Se han ido analizado las herramientas más importantes que tiene la AP para el desarrollo de sus estrategias y se ha valorado la conveniencia y factibilidad de incorporar en ellas la perspectiva de género.

De esta forma se facilitaría que toda la AP y sus servicios estuvieran ya desde su planificación y creación de indicadores, incorporando el enfoque género y por lo tanto, sería factible su evaluación con esta perspectiva, analizando además el impacto de nuestras actuaciones en la mejora de la equidad.

Su inclusión en los programas y procesos de atención de las diversas patologías facilitaría asimismo a las y los profesionales sanitarios su aplicación en la práctica clínica.

El impacto que tendría esta integración de la dimensión de género en todos los proyectos, planes, protocolos, etc. de salud que afectan a hombres y mujeres, sería importante al conseguir la visibilización de situaciones de partida desiguales y ayudaría a impulsar actuaciones para disminuirlas.

Se han aportado pautas para integrar la dimensión de género en diversas líneas estratégicas de la Atención Primaria desde las herramientas de gestión y

programación, pasando por la intervención clínica, educación grupal e intervención comunitaria y teniendo muy en cuenta la formación e investigación en AP.

La mayor limitación al desarrollo de este proyecto es que los y las profesionales sanitarios, como el resto de la ciudadanía, nos hemos socializado y formado dentro del mismo sistema social y sanitario (patriarcal y androcentrista) donde mayoritariamente no nos han sensibilizado en este tema. Por eso vamos a tener que cambiar nuestro enfoque para ser capaces de detectar y corregir los sesgos que inconscientemente cometemos. Pero este proceso es muy difícil realizarlo individualmente y por ello desde las instituciones sanitarias, universidades, sociedades científicas, publicaciones, etc., se deben facilitar herramientas y procedimientos que faciliten la visibilización de estas inequidades y su modificación.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los sistemas de salud pueden contribuir a las inequidades de género si son insensibles o neutrales al género y por ello nuestra actitud deber ser proactiva para la transformación de estas desigualdades.

En este trabajo se ha tratado la pertinencia de incorporar la perspectiva de género en Atención Primaria transformando las herramientas propias de esta estrategia.

Se han definido unos criterios transversales para todas las líneas de actuación desde la atención primaria: lenguaje inclusivo, grupos de trabajo paritarios, análisis sexo-género de los problemas de salud, programación con perspectiva de género, desagregación de datos por sexo y análisis de género en las evaluaciones.

Se aportan propuestas a través de una serie innovaciones en la Estrategia de Atención Primaria tanto clínicas como de gestión y organización de servicios, que pueden favorecer el llevar a la práctica este enfoque de género en cada uno de los ámbitos de la salud familiar y comunitaria.

Proporcionamos a modo de resumen en el [Anexo 1](#) un **Documento de Apoyo para la incorporación de la perspectiva de género en la Estrategia de Atención Primaria.**

ANEXO. DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. EN TODOS LOS ÁMBITOS DE TRABAJO

- **Utilizar lenguaje inclusivo e imágenes no estereotipadas** de roles de género.
- **Favorecer en los grupos de trabajo la mayor paridad posible** en cuanto a representación de sexo y categorías profesionales, agentes de la comunidad, etc. Sería recomendable incorporar profesionales con formación en salud y género.

2. INTERVENCIÓN CLÍNICA BIOPSIOSOCIAL

- **Análisis Sexo-Género del problema de salud:**
 - **¿Este problema tiene diferencias por sexo (lo biológico)?**
 - Diferencias de mortalidad, incidencia, prevalencia
 - Diferencias clínicas en la manifestación
 - Diferencias en la respuesta al tratamiento o la evolución
 - **¿Este problema tiene diferencias por género (lo social, el rol asignado)?**
 - Diferencias en la percepción de la enfermedad o en los autocuidados de la salud
 - Diferencias en la accesibilidad a los servicios
 - Diferencias socioculturales (costumbres, normas, valores) que puedan afectar
 - **Tener en cuenta las sobrecargas de género:**
 - Cuidados a descendientes o personas dependientes, tareas domésticas...
 - Masculinidad tóxica que hace que se corran mayores riesgos
 - Hábitos de vida propios de los roles de género
- **Visibilización de sus cualidades de resiliencia, responsabilización de su salud y autocuidados. Tener en cuenta las expectativas y deseos.**
- **Valorar la interacción con otros determinantes sociales y estructurales:** estado social, nivel económico, situación laboral, cultura y etnia a la que pertenece, nivel educativo, etc.
- **Autovaloración de los propios sesgos profesionales:** dar más valor a un síntoma en hombres y mujeres, esperar un síntoma o una cierta evolución. Para ello, ayudarse de guías clínicas en las que esté incorporada la perspectiva de género y así trabajar de la forma más objetiva posible.

3. CARTERA DE SERVICIOS DE AP

- **Programar con perspectiva de género** los servicios que se priorizan en la cartera, tratando de obtener una mayor implicación de los hombres en tareas preventivas, de cuidado y autocuidado.
- **Desagregar todos los datos por sexo**, tanto la **cobertura** esperada por prevalencia como la obtenida para detectar desigualdades.
- **Tener en cuenta otros factores** como **accesibilidad, frecuentación, satisfacción**, etc.
- **Analizar los datos obtenidos con enfoque de género** valorando diferencias que puedan deberse a los roles de género o sesgos profesionales.
- **Planificación de género:** favorecer horarios de actividades para que acudan las personas con menor accesibilidad.
- **Indicadores de impacto de género:** que nos ayuden a detectar cómo nuestras actuaciones pueden ir disminuyendo las desigualdades. Por ejemplo mayor implicación de los hombres en grupos de crianza o de cuidadores...

4. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

- **Al realizar un proceso asistencial:**
 - Investigar las **evidencias científicas disponibles en la expresión de las patologías en mujeres u hombres** y las **diferencias de género** en la percepción de las mismas, diferencias socioculturales, hábitos de vida, expectativas diferenciales, potenciales sesgos, etc.
 - Fomentar los **cuidados corresponsables, autocuidado y la autonomía tanto de mujeres como de hombres** en las intervenciones educativas.
 - Tener en cuenta **colectivos diversos** en posible situación de desigualdad de partida para su mejora.
 - Proponer **indicadores desagregados por sexo** para detectar desigualdades no explicables por prevalencia diferencial, etc.
- **Al analizar indicadores:**
 - Realizar **análisis sexo-género** de los datos para considerar si los roles de género influyen en las diferencias encontradas.

5. GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Propuestas con perspectiva de género:

- **Grupos de hombres** con depresión, mala situación laboral o jubilación, que tienen problemas por afectarse la masculinidad convencional.
- **Grupos de mujeres con** malestares, baja autoestima, sobrecargas de cuidados, climaterio, trabajo con roles de género.
- **Grupos de crianza** para trabajar la coeducación, parentalidad positiva y en buenos tratos, corresponsabilidad en los cuidados y tareas domésticas.
- **Grupos de cuidadoras y cuidadores** de personas con enfermedad crónica o problemas de salud mental, incorporando perspectiva de género.

6. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

- Tener en cuenta los **distintos roles de género** que actúan en esa comunidad con especificidades en ciertos **colectivos diversos**.
- Trabajar con grupos comunitarios donde se incluya el **enfoque de género en las distintas intervenciones**:
 - o análisis de la situación: necesidades en la salud y sus determinantes, búsqueda de activos en salud en la comunidad
 - o diseño e implementación de actividades
 - o evaluación del proceso y de la efectividad y eficiencia de las intervenciones
- **Promover la igualdad y equidad** en nuestras actuaciones con la comunidad sobre todo en el ámbito escolar y en las actuaciones con niños y adolescentes.

7. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN AP CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

- **Promover cursos para profesorado** sobre incorporación de la perspectiva de género en salud.
- **Incorporar** en asignaturas, seminarios, sesiones prácticas los **aspectos diferenciales por sexo y las inequidades de género** así como los potenciales **sesgos** descritos en la evidencia científica.
- Realizar **cursos específicos de salud y género** e ir incorporando transversalmente en la **formación continuada** de los profesionales sanitarios el enfoque de género en cualquier problema de salud.
- Incluir criterios para tener en cuenta la **perspectiva de género en el proceso de evaluación de proyectos de investigación** en salud: lenguaje inclusivo, tener en cuenta el enfoque de género en el diseño del estudio, análisis de género del estado de la cuestión, datos desagregados por sexo, y evaluación de resultados con la interacción sexo-género.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Tannenbaum Cara, Ellis Robert P., Eyssel Friederike, Zou James, Schiebinger Londa. Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*. 2019; V.575, 137–146.
- ² Ayemian JZ et al. Differences in the use of procedures between women and men hospitalised for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325:221-5
- ³ The Lancet “Advancing women in science, medicine and global health” Febrero 2019; V. 393.
- ⁴ *Circulation*. 2019; V. 139, Issue 8.
- ⁵ Jovani Vega, Blasco-Blasco Mar, Ruiz-Cantero M^a Teresa. Challenges to conquer from the gender perspective in medicine: The case of spondyloarthritis. *PLoS One*. 2018;13:e0205751.
- ⁶ Clerc Liaudat Christelle, Vaucher Paul, De Francesco Tommaso, Jaunin-Stalder Nicole, Herzig Lilli, Verdon François, et al. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. *Women’s Health* 2018; 14: 1-9.
- ⁷ Delgado Ana, Saletti-Cuesta Lorena, López-Fernández Luis Andrés, Gil-Garrido Natalia, Luna del Castillo Juan. Gender inequalities in COPD decisión-making in primary care. *Resp Med*. 2016; 114:91-96.
- ⁸ Westergaard David, Moseley Pope, Hemmingsen Sørup, Freja Karuna, Baldi Pierre, Brunak Søren. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nat Commun* 2019; 10: 666.
- ⁹ García-Calvente María del Mar, del Río Lozano María, Castaño López Esther, Mateo Rodríguez Inmaculada, Maroto Navarro Gracia y Hidalgo Ruzzante Natalia. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac. Sanit*. 2010; vol.24 no.4.

¹⁰ American Psychological Association, Boys and Men Guidelines Group. *APA guidelines for psychological practice with boys and men*. 2018.

<http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-boys-men-guidelines.pdf>

¹¹ Ruiz M^a Teresa, Verbrugge Lois M. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 106-9.

¹² Durán Ángeles. *La riqueza invisible del cuidado*. Colección Honoris Causa. Universitat de Valencia; 2018.

¹³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud*. España 2017.

https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNacional2017/ENSE17_MOD2_REL.pdf

¹⁴ Samulowitz Anke, Gremyr Ida, Eriksson Erik, Hensing Gunnel. “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: 6358624.

¹⁵ Malterud Kirsti. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000; 32: 603-11.

¹⁶ Sánchez López M^a Pilar (coord.). *La salud en las mujeres*. Análisis desde la perspectiva de género. 1^a Edición. Madrid: Editorial Síntesis; 2013.

(Ver sobre SGBA: Canadian Women’s Health Network:

<http://www.cwhn.ca/en/resources/primers/sgba>

y Sex- and Gender-based Analysis in Action at Health Canada:

<https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate-management-reporting/sex-gender-based-analysis-action.html>)

-
- ¹⁷ Ruiz Cantero M^a Teresa (Coord.). *Perspectiva de Género en Medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, Monografía 39; 2019. <https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>
- ¹⁸ Delgado Sánchez A. Editorial: Salud y género en las consultas de atención primaria. *Atención Primaria*. 2001, Vol. 27. Núm. 2.
- ¹⁹ Carretero María Teresa, Calderón-Larrañaga Amaia, Poblador-Plou Beatriz, Prados-Torres Alexandra. Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden *BMC Women's Health* 2014, 14:145
- ²⁰ Simone Dahrouge, William Hogg, Meltem Tuna, Grant Russell, Rose Anne Devlin, Peter Tugwell, Elisabeth Kristjansson. An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. *BMC Public Health* 2010, 10:151
- ²¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de Abril de 2019.
- ²² Ruiz Cantero MT y Salvador Sánchez L. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. *Sesgos e innovaciones. AMF* 2020;16(5):250-257
- ²³ Amo Alfonso, Mercedes. *Guía para facilitar la incorporación de la Perspectiva de Género en los Planes Integrales de Salud*. Junta de Andalucía. 2008.
- ²⁴ Velasco Arias S. *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Observatorio de Salud de la Mujer. 2008.
- ²⁵ Velasco Arias S, *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Minerva. Madrid. 2009.
- ²⁶ Camarelles Guillem Francisco, Fernandez Alonso Carmen, Galindo Ortego Gisela *Aten Primaria. Aunando esfuerzos en Prevención y Promoción de la Salud con el PAPPS EDITORIAL semFYC*2019; 51(4):195---197.
- ²⁷ Artazcoz Lucía, Chilet Elisa, Escartín Patricia, Fernández Ana. *Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS* 2018.

²⁸ Sastre Paz Marta, Benedé Azagra Carmen Belén. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria de SEMFYC. 2018.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud. 2010.

³⁰ Kusananto Hari, Agustian Dwi, Hilmanto Dany. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018; 7:497-500.

³¹ Velasco Sara, Ruiz M^a Teresa, Álvarez-Dardet Carlos. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 317-333.

³² Del Río-Lozano M, García-Calvente M del M, Marcos-Marcos J, Entrena-Durán F, Maroto-Navarro G. Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers. *Qual Health Res*. 2013 Nov; 23(11):1506-20.

³³ Del Río Lozano M, García-Calvente MDM, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res*. 2017 Dec;26(12):3227-3238.

³⁴ Rodríguez-Madrid María Nieves, del Río-Lozano María, Fernandez-Peña Rosario, Jiménez-Pernett Jaime, García-Mochón Leticia, Lupiañez-Castillo Amparo, García-Calvente María del Mar. Gender Differences in Social Support Received by Informal Caregivers: A Personal Network Analysis Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 91.

³⁵ Durán Heras MA. La riqueza invisible del cuidado. Colección Honoris Causa. Universitat de Valencia. 2018.

³⁶ Velasco Arias, Sara. Evaluación del programa de atención biopsicosocial a los síndromes del malestar en atención primaria. Departamento de Salud Valencia

Clínico Malva-Rosa Escuela Valenciana de Estudios de la Salud Dirección General de Farmacia. Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana. 2015.

³⁷ Sonogo Michela, Gandarillas Ana, Zorrilla Belén, Lasheras Luisa, Pires Marisa, Anes Ana, Ordobás María. Unperceived intimate partner violence and women's health. Violencia de pareja no percibida y salud de las mujeres. Gac Sanit. 2013; 27(5): 440–446.

³⁸ Salvador Sánchez Lydia, Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. Journal of Feminist, Gender and Women Studies 2015, 1: 103-113.

³⁹ Velasco Sara. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

⁴⁰ Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019.

http://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf

⁴¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). INFORME 2016 Las Personas Mayores en España. 2017.

https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

⁴² Gomisa R, Mata Cases M, Mauricio Puente D, Artola Menéndez S, Ena Muñoz J, Mediavilla Bravo JJ, Miranda Fernández-Santos C, Orozco Beltrán D, Rodríguez Mañas L, Sánchez Villalba C, Martínez JA. Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados (PAI). Rev Calid Asist. 2017;32(4):234-239.

⁴³ Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Guía de Integración de la dimensión de género en los Procesos Asistenciales Integrados. 2007.

⁴⁴ Iáñez Domínguez Antonio, Álvarez Pérez Raúl, García-Cubillana de la Cruz Pablo, Luque Ribelles Violeta, Morales Marente Elena y Palacios Gálvez María Soledad. La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit.* 2019;33(4):398–400.

⁴⁵ Rodríguez Fernández-Viagas Cristina, García Gil Carmen, Bayo Barroso Nora, Villalba Quesada Cristina y Álvarez Girón Manuela. Implantación de un programa de promoción de la salud de las mujeres en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit.* 2018;32(6):584–587.

⁴⁶ Secretaría General de Salud Pública y Participación Consejería de Salud Junta de Andalucía. Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). 2011.

⁴⁷ Instituto de la Mujer Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los grupos de mujeres Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. 2012.

⁴⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización.

⁴⁹ Migliorini Laura, Rania Nadia, De Piccoli Norma. Gender matters and the challenge for improving community health and well-being. *Journal of Prevention & intervention in the community.* 2019; Jun 11:1-8.

⁵⁰ Ruiz-Cantero María Teresa, Tomás-Aznar Concepción, Rodríguez-Jaume, María José, Pérez-Sedeño Eulalia, Gasch-Gallén Ángel. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. *Gaceta Sanitaria.* Volume 33, Issue 5, September–October 2019, Pages 485-490.

⁵¹ Heidari S. et al. Equidad según sexo y género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *GacSanit.*2019;33(2):203–210.