

MONOGRAFÍA

DEONTOLOGÍA  
MÉDICA DESDE LA  
PERSPECTIVA DE  
*género*

Un documento del  
Observatorio de  
Género y Profesión  
de la Organización  
Médica Colegial

OMC 

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

4.

LA EQUIDAD  
DE LA  
**DESIGUALDAD**

10.

UN ANÁLISIS  
**ÉTICO**  
DESDE LA  
PERSPECTIVA  
DE **GÉNERO**

16.

RETOS  
ÉTICOS EN  
LA ATENCIÓN  
**SANITARIA**  
A MUJERES Y  
COLECTIVOS  
VULNERABLES



22.

MUJER Y  
PROFESIÓN  
**MÉDICA**

28.

SESGOS DE  
GÉNERO:  
DESDE LA  
**INVESTIGACIÓN**  
HASTA LA  
CLÍNICA

34.

UNA  
VENTANA  
PARA LA  
IGUALDAD  
Y LA  
**DIVERSIDAD**  
DE LA  
PROFESIÓN  
EN EUROPA



1.

LA EQUIDAD  
DE LA

# desigualdad



**María Castellano Arroyo**

*Catedrática de Medicina Legal.  
Académica de Número de la Real  
Academia Nacional de Medicina.  
Miembro de la Comisión Andaluza  
de Deontología Médica y ex vocal de  
la Comisión Central de Deontología*





El término igualdad hace referencia a un reparto igual entre aquellos a los que va destinado el bien o recurso que se reparte. El término equidad se refiere a un reparto más próximo a lo justo, ya que al repartir se tiene en cuenta las circunstancias de aquellos que reciben este bien o recurso. Atendiendo a ello vamos a plantearnos con la necesaria economía de extensión, algo que ha sido motivo de debate jurídico, médico, social y ético-deontológico: La protección de la mujer en la violencia de género, situación que reconoce una agravación de las penas para las conductas agresivas, cuando estas son ejecutadas por un hombre contra una mujer, en un contexto relacional, lo que no sucede en caso contrario. Ante esto cabe preguntarse si la Ley de Protección Integral de la Mujer en la Violencia de Género es una Ley injusta, por la desigualdad de trato, o es equitativa por atender a unos fines reparadores y educativos, tradicionalmente mantenidos por *una arraigada estructura desigualitaria que la considera un ser inferior*, desde una cultura patriarcal y machista en sus raíces y ejecución.

## ASPECTOS SOCIALES DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Durante siglos la mujer ha sido pieza clave de la sociedad: como madre y educadora de los hijos era la artífice de la personalidad de quienes iban a integrar la generación siguiente, en sus valores, sus inquietudes, sus proyectos... Sin embargo, lo habitual fue silenciar sus méritos, en todos los órdenes, ocultándolos en el protagonismo de padres, esposos, hijos, compañeros, etc. Compartía, hace poco con Santiago Posteguillo, en la entrega de premios de la Federación de mujeres progresistas, que para escribir su novela "Julia" y rescatar este personaje histórico, había tenido que hacerlo a través de lo escrito sobre su padre, su esposo e hijos, emperadores romanos, en cuyas acciones Julia había tenido una participación notable.

El papel sumiso de la mujer, adaptada a una organización familiar patriarcal era lo adecuado y establecido socialmente. Hasta nuestros días, esa sumisión era la regla, y aunque podía existir respeto, todo favorecía la imposición de las ideas del varón y el olvido de la propia personalidad de la mujer en aras de satisfacer los deseos y gustos del padre, esposo, compañero, jefe, etc., esto podía manifes-

tarse en cosas simples como normas de comportamiento, la organización doméstica, el vestirse, o con quién relacionarse, y todo ello basado en una dependencia emocional y económica.

Los cambios sociales y educativos del siglo XX fueron creando en las mujeres la conciencia de autoestima y de autonomía, paralela a la equiparación de derechos con los hombres (derecho al voto, formación universitaria, mayoría de edad, propiedad sobre lo suyo, valor de sus decisiones, etc.). Surgió así una mujer reivindicativa de un reconocimiento a su persona y a su incorporación a un mundo laboral, político, cultural, etc.

### ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

A nivel doméstico y en la medida en que el grupo social gozaba de mayor desarrollo educativo, se fueron haciendo públicos conflictos familiares que acababan en actuaciones agresivas del padre o marido que, para mantener la autoridad recurrían a amenazas, castigos o claro uso de fuerza física, que a veces acababa en lesiones, sin consecuencias para el autor de las mismas. La muerte como expresión de dominio se empezó a hacer presente entre nosotros con notoriedad pública en 1997 y se empezó a llevar contabilidad en 2013, encontrándonos en febrero de 2025 con el número de 1022 mujeres fallecidas a manos de su pareja y 1862 huérfanos.

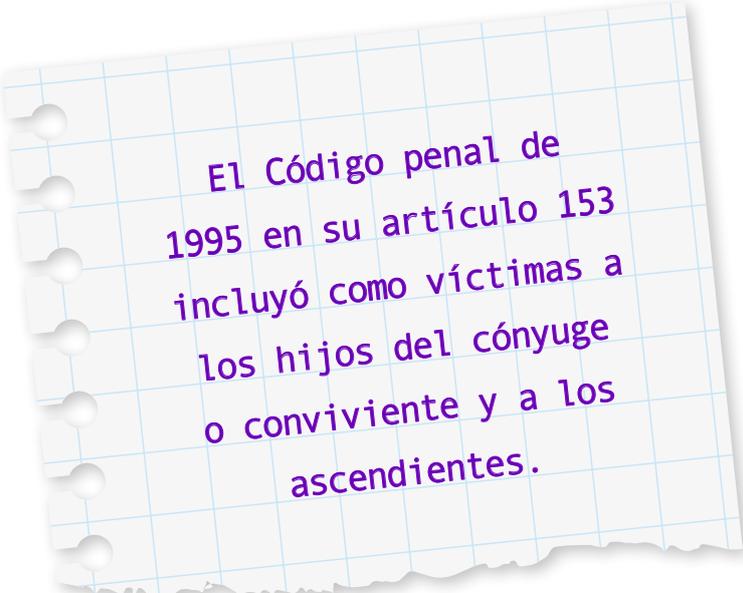
En mi actividad médico-forense fue en 1987 cuando empecé a conocer directamente el sufrimiento de muchas mujeres para las que denunciar era aceptar un riesgo con pocas esperanzas de encontrar la suficiente y necesaria protección. Sin embargo, el problema se puso sobre la mesa y el camino de afrontarlo estaba trazado.

Hasta el año 1989 las lesiones entre las personas se correspondían con el delito de lesiones en el que se castigaba el daño ocasionado con independencia del sexo de la víctima y del agresor. Fue la reforma del Código penal de 21 de junio de 1989 la que en el artículo 425 dijo: *"El que habitualmente y, con cualquier fin, ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos sujetos a la patria potestad, o pupilo, menor o incapaz*

*sometido a su tutela o guarda de hecho, será castigado con la pena de arresto mayor". Se castigaba ejercer la violencia física en el ámbito familiar algo contrario al deber de protección y cuidados hacia las personas con las que se forma una familia.*

El Código penal de 1995 en su artículo 153 incluyó como víctimas a los hijos del cónyuge o conviviente y a los ascendientes, *con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponderse con el daño causado".*

La reforma de 1999 incluyó la violencia psíquica y añadió a la relación actual la que hubiera finalizado, ya que la realidad mostraba que, precisamente la ruptura de la pareja, las separaciones o divorcios eran motivo de agravación de la violencia en todas sus formas, aunque ya no existiera la relación de afectividad anteriormente contemplada.



**El Código penal de 1995 en su artículo 153 incluyó como víctimas a los hijos del cónyuge o conviviente y a los ascendientes.**

La Ley Reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de violencia doméstica (30 de julio de 2003) introdujo importantes medidas judiciales tanto en el orden penal como en el civil, siempre en beneficio y protección de las víctimas (prisión provisional, alejamiento atribución de la vivienda...).

La Ley Orgánica 11/2003 de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, extranjería y violencia doméstica, elevó las faltas a la categoría de delito, y fue la Ley Orgánica 1/2004 de protección integral contra la violencia de género, en la que las

faltas se consolidan medidas judiciales (Art. 153... golpear o maltratar de obra sin ocasionar lesión..., pasando el contenido del artículo 153 al 173, añadiéndosele: "Trato degradante y vejatorio, menoscabo integridad moral..." y endurecimiento de las penas. El artículo 1 dice: *"esta Ley tiene por objeto actuar contra la violencia, que como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia".*

La Ley Orgánica 1/2015 de reforma del Código penal mantuvo la modificación de la redacción del artículo 153 que dice": 1 *El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión de menor gravedad de las previstas en el apartado 2 del artículo 147 o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aún sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de 6 meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días, y en todo caso, privación de derecho a la tenencia y porte de armas de 1 año y un día a 3 años, ...".*

En noviembre de 2018 el Pacto de Estado para la Violencia de género (B-O. del Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados), con medidas en todos los órdenes: sanitario (en el ámbito asistencial de las víctimas), laboral, social, jurídico, educativo, etc

El hecho de que una misma conducta (causar un daño físico o psíquico por cualquier procedimiento) tenga un tratamiento jurídico diferente, ya que el delito que se tipifica es el ejercicio de violencia de un hombre sobre una mujer por el hecho de ser mujer y de ejercer un papel dominante sobre ella, podría considerarse como algo no equitativo o no atento a la igualdad, ya que no recibe el mismo castigo si esa acción agresiva o violenta la ejerce una mujer sobre un hombre.

Por eso, el título de "La equidad de la desigualdad". Todas las normas jurídicas respetan el mandato constitucional de la igualdad ante la Ley y somos tratados en igualdad, cuando los jueces aplican estas leyes.

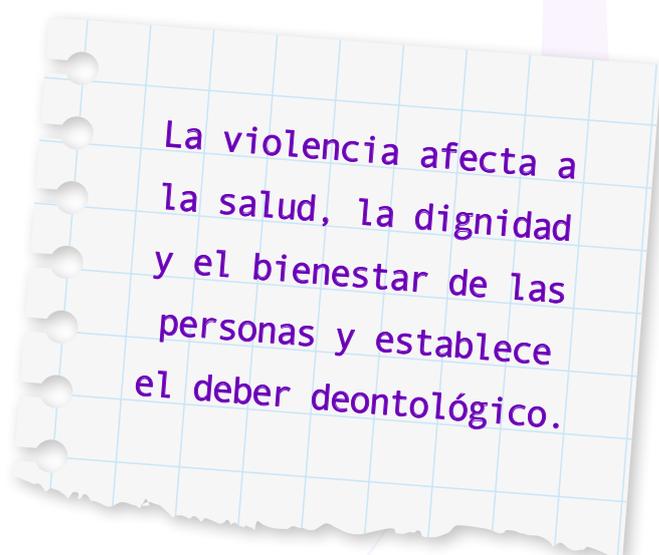


Las Leyes contra la violencia doméstica o familiar y las específicas de violencia de género fueron aprobadas por el Parlamento con una mayoría absoluta. La regulación llevó en el año 2008 a la presentación de un Recurso de inconstitucionalidad planteado por el Juzgado 2 de Albacete respecto al artículo 148.4 del Código penal en su redacción originada por el artículo 36 de la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género. Esto se había visto precedido de escritos, debates e intervenciones, que consideraban que el trato jurídico-penal de la violencia de género contravenía el artículo 14 de la CE de la igualdad de los españoles ante la ley.

El recurso de inconstitucionalidad contenía argumentos de los que reproducimos algunos: discriminación negativa del varón..., recurriendo a un Derecho penal de autor frente a lo tradicional en derecho penal basado en el hecho; o bien tener como base datos estadísticos de agresiones que constituyen criterios legislativos comprometiendo la dignidad de los hombres a los que considera maltratadores en potencia y a las mujeres víctimas vulnerables en situación generalizada de riesgo. Otro argumento es la vulneración de la presunción de inocencia, ya que la mera denuncia de la mujer hacia quién es o haya sido su cónyuge o pareja se va a considerar cierta, siendo el hombre el que deba probar la falsedad de la misma, con la presunción de que el marco es una relación desigual y de poder del hombre sobre la mujer. La consideración de personas "especialmente vulnerables" se considera en el recurso opuesta a la lex certa o seguridad jurídica. Todos estos argumentos fueron rechazados por la abogacía del Estado en representación del Gobierno. En la misma línea actuó la Fiscalía General del Estado.

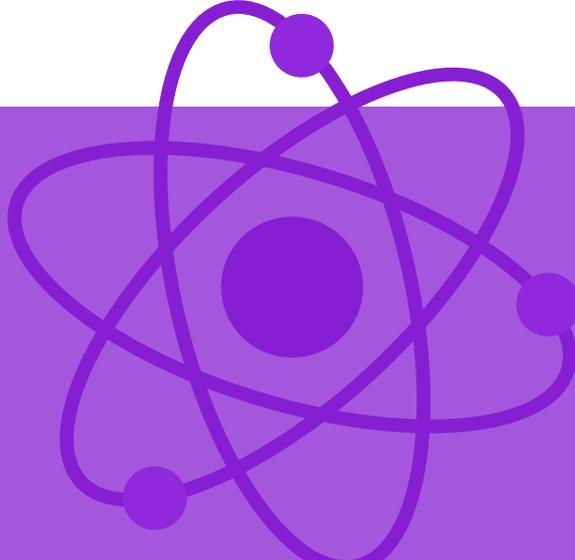
El TC consideró respecto a la igualdad que el legislador está legitimado para determinar los bienes protegidos, los comportamientos penalmente reprobables y la cuantía de las sanciones penales, así como la intensidad de las mismas respecto a las conductas que pretende evitar. Defiende, asimismo que la voluntad del legislador es sancionar unas agresiones que son más graves y más reprochables socialmente a partir del contexto relacional en el que se producen y a partir también, de que estas conductas derivan de la desigualdad en el ámbito de las relaciones de pareja, de gravísimas consecuencias para quién de un modo constitucionalmente intolerable

ostenta una posición subordinada (STC 59/2008, de 14 de mayo; SSTC 45/2009, de 19 de febrero) y 127/2009 de 26 de mayo). La exigencia para la igualdad es "que los supuestos de hecho iguales sean tratados idénticamente en sus consecuencias jurídicas y que, para introducir diferencias entre ellos, tenga que existir una suficiente justificación de tal diferencia, que aparezca al mismo tiempo como fundada y razonable, de acuerdo con criterios y juicios de valor generalmente aceptados, y cuyas consecuencias no resulten, en todo caso, desproporcionadas" (STC 200/2001, de 4 de octubre). Otro fundamento jurídico es la finalidad de la Ley de prevención de las agresiones del hombre hacia la mujer como manifestación de dominio en un contexto desigual, para proteger su vida, su integridad psicofísica y su salud, así como su dignidad. A todo ello respondió el TC en Sentencia 41/2010, de 22 de julio, desestimando todos los argumentos del recurso de inconstitucionalidad, lo que dejó zanjada la cuestión.



La violencia afecta a la salud, la dignidad y el bienestar de las personas y establece el deber deontológico.

Desde la profesión médica el compromiso de la lucha contra la violencia no ha dejado lugar a dudas. Como ejemplo de síntesis destacamos el Código de Deontología Médica (2022) que dedica su capítulo XVIII a la atención a la violencia (artículos 72, 73 y 74). Reconoce que la violencia afecta a la salud, la dignidad y el bienestar de las personas y establece el deber deontológico (más exigente en la calidad y la personalización del acto médico que el deber legal) de combatirla y especialmente cuando afecta a personas vulnerables; todos los deberes en la prevención, detección, tratamientos y cuidados de las víctimas son considerados como de especial atención médica en la que estamos comprometidos todos los médicos.



UN ANÁLISIS *ético*  
DESDE LA  
PERSPECTIVA DE  
*género*



**Pilar Martínez García**

Secretaria de la Comisión  
Andaluza de Deontología  
Médica. Consejo Andaluz de  
Colegios de Médicos (CACM)

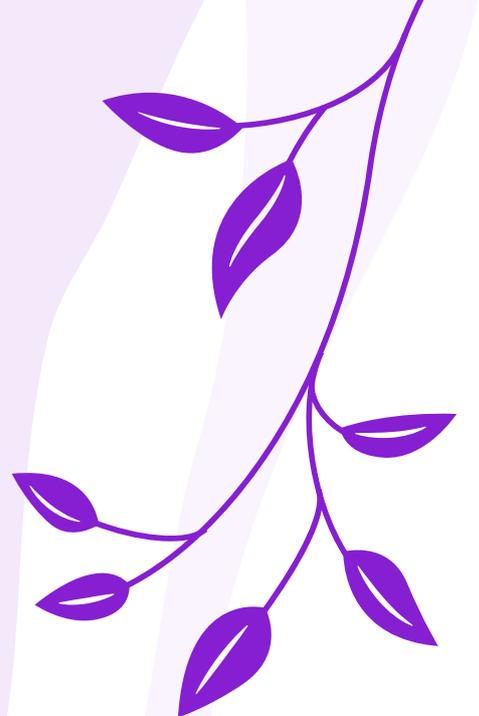


La diferencia de género ha sido un tema clave en la ética que plantea preguntas morales y filosóficas profundas. Este análisis explora las implicaciones éticas de estas diferencias y cómo diversos pensadores y teorías las han abordado a lo largo de la historia.

## DEFINICIÓN Y CONTEXTO

El filósofo francés Paul Ricoeur definió la ética como “la vida buena con y para los otros en instituciones justas”. Desde una perspectiva de género, una vida buena sería aquella en la cual no fuera necesario hablar de diferencias de género, permitiendo a cada persona desarrollar su proyecto vital sin sufrir discriminación. La realidad actual, sin embargo, muestra que las diferencias de género siguen siendo un punto central de debate y reflexión en nuestras sociedades. Las personas que enfrentan esta realidad suelen encontrarse con obstáculos y discriminación que limitan su desarrollo y bienestar. En un mundo ideal, el mérito y la capacidad serían los únicos criterios para alcanzar el éxito, pero factores como el género continúan restringiendo el potencial de muchos individuos.

A lo largo de la historia, los roles de género han estado claramente definidos, con las mujeres vistas principalmente como subordinadas a los hombres. Sin embargo, a partir del siglo XIX, esta percepción comenzó a transformarse significativamente. Filósofos y pensadores empezaron a cuestionar estas normas tradicionales, influyendo en la ética y la sociedad. En su obra “El sometimiento de las mujeres” (1869), John Stuart Mill argumentó que la subordinación de las mujeres era injusta y abogó por la igualdad de derechos. Este pensamiento fue un punto de inflexión en la lucha por la igualdad de género y sentó las bases para futuras reflexiones éticas. Años más tarde, Simone de Beauvoir, en su obra “El segundo sexo” (1949), denunció cómo las mujeres habían sido históricamente relegadas y argumentó que las diferencias de género son construcciones sociales. Su obra influyó en la segunda ola del feminismo y en la forma en que entendemos el género hoy en día.

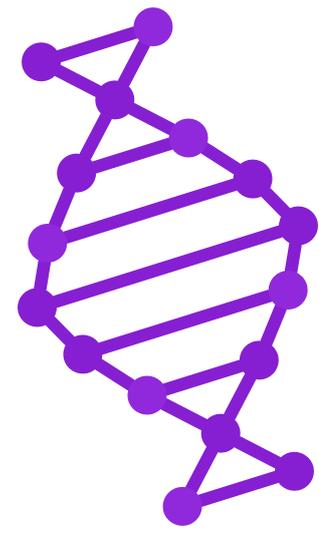


## AVANCES EN IGUALDAD DE GÉNERO EN ESPAÑA

La lucha por la igualdad de género en España ha sido un proceso largo y complejo, marcado por logros significativos y desafíos persistentes. Entre estos avances, cabe destacar la Institución Libre de Enseñanza, fundada por Francisco Giner de los Ríos en 1870, que promovió la educación de las mujeres y fue un pilar importante en el desarrollo del feminismo en nuestro país. También en 1870, Concepción Arenal fundó la Asociación para la Enseñanza de la Mujer, una de las primeras en abogar por los derechos educativos de las mujeres.

Durante la transición democrática, se llevaron a cabo importantes reformas como la supresión del permiso marital en 1975, la legalización del divorcio y la despenalización del aborto. Años más tarde, se aprobaron leyes como la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la Ley Orgánica para la Igualdad de Género, que promovieron la paridad en los ámbitos político, laboral y educativo. A pesar de estos logros, la lucha por la igualdad de género no ha terminado, y siguen aprobándose nuevas leyes y medidas para combatir la desigualdad y garantizar un futuro más equitativo.

La Constitución Española, en su artículo 14, establece que “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Este principio de igualdad es fundamental para abordar y combatir las desigualdades de género en todos los ámbitos de la vida.



## DESAFÍOS ACTUALES EN LA IGUALDAD DE GÉNERO

A pesar de estos avances, aún existen numerosos desafíos que afectan la igualdad de género. A continuación, exploraremos algunos de los principales obstáculos y problemas que enfrentamos en la actualidad:

- ✚ **Brecha salarial de género:** Según el índice Global de Brecha de Género de 2024, publicado por el Foro Económico Mundial, España es el décimo país del mundo con menos dife-

rencias de género y, según el Instituto Nacional de Estadística, la brecha salarial se reduce cada año.

- + **Representación en el liderazgo:** Las mujeres y las minorías de género a menudo están subrepresentadas en posiciones de liderazgo y toma de decisiones. Las organizaciones deben decidir si implementan políticas de acción afirmativa para corregir estas desigualdades. El "techo de cristal" es una barrera invisible que impide que las mujeres asciendan a puestos de liderazgo en el ámbito laboral.
- + **Violencia de género** que afecta de manera desproporcionada a las mujeres. Incluye la violencia física, sexual, psicológica y económica.
- + **Estereotipos de género:** Los estereotipos de género son creencias y expectativas generalizadas sobre los roles y comportamientos adecuados para hombres y mujeres, y pueden limitar las oportunidades y el desarrollo personal de ambos géneros.
- + **Interseccionalidad** es un enfoque que reconoce cómo el género, la raza, la clase social y la orientación sexual se entrelazan y crean experiencias únicas de discriminación y privilegio.

## LA DOBLE RESPONSABILIDAD

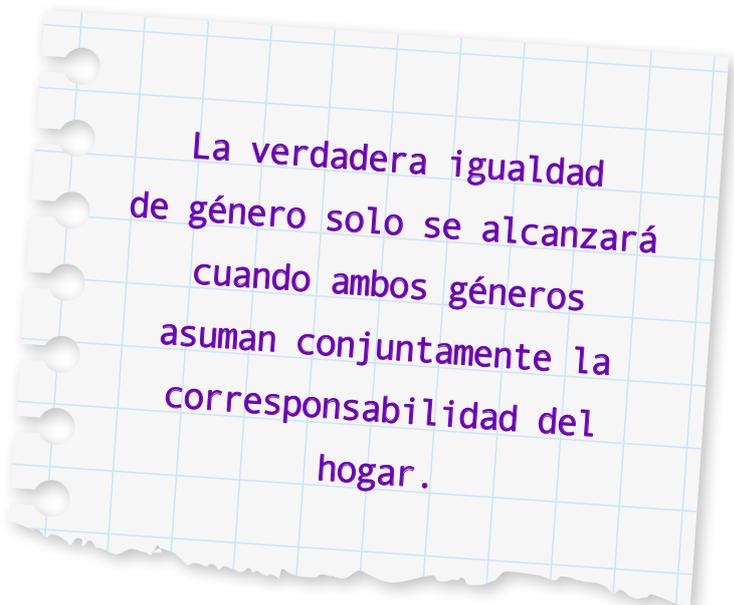
La influencia de los estereotipos de género en la doble responsabilidad es significativa. Estos estereotipos asignan a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado del hogar y la familia, además de sus roles en el ámbito público. La conciliación de la vida familiar y laboral es un desafío significativo que, si bien también puede afectar a los hombres, tradicionalmente ha impactado más a las mujeres debido a estas expectativas sociales. En muchos países, incluida España, se han implementado políticas y medidas para facilitar esta conciliación, como la baja por maternidad y paternidad, la flexibilidad laboral y los servicios de cuidado infantil. Sin embargo, estas oportunidades no siempre son suficientes, ni equitativas.

A pesar de contar con más herramientas y recursos para conciliar la vida familiar y laboral que en el pasado, las mujeres aún enfrentan obstáculos significativos. La carga de las responsabilidades domésticas sigue recayendo desproporcionadamente sobre ellas, lo que limita su capacidad para desarrollarse plenamente en el ámbito profesional.

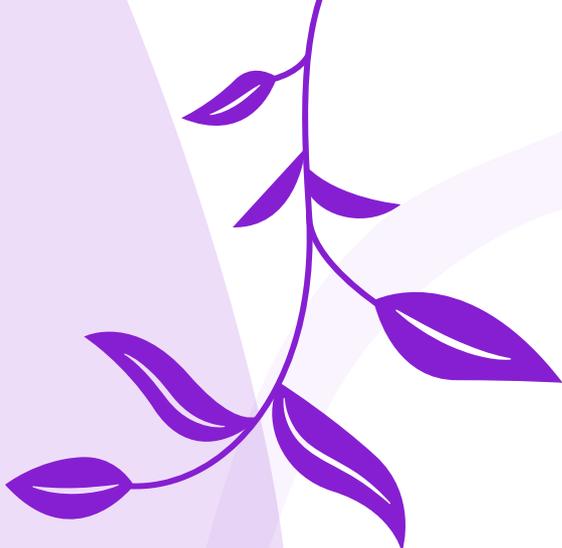
Además, las oportunidades de conciliación pueden variar considerablemente según el sector laboral, el nivel socioeconómico y el apoyo institucional disponible.

Un aspecto crucial en el análisis de la doble responsabilidad es la **ética del cuidado**, desarrollada por la filósofa estadounidense Carol Gilligan. Esta teoría ética pone énfasis en la importancia de las relaciones personales y el cuidado de los demás, valorando las experiencias históricas de las mujeres en roles de cuidado y cuestionando las jerarquías de poder y los roles de género tradicionales que desvalorizan estas tareas. En lugar de simplemente esperar que los hombres 'ayuden' con las tareas del hogar, es fundamental que compartan la responsabilidad del hogar de manera equitativa. Esto incluye la educación y el cuidado de los hijos, el cuidado de los mayores y las tareas domésticas. La verdadera igualdad de género solo se alcanzará cuando ambos géneros asuman conjuntamente la responsabilidad del hogar, creando un equilibrio justo en todas las facetas de la vida.

Además de aliviar la carga sobre las mujeres, la corresponsabilidad fomentará un entorno familiar más igualitario y colaborativo. Es esencial que los hombres se involucren activamente en las tareas del hogar y el cuidado, asumiendo su parte de las responsabilidades. Esto no solo contribuirá a un reparto más equitativo del trabajo doméstico, sino que también permitirá que todos, con independencia del género, puedan desarrollar plenamente sus carreras profesionales sin la carga adicional de una doble jornada.



La verdadera igualdad de género solo se alcanzará cuando ambos géneros asuman conjuntamente la corresponsabilidad del hogar.



Para alcanzar este objetivo, además de legislar, es fundamental **educar en igualdad**. La educación debe comenzar desde una edad temprana, inculcando valores de igualdad y respeto mutuo en los niños y niñas. Es importante que tanto las instituciones educativas como las familias enseñen a los jóvenes a compartir las responsabilidades domésticas y de cuidado, y a reconocer la importancia de la equidad en todos los aspectos de la vida. Solo a través de una educación integral en igualdad de género podremos construir una sociedad más justa y equitativa para todos.

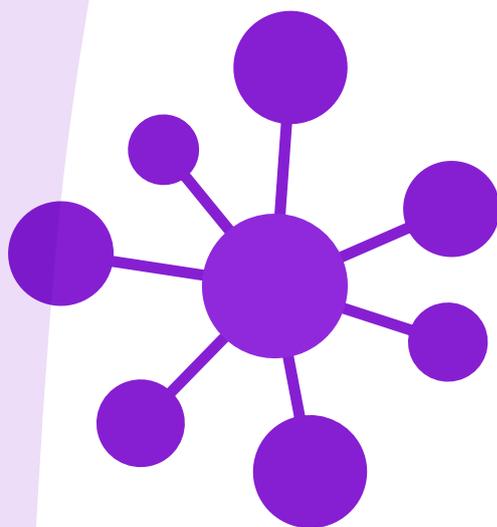
## CONCLUSIONES

La lucha por la igualdad de género ha sido larga y con importantes avances, pero persisten desafíos significativos. La ética del cuidado, la implementación de medidas y la educación en igualdad de género son pilares fundamentales para continuar avanzando hacia una sociedad más equitativa.

Es esencial fomentar la corresponsabilidad en el hogar y reconocer el valor de las tareas domésticas, aliviando así la carga sobre las mujeres y promoviendo un entorno más igualitario y colaborativo. La corresponsabilidad en el hogar permite que todos los miembros de la familia prosperen y alcancen su máximo potencial, tanto en el ámbito personal como profesional.

Es fundamental educar en igualdad de género desde una edad temprana, inculcando valores de igualdad, respeto mutuo y diversidad en los niños y niñas. Es importante enseñar a los jóvenes a compartir las responsabilidades domésticas y de cuidado, y a reconocer la importancia de la equidad en todos los aspectos de la vida.

Es crucial respetar las diferencias de género y promover la diversidad. La educación debe enfocarse en formar personas independientes y autónomas, capaces de desarrollar su proyecto vital sin sufrir discriminación. Solo a través de una educación integral en igualdad de género y el respeto a las diferencias podremos construir una sociedad más justa y equitativa para todos.





# 5.

**RETOS ÉTICOS EN  
LA ATENCIÓN,  
*sanitaria*  
A MUJERES Y COLECTIVOS  
VULNERABLES**



**Marina Gómez Ríos, Pilar Medina  
Rodríguez, Pilar Moreno Paredes**

*Vocales de la Comisión de Ética y Deontología  
del Colegio de Médicos de Cádiz*

**Beatriz Lago**

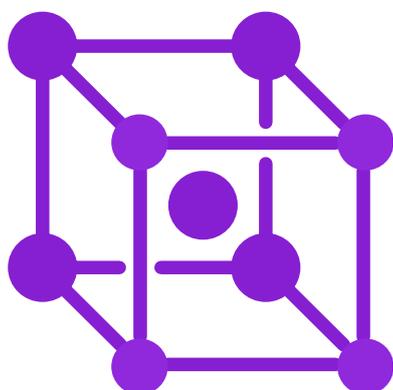
*Asesora Jurídica del Colegio de Médicos de Cádiz*

## RETOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El actual Código de Deontología Médica (CDM) potencia el compromiso de los médicos contra la violencia, declarando que ésta atenta contra la salud, la dignidad y el bienestar de las personas, siendo especialmente grave cuando afecta a personas vulnerables. Es deber deontológico del médico combatir la violencia en su práctica diaria, colaborando activamente para hacer posible su erradicación (Art.72.1).

Sin embargo, sabemos que muchas víctimas de violencia de género son víctimas silenciosas que experimentan ansiedad, angustia, miedo... Es decir, situaciones que la pueden llevar a acudir a su médico de Atención Primaria o a los Servicios de Urgencias de manera reiterada con síntomas muy generales como cefaleas, contracturas musculares, insomnio... En estos casos, el deber deontológico del médico le obliga a comprobar si realmente detrás de esos síntomas la paciente le oculta una situación de maltrato, y para ello el médico se debe interesar por la situación personal y familiar problemática de la paciente, generándole confianza hasta conseguir que la mujer le refiera sus problemas. En el supuesto de que la paciente le confirme que está sufriendo una situación de violencia, el médico le debe proporcionar apoyo, información y orientación adecuada, debiendo activar los mecanismos necesarios para la protección de la víctima (Art. 72.3 del CDM). Puede ocurrir que la paciente le manifieste que está sufriendo algún tipo de violencia pero que tiene miedo y que no quiere denunciar y, ante ese hecho, el médico tiene el deber de cumplimentar de forma veraz, objetiva y prudente los documentos médicos-lega-

El deber deontológico del médico le obliga a comprobar si realmente detrás de esos síntomas la paciente le oculta una situación de maltrato.



les correspondientes a la asistencia de una víctima de violencia, con independencia de la petición sobre este particular que pudiera recibir de la víctima (Art. 72.4 del CDM), sin olvidar que debe activar todos los mecanismos necesarios. Se hace urgente y necesario formar a los médicos en esta materia y que éstos cumplan sus obligaciones éticas y deontológicas, para lo cual sería muy conveniente que los colegios de médicos den un paso al frente en la formación y divulgación de estos deberes éticos y deontológicos. El Código de Deontología Médica guía a los médicos en su actuación con las víctimas de violencia de género en:

- 1** Principio de beneficencia y no maleficencia. El deber del médico es actuar en beneficio del paciente y evitarle cualquier daño (Art. 5) por lo que deben estar capacitado en la atención en violencia de género para identificar signos de violencia, evitar la estigmatización y ofrecer apoyo sin poner en riesgo a la paciente.
- 2** Confidencialidad y secreto profesional. Los médicos deben proteger la privacidad de los pacientes (Art. 26). En violencia de género, este principio se equilibra con la obligación de denunciar en casos de alto riesgo o cuando hay menores implicados o personas vulnerables.
- 3** Autonomía de la víctima vs. intervención obligatoria. Algunas víctimas no desean denunciar ni recibir ayuda, lo que puede enfrentarse con la obligación ética y legal de los profesionales de intervenir en casos de alto riesgo (Art. 9).
- 4** Atención sin discriminación, ni juicios de valor. El código prohíbe cualquier forma de discriminación en la asistencia sanitaria (Art. 4). Es esencial que los médicos eviten prejuicios adoptando un enfoque empático basado en el respeto y libre de estigmatización.
- 5** Colaboración interdisciplinaria. El código señala la importancia del trabajo en equipo y la cooperación con otros profesionales para garantizar la mejor atención al paciente (Art. 37) implicando coordinarse con trabajadores sociales, psicólogos y fuerzas de seguridad para dar una respuesta integral.
- 6** Deber de socorro. Existe una obligación ética y legal de prestar ayuda en situaciones de peligro para la vida o la integridad del paciente (Art. 7), esto justifica la intervención médica en casos donde la violencia pone en riesgo grave a la víctima.

## RETOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA MÉDICA A MUJERES MAYORES

La asistencia sanitaria a víctimas de violencia de género implica desafíos éticos como la detección temprana, la confidencialidad y el respeto a la autonomía. Los médicos deben evitar la revictimización y garantizar una atención empática y libre de prejuicios. La coordinación interdisciplinaria es esencial, siendo clave proteger a menores y dependientes, actuar con objetividad y recibir formación continua para ofrecer una respuesta eficaz y ética. La atención a víctimas de violencia de género encuentra respaldo en el Código de Deontología Médica siendo obligación del médico la de equilibrar estos principios con la obligación de proteger a la víctima y actuar en situaciones de riesgo, siempre en colaboración con otros profesionales.

En 2018, por primera vez, las personas de 65 años o más superaron en número a los menores de cinco años en todo el mundo, y de acuerdo con los informes de perspectivas de población mundial de la ONU, en el 2050, una de cada 6 personas tendrá más de 65 años, una de cada cuatro en la población europea, triplicándose el número de mayores de 80 años. El Instituto Nacional de Estadística estima que el porcentaje de población de 65 años o más, que actualmente es del 20,4%, alcanzaría el 30,5% en el 2055. Una población envejecida en la que las mujeres ocupan un número destacable como se puede observar en diversos estudios, por ejemplo, en las proyecciones del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, en las que el aumento en el número de personas mayores se hace más evidente en el grupo de las mujeres (Tabla I).

Los médicos deben evitar la revictimización y garantizar una atención empática y libre de prejuicios.

A la vista de estos datos, podemos deducir que un elevado número de mujeres pueden verse en situación de fragilidad y dependencia. Circunstancias que, a vez, pudieran condicionar la vulneración de algunos aspectos del Código de Deontología Médica. La OMS define la fragilidad como "el declive progresivo de los sistemas fisiológicos que resulta en una reducción de la capacidad intrínseca". Y la dependencia trae consigo la pérdida de la autonomía para la realización de las actividades diarias y, por consiguiente, la necesidad de ayuda y cuidado por parte de otras personas. En definitiva, el envejecimiento nos deja un elevado número de mujeres en situación de vulnerabilidad que puede llegar a menoscabar la relación médico-paciente.

No cabe duda de que los modelos asistenciales están cambiando con la llegada de la telemedicina y la tecnología. Pero no debemos olvidar que las pluripatologías y la limitación funcional son más frecuentes en pacientes ancianos, en su mayoría mujeres, que muchas veces ni siquiera pueden acudir

TABLA 1

|         |         | 2020             |                 | 2035             |                 |
|---------|---------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
|         |         | (65-79 años)     | (80 y superior) | (65-79 años)     | (80 y superior) |
| hombres | hombres | 489.679          | 158.042         | 726.230          | 247.622         |
|         | mujeres | 561.839          | 267.994         | 817.499          | 273.042         |
|         |         | <b>1.046.518</b> | <b>428.641</b>  | <b>1.543.729</b> | <b>620.664</b>  |

Datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía



a las consultas médicas. El art. 10.1 del Código de Deontología Médica señala la importancia de informar al paciente de cada una de las fases de su proceso asistencial. En consecuencia, quizás debamos plantearnos si cuando informamos de un diagnóstico, damos resultados de pruebas diagnósticas, u ofertamos posibilidades terapéuticas al familiar de una paciente, jurídicamente capacitada, que no puede venir a consulta, en cierta medida, ¿no estamos vulnerando el CDM? Envejecer no debe suponer una merma de los derechos. Fragilidad y dependencia no pueden condicionar el edadismo en materia de salud. Y una posible herramienta para combatir este peligro es acercando la asistencia sanitaria a los domicilios de las pacientes vulnerables.

Una posible herramienta para combatir este peligro es acercando la asistencia sanitaria a los domicilios de las pacientes vulnerables.

## RETOS ÉTICOS EN EL CUIDADO

La Ética del Cuidado surge al comprender el mundo como una red de relaciones de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los demás, que se entiende como una acción en forma de ayuda. El ser humano es vulnerable y dependiente en ciertos momentos en los que no puede cuidar de sí mismo. A lo largo de la historia se ha asignado a la mujer el papel fundamental de cuidadora y protectora de la vida, considerándose que la función natural de la mujer es velar por la alimentación y salud de sus hijos. Esta función se convertirá en una "Ética del Cuidado". Los cuidados tienen rostro de mujer. Numerosos estudios definen el perfil de la cuidadora familiar:

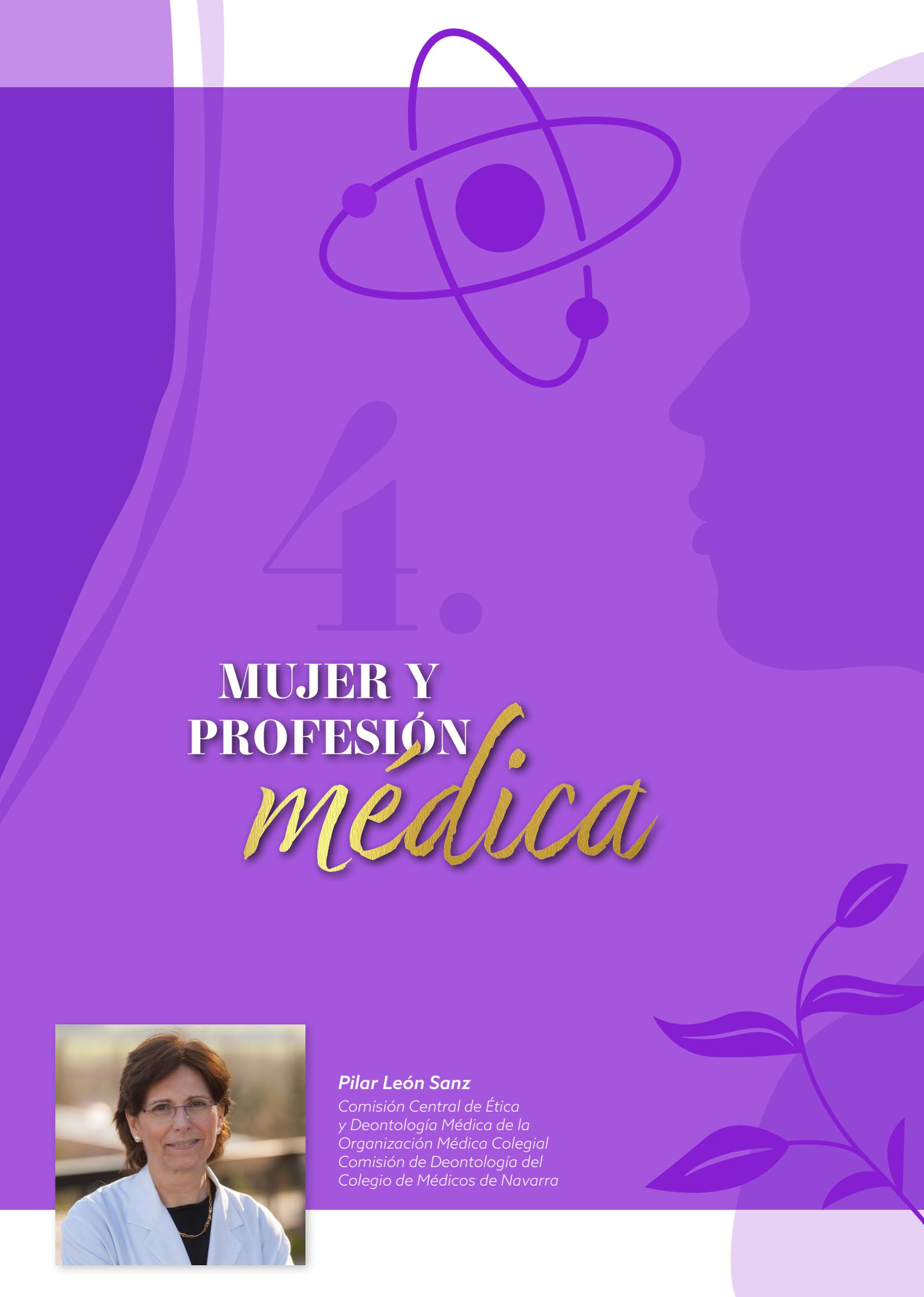
- + Suelen ser mujeres (85%).
- + Relación de parentesco cercano (hijas, esposas).
- + Edad media en torno los 57 años.

- + Sin estudios o con estudios primarios (aunque este hecho está cambiando, lo que podría afectar al modelo actual basado principalmente en mujeres).
- + Bajo porcentaje de trabajo remunerado.

Todo ello determina los retos que se presentan en el cuidado:

- 1 Autonomía vs. Paternalismo. ¿Hasta qué punto se debe decidir por la persona cuidada? Se estima que más de 650 millones de personas, un 10% de la población mundial, tiene algún tipo de discapacidad. Este sector es muy heterogéneo, ya que la expresión "discapacidad" comprende realidades muy diversas, aunque tienen en común ser un grupo vulnerable. Estas personas encuentran dificultades para ejercer sus derechos, y éstos son vulnerados o negados con mayor frecuencia que a otras personas. Existe una exclusión por discapacidad. El Derecho se ha convertido en un instrumento necesario para superar estas trabas reafirmando, el reconocimiento de derechos y la igualdad de oportunidades. En este telón de fondo se debe continuar e intentar avanzar.
- 2 La sobrecarga emocional y física en las personas que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de personas dependientes, generalmente un familiar, provoca frecuentemente el síndrome del cuidador afrontando estrés, agotamiento y, en muchos casos, falta de reconocimiento. Es importante un diagnóstico temprano de los síntomas, así como su prevención.
- 3 Condiciones laborales: muchas cuidadoras trabajan en precario con sueldos bajos y pocas garantías. La ética del reconocimiento es baja ya que, en muchas ocasiones, su trabajo no es valorado socialmente.

Para afrontar todo ello se muestra como esencial, el mejorar las condiciones laborales de las cuidadoras (salarios, derechos, conciliación), el reconocimiento social del trabajo de cuidadoras como esencial, la distribución más equitativa del cuidado entre hombres y mujeres, la implementación de políticas públicas para apoyar a las cuidadoras (respiro familiar, formación, subsidios). Y, en el ámbito de la salud, insistir en la prevención y diagnóstico precoz de los síntomas del síndrome del cuidador que, como ya sabemos, es la mayoría de los casos es cuidadora.



# MUJER Y PROFESIÓN *médica*



**Pilar León Sanz**

Comisión Central de Ética  
y Deontología Médica de la  
Organización Médica Colegial  
Comisión de Deontología del  
Colegio de Médicos de Navarra

## LA FORMACIÓN MÉDICA

Concepción Arenal (1820-1893), una de las primeras universitarias españolas, escribió al final de su vida un breve tratado titulado: '*La Educación de la mujer*' (1892) donde promovía la inexcusable necesidad de la formación: "lo que nos parece cierto es que los esfuerzos deben dirigirse a satisfacer las necesidades más apremiantes, y que la más apremiante necesidad de hoy, para el hombre como para la mujer, es la educación, la educación debe ser la misma para el hombre que para la mujer" (p. 1).

En un momento en el que no llegaba a la media docena de médicas en España, Concepción Arenal se negaba a reconocer que hubiera profesiones específicas para hombres o para mujeres. Su argumento es contundente: "Supongamos que no hay en España más que una mujer capaz de aprender medicina, ingeniería, farmacia, etc. Esa mujer tiene tanto derecho a ejercer esas profesiones como si hubiese diez mil a su altura intelectual: porque el derecho, ni se suma ni se multiplica, ni se divide; está todo en todos y cada uno de los que lo tienen, y entre las aberraciones jurídicas no se ha visto la de negar el ejercicio de un derecho porque sea corto el número de los que puedan o quisieran ejercitarle." (p. 14).

Mucho ha cambiado la situación en algo más de un siglo de estas palabras y las cifras no han hecho sino confirmar las ideas de esta visionaria y cabal intelectual.

Los datos de la OCDE muestran que la proporción total de mujeres médicas se ha aumentado progresivamente y ha pasado del 29% en 1990 al 46% en 2015. En 2024, el 70% de las recién graduadas fueron mujeres. Hoy nadie duda que las mujeres podemos estudiar y ejercer la Medicina.

## PROMOVER UNA ÉTICA DE LA EQUIDAD

Pese a las cifras comentadas, se mantiene una baja representación de la mujer en cargos de responsabilidad. De las 62% de médicas colegiadas en 2024, sólo entre el 20 % y 46%, según las CC.AA, son jefes de servicio. Lo cual coincide con un estudio de The Lancet que presenta algunas estrategias para



promover el liderazgo en la atención médica y en la universidad (Lancet, 2021).

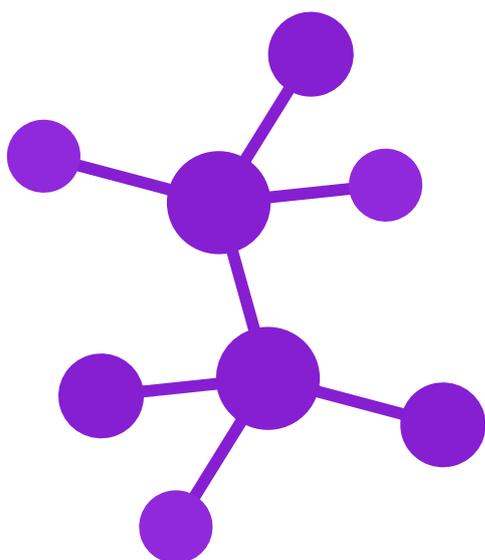
Además, las mujeres seguimos subrepresentadas en las llamadas STEM (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas), lo que puede resultar particularmente problemático dada la demanda de profesionales con competencias en las nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial (IA), la ciencia de datos y la ciberseguridad (Cutter 2019). El estudio liderado por Jacqueline Lane (*Setting Gendered Expectations? Recruiter Outreach Bias in Online Tech Training Programs*, 2023) reflexiona sobre el hecho de que la contratación de las mujeres en el ámbito de alta tecnología es menor debido al sesgo que tienen los evaluadores y reclutadores. Se trata de sesgos históricos introducidos en algoritmos, que se perpetúan. Está estudiado el caso que se dio en Amazon cuando utilizó un algoritmo para la selección de personal eligió desproporcionadamente a hombres sobre mujeres porque históricamente habían contratado a más hombres que mujeres.

Por contra, existen múltiples iniciativas para disminuir esta brecha histórica abierta. Es el caso del Proyecto WOMEDS, promovido por la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), que cuenta con la colaboración de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (CNDFME).

Por su parte, la Organización Médica Colegial (OMC) publicó el documento *Diagnóstico de género de la profesión médica* (2021) que, aparte de ratificar las cifras expuestas respecto a la proporción de los y las profesionales y la representación en puestos directivos, tanto en las Facultades de Medicina como en el Sistema Nacional de Salud, concluía que es importante mantener estos análisis y promover una representación de las mujeres más proporcionada a la situación demográfica, para lo cual ha creado el *Observatorio de Género y Profesión* que ya ha publicado diversos estudios y manifiestos.

» [www.cgcom.es/observatorios/ogp](http://www.cgcom.es/observatorios/ogp)

Por su parte, la UEMS, una asociación independiente y sin ánimo de lucro que representa a más de 1,6 millones de médicos europeos y que desarrolla programas de formación para la práctica especializada, ha creado una Federación temática, a propuesta por



España, sobre la "Igualdad, la diversidad y la inclusión" (2023). No es la única, están también en marcha las dirigidas a "La práctica médica sostenible" o la de "Ética Médica". En general, estas Federaciones temáticas son plataformas para compartir conocimientos y mantener los estándares de capacitación en los respectivos campos. En este caso, se plantea elaborar estudios para conocer realidades y proponer acciones. Sería el caso, por ejemplo, de la posible brecha salarial en Medicina, o de las medidas que existen para la conciliación de la vida laboral y familiar, etc., en los diversos países europeos.

No se trata tanto de tener cuotas paritarias, sino de solucionar los desequilibrios que puedan darse y cambiar las perspectivas y las percepciones.

*En definitiva, hemos de promover, como algo prioritario, una ética de la equidad, lo cual pasa por favorecer la igualdad de posibilidades e impulsar medidas que hagan más justa la sociedad y el ámbito profesional.*

## LA MUJER EN LA PROFESIÓN MÉDICA

El Código de Deontología Médica (CDM) no distingue entre médicos y médicas. Sí afirma entre sus principios generales que la Medicina "está al servicio del ser humano y de la sociedad" y se ha descrito que esa característica, el servicio, es uno de los factores que ha influido en la feminización de la profesión. También son principios fundamentales en el Código el respeto a la vida humana, o la obligación de no discriminar a sus pacientes (CDM, 2022, Artículos 4.1 y 4.2).

Deontológicamente se exige a los y a las médicas que sean conscientes de la obligación de procurar la mayor eficacia y eficiencia en el rendimiento de los medios técnicos y de las instituciones sanitarias (CDM, 2022, Artículo 6.3). Especialmente quienes lideran la profesión, han de velar por la calidad, la suficiencia asistencial y el mantenimiento de los principios éticos en el sistema sanitario (CDM, 2022, Artículo 67.1).

El Código de Deontología condena expresamente cualquier conducta que suponga un abuso de poder. E impone como deber detectar y eliminar si hay prácticas discriminatorias o de abuso de poder

(CDM, 2022, Artículo 51.1). Y, por supuesto, establece suprimir cualquier tipo de acoso o coacción en el ejercicio médico: "Si un médico tiene conocimiento de que otro compañero está siendo sometido a cualquier tipo de acoso y/o a coacciones en su ejercicio profesional debe ponerlo en conocimiento del responsable del servicio, de la dirección del centro, del Colegio de Médicos o de las instancias judiciales, según el caso" (CDM, 2022, Artículo 51.2). Especial responsabilidad impone el código a quienes tengan puestos directivos (CDM, 2022, Artículo 51.1).

Es un ámbito con tareas pendientes, como lo muestran las conclusiones de 2023 del Observatorio de Género y Profesión de la OMC, según el cual el 44,5% de las personas consultadas reconoce haber vivido o visto situaciones de desigualdad en la profesión; las mujeres tienen el doble de contratos interinos y temporales (50% frente al 25%), y también es mayor el número de agresiones que padecen las profesionales en España (61% según el Observatorio contra las Agresiones del CGCOM, 2023).

*En resumen, se ha avanzado en la igualdad formal, pero queda mucho camino que recorrer para que haya una igualdad real.*

## FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

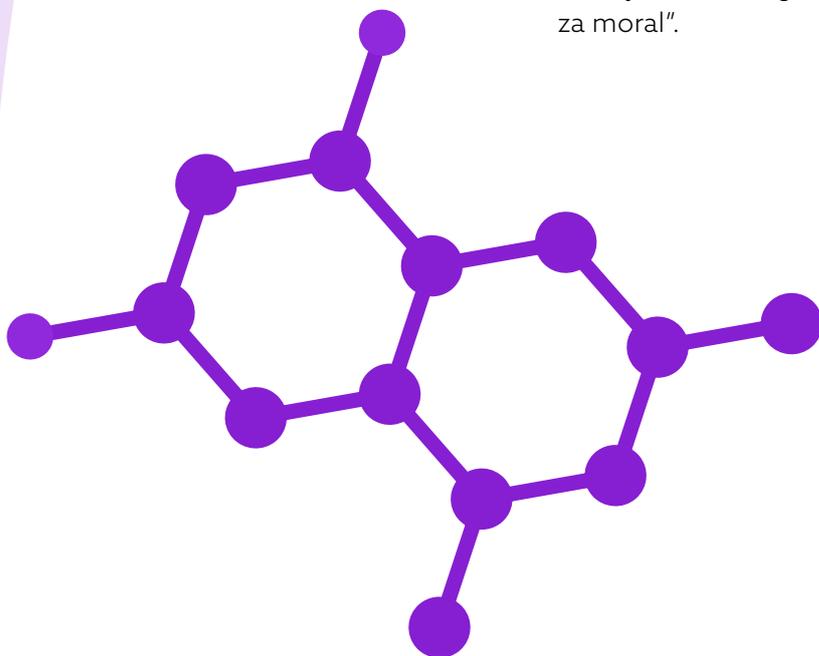
En *La Educación de la mujer* (1892), Concepción Arenal ligaba el desarrollo profesional de las mujeres a su formación y preparación. "El médico, como hombre, ¿tiene derecho a ejercer su profesión? ¿Se le autoriza para ejercerla Medicina en virtud de su sexo, o de su ciencia? ¿Qué se pensaría del que, sin haber estudiado quisiera recetar u operar, y dijese al enfermo: «yo no sé Medicina, ni cirugía, pero le curaré a usted porque soy hombre?» Se pensaría en enviarle a un hospital de salud mental; y si el hombre, no por serlo, sino por lo que sabe, puede ejercer una profesión, a la mujer que sepa lo mismo que él ¿no le asistirá igual derecho?" Es aplastante la lógica con la que concluye su argumentación: "No creemos que pueden fijarse límites a la aptitud de la mujer, ni excluirla a priori de ninguna profesión" (p. 14) y ésta depende de la preparación profesional.



Al mismo tiempo, esta pensadora diferenciaba entre educación e instrucción. "La educación no debe prescindir de la inteligencia, no se dirige exclusivamente a ella, sino a todas las facultades que constituyen el hombre moral y social; (...), a la conciencia para el cumplimiento del deber, a la dignidad para reclamar el derecho..." (p. 4).

De ahí que la propuesta de ser referentes en Medicina por nuestra profesionalidad y ejemplaridad. Recientemente podemos observar el caso de Jennifer Doudna quien, junto con Emmanuelle Charpentier, obtuvo el Premio Nobel de Química (2020) por el desarrollo de la tecnología de edición del genoma CRISPR/Cas9. Stephen Blacklow comentaba que Doudna tiene "capacidad para involucrar e inspirar a la próxima generación". Muy probablemente en esa autoridad influya que cuando Doudna reescribió el futuro de la atención médica con la edición del genoma, lo hizo teniendo en cuenta el análisis ético que supuso su contribución. Desde el inicio advirtió de la necesidad de tener en cuenta la seguridad y los resultados no deseados; el posible efecto sobre la Biodiversidad; y las consecuencias respecto al acceso, la justicia y los derechos humanos que tiene la tecnología CRISP. Al desarrollar nuestra profesión como médicas, hemos de tener la capacidad y la fuerza moral para emitir opiniones cualificadas y promover decisiones fundadas en el conocimiento que incluye los aspectos ético-médicos.

Podemos concluir que, como señalaba la adelantada para su tiempo, Concepción Arenal a quien hemos seguido en estas líneas, "la educación de la mujer tiene un gran punto de apoyo en su fuerza moral".





SESGOS DE  
GÉNERO: DESDE LA  
*investigación*  
HASTA LA CLÍNICA



**Isabel López-Abadía Rodrigo**

*Presidenta de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia. Vocal de la Comisión de Deontología Médica*

**Sandra Ferrer Gelabert**

*Presidenta de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio de Médicos de las Islas Baleares. Vocal de la Comisión de Deontología Médica*

**Mª Teresa Vidal Candela**

*Presidenta de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Alicante. Vocal de la Comisión de Deontología Médica*



Cuando hablamos de sesgos en Medicina, no podemos dejar de lado a uno de estos errores que la Medicina – sin quererlo ni proponérselo - ha perpetuado a lo largo de los siglos. Quizá estamos ante una de las situaciones más injustas que se han prolongado desde el nacimiento de la ciencia médica hasta nuestros días, bajo el amparo de no ser conscientes de ello. Vamos a abordar el sesgo de género en Medicina desde dos principales puntos de vista que son la investigación biomédica y la aplicación clínica. Los sesgos en ambas cuestiones serían contrarios a la Deontología Médica ya que el médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad (art. 18.1 CDM) así como realizar una investigación médica al servicio de la humanidad y la aplicación de sus logros en todos los seres humanos (Art. 70.1 CDM).

### EL SESGO DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

La investigación científica y biomédica, fundamentales para el progreso de la Medicina, han estado marcadas por desigualdades de género que afectan tanto la calidad del conocimiento generado, como la equidad en la atención sanitaria. Desde la ética y la deontología médica, es imprescindible abordar y corregir estas deficiencias para garantizar una Medicina justa y efectiva para toda la población.

- ✚ **Discriminación en la Financiación de la Investigación.** Uno de los principales problemas es la desigual distribución de los recursos destinados a la investigación. Históricamente, los

Proyectos liderados por mujeres han recibido menos financiación en comparación con aquellos dirigidos por hombres.



proyectos liderados por mujeres han recibido menos financiación en comparación con aquellos dirigidos por hombres. Esta brecha limita la diversidad de enfoques y disminuye la probabilidad de abordar preguntas de investigación relevantes para la salud femenina.

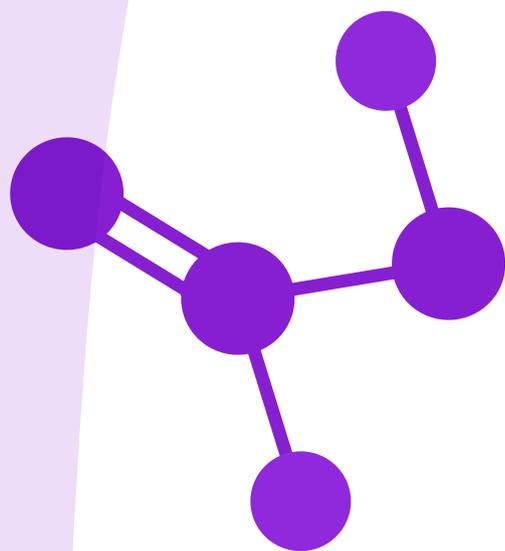
✦ **Subrepresentación en Puestos de Liderazgo en Instituciones Científicas y Académicas.**

A pesar de que el número de mujeres en ciencias de la salud ha crecido, su representación en posiciones de liderazgo sigue siendo baja. En universidades y centros de investigación, los cargos de dirección están ocupados mayoritariamente por hombres. Esta exclusión repercute en la definición de prioridades de investigación y en la formulación de políticas científicas equitativas.

✦ **Estereotipos de Género en la Investigación.**

Existe un sesgo cognitivo que perpetúa la idea de que las mujeres destacan menos en disciplinas científicas y tecnológicas en comparación con las humanidades. Este prejuicio desmotiva a muchas investigadoras y contribuye a la brecha de género en carreras STEM.

Existe un sesgo cognitivo que perpetúa la idea de que las mujeres destacan menos en disciplinas científicas. Este prejuicio desmotiva a muchas investigadoras.



✦ **Sesgo en la Publicación y el Reconocimiento.**

Los estudios han demostrado que el mismo trabajo de investigación recibe evaluaciones más favorables cuando el autor parece ser un hombre en comparación con cuando es una mujer (efecto "Jennifer y John"). La revisión ciega por pares es una estrategia fundamental para mitigar este sesgo.

✦ **Sesgo en la Interpretación de Datos.** Los estereotipos de género también influyen en la

interpretación de los datos de investigación. Por ejemplo, estudios sobre enfermedades cardiovasculares han priorizado síntomas típicos en hombres, subestimando los presentados por mujeres, lo que ha retrasado diagnósticos y ha incrementado la mortalidad femenina.

✦ **Uso Preferente de modelos masculinos en Estudios Preclínicos.** La investigación biomédica tradicionalmente ha privilegiado el estudio de sujetos masculinos, tanto en la experimentación preclínica—donde se utilizan mayoritariamente modelos animales y células de origen masculino para evitar la “variabilidad hormonal”—como en los ensayos clínicos. Durante décadas, los estudios en modelos animales han excluido a las hembras bajo el argumento de que sus ciclos hormonales introducen variabilidad. Esto ha llevado a una falta de datos específicos sobre respuestas fisiológicas en organismos femeninos.

✦ **Sesgo en Estudios Clínicos.** En las fases iniciales de ensayos clínicos, se ha priorizado la participación de hombres jóvenes y sanos, dejando fuera a mujeres y grupos diversos. Un ejemplo histórico es el caso de la talidomida, donde la falta de estudios en mujeres embarazadas condujo a consecuencias teratogénicas devastadoras. La exclusión sistemática de las mujeres de los estudios clínicos no solo viola el principio de justicia, fundamental en la ética médica, sino que además perpetúa un ciclo en el que la Medicina “unisex” sigue siendo aplicada a una población diversa. A pesar de que, a partir de la década de 1990, organismos como el National Institutes of Health (NIH) introdujeron políticas para aumentar la inclusión femenina en ensayos clínicos, los cambios han sido lentos y, en muchos casos, superficiales.

✦ **Consecuencias del Sesgo en la Práctica Médica.** El sesgo de género en investigación impacta en:

- Diagnósticos y tratamientos incorrectos en mujeres debido a la falta de datos específicos.
- Mayor incidencia de efectos adversos por fármacos no testados en poblaciones femeninas.
- Deficiencias en la prevención y tratamiento de enfermedades específicas del género femenino.

En definitiva, desde el punto de vista ético y deontológico, resulta inaceptable que, en un sistema que se propone generar conocimiento para mejorar la salud de toda la población, se desatendan las necesidades y particularidades de casi la mitad de los sujetos. La omisión de variables como el sexo en el diseño, análisis y publicación de estudios impide una comprensión completa de las enfermedades y limita la eficacia de los tratamientos. El Código de Deontología Médica establece la obligación de proporcionar una atención justa y equitativa para todos los pacientes. Para lograrlo, es fundamental:

- ✦ Exigir que los ensayos clínicos y estudios preclínicos incluyan equitativamente a ambos sexos.
- ✦ Desarrollar políticas de revisión de investigación ciegas y equitativas.
- ✦ Implementar estrategias de financiación equitativas en investigación biomédica.
- ✦ Asegurar que los sistemas de salud ofrezcan diagnósticos y tratamientos basados en evidencias que contemplen la diversidad de género.

La lucha contra el sesgo de género en investigación biomédica es una responsabilidad ética y deontológica. Promover la equidad en la investigación no solo mejora la calidad científica, sino que garantiza una Medicina más justa y efectiva para todas las personas.

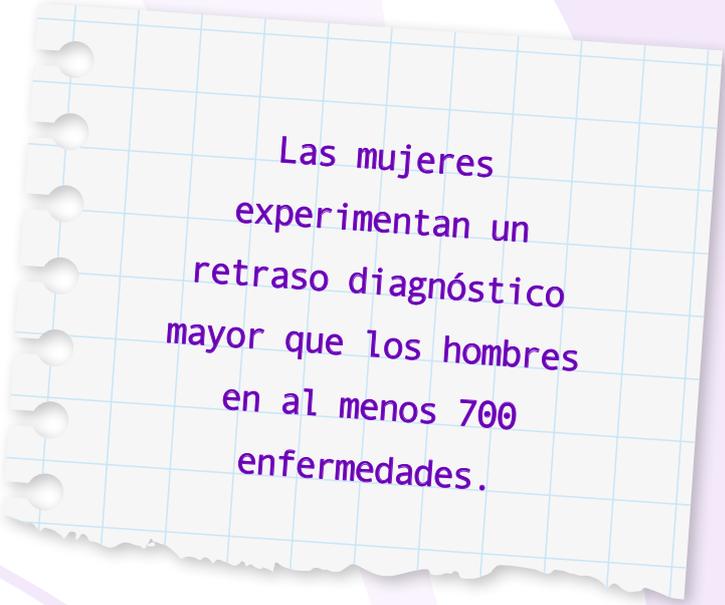
## EL SESGO DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN MÉDICA

El sesgo de género no se limita a la investigación. También en la práctica clínica existe desigualdad entre hombres y mujeres condicionando que la asistencia sea distinta, el diagnóstico se retrase o el tratamiento sea diferente. La toma de decisiones en la atención clínica puede estar sesgada en función de la prevalencia de las enfermedades por sexo y de las diferencias fisiopatológicas entre mujeres y hombres. Así, las enfermedades de mayor prevalencia en un sexo reducen en el médico la sospecha diagnóstica en el sexo que menos la padece. En la práctica médica son numerosos los aspectos en los que se evidencia las diferencias entre géneros, todos ellos con con-



secuencias relevantes para la salud de la mujer. Algunos ejemplos de ello puestos de manifiesto por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria son:

- ✦ **Retraso Diagnóstico en Mujeres.** Las mujeres experimentan un retraso diagnóstico mayor que los hombres en al menos 700 enfermedades, incluyendo cáncer y diabetes. Este retraso se debe a la presunción errónea de igualdad en la expresión de enfermedades entre sexos, lo que lleva a error.
- ✦ **Dolor crónico.** Entender cómo los determinantes sociales, el sexo y el género afectan la experiencia del dolor es crucial para crear tratamientos eficaces individualizados al paciente, evitando así prejuicios en la atención médica entre ambos sexos. Las mujeres tienen una mayor probabilidad de sufrir dolor crónico y suelen utilizar estrategias de afrontamiento basadas en el apoyo social y la regulación emocional. Por otro lado, los hombres tienden a optar por tratamientos farmacológicos y métodos centrados en la resolución de problemas. Es crucial reducir los prejuicios de género y centrar el esfuerzo diagnóstico en las necesidades individuales.
- ✦ **Enfermedades respiratorias.** En nuestro país, el aumento del consumo de tabaco desde la década de los 70 ha dado lugar a un aumento de las enfermedades respiratorias asociadas al tabaquismo en la mujer. Sin embargo, la EPOC sigue considerándose una enfermedad predominantemente masculina, lo que lleva a un infradiagnóstico en mujeres, a pesar de que varios estudios muestran que ellas son más susceptibles a los efectos nocivos del tabaco debido a factores anatómicos, genéticos y hormonales.
- ✦ **Salud mental.** Sabemos que, con síntomas semejantes, la probabilidad de atribuir la patología en las mujeres a dificultades del orden de lo psicológico y psiquiátrico es mayor. La posibilidad de prescribir tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos, en consonancia, también lo es, incluso después de haberse diagnosticado una patología orgánica explicativa de la clínica.
- ✦ **Enfermedades digestivas.** las mujeres presentan mayor prevalencia en casi todas las patologías funcionales como la dispepsia, el sín-



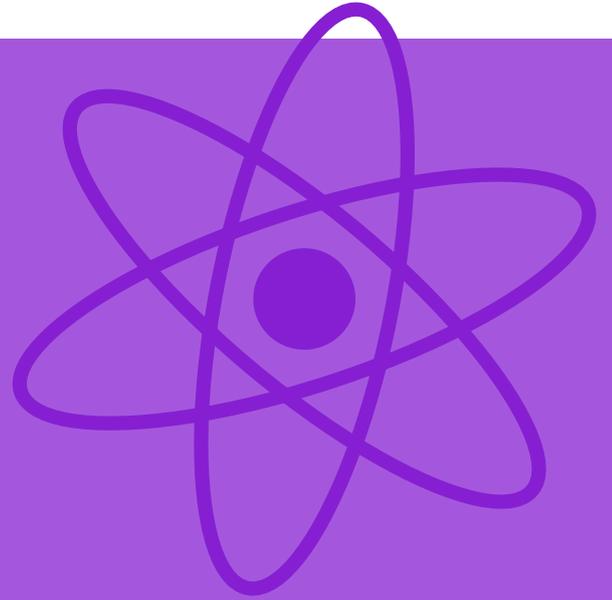
Las mujeres experimentan un retraso diagnóstico mayor que los hombres en al menos 700 enfermedades.

drome de intestino irritable y el estreñimiento funcional. Estos sesgos de género pueden afectar el manejo clínico de enfermedades orgánicas con síntomas similares, como la patología biliar y la enfermedad inflamatoria intestinal generando retrasos diagnósticos y en el tratamiento adecuado.

- ✦ **Enfermedades cardiovasculares.** En el ámbito sanitario, existe un sesgo inconsciente que considera la enfermedad cardiovascular (ECV) como un "problema masculino", lo que lleva a una disminución del cribado y un manejo inadecuado de la ECV en mujeres. El infarto de miocardio en mujeres puede ser infradiagnosticado debido a su presentación atípica, un término que, de por sí, ya es un sesgo al considerar "típica" la presentación en hombres.

En conclusión, es necesario promover una investigación biomédica y una práctica clínica con mirada de género para mejorar la comprensión y la atención de la salud de las mujeres, así como para reducir las inequidades que puedan darse en el sistema sanitario. Es necesario analizar las diferencias en la expresión de las patologías entre hombres y mujeres, y ajustar las estrategias de atención para abordar estas diferencias. Todo ello es imprescindible para cumplir con el mandato deontológico de una asistencia de calidad para todos y en condiciones de igualdad.

6.



UNA VENTANA  
PARA LA IGUALDAD  
Y LA  
*diversidad*  
DE LA PROFESIÓN  
EN EUROPA



**Dra. Montserrat González Estecha**  
*Secretaria General y Tesorera de la  
Federación Temática de Igualdad,  
Diversidad e Inclusión (TF-EDI) de la Unión  
Europea de Médicos Especialistas (UEMS)*



La Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) es la organización médica más numerosa y antigua de Europa (1958), en la que están representados 1,7 millones de profesionales especialistas de la Medicina de 41 países. Esta institución, sin ánimo de lucro, representa a las Asociaciones Médicas Nacionales de Especialistas en la Unión Europea y sus países asociados, mantiene fuertes lazos y relaciones con las instituciones europeas (Comisión Europea y Parlamento Europeo principalmente), con otras organizaciones médicas europeas, y con las principales Sociedades Científicas.

Los órganos y estructuras de la UEMS incluyen las Asociaciones Médicas Nacionales, las secciones y divisiones especializadas, los comités conjuntos multidisciplinarios y las federaciones temáticas.

Los ejes de actuación principales de la UEMS son los siguientes:

- ✦ La formación de postgrado
- ✦ La formación médica continuada
- ✦ La calidad asistencial

La formación de postgrado pretende a través de los *European Training Requirements* (ETR) homogeneizar los contenidos y capacidades médicas en Europa, aunque la labor de UEMS no se ciñe a Europa únicamente, sino que se extiende a otros lugares donde se carece de un programa de especialización adecuado.

La formación médica continuada se centra, sobre todo, en la acreditación de actividades formativas para mantener al día a los especialistas de todo el entorno europeo.

Un tercer y último eje importante se focaliza en la calidad asistencial, a partir de protocolos que permiten a entidades y a profesionales alcanzar la excelencia.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) pertenece a la UEMS desde 1986. En el año 2003 el CGCOM firmó un convenio con UEMS, por el que se reconocen mutuamente los créditos adjudicados a las actividades dirigidas a profesionales médicos españoles por el Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC) y el *European Accredi-*

tation Council for Continuing Medical Education (EACCME), de manera que se puedan beneficiar de este reconocimiento a escala europea.

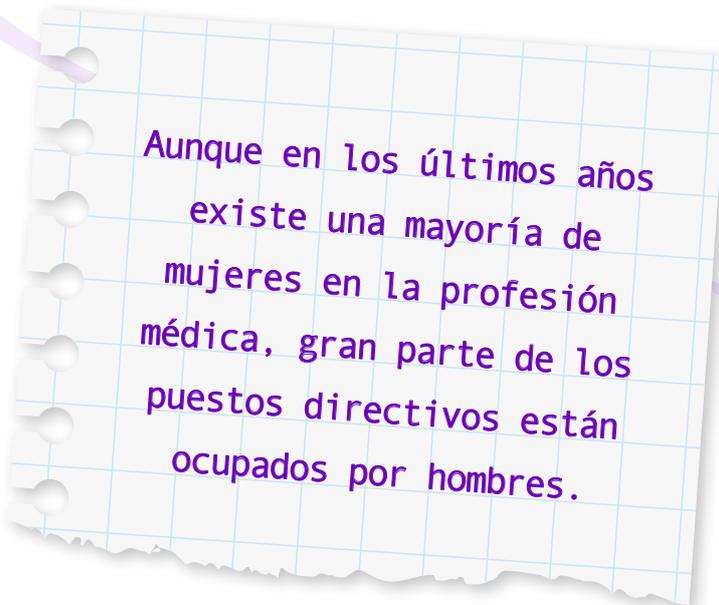
En el año 2019 el Dr. Tomás Cobo (presidente de CGCOM) fue elegido vicepresidente de la UEMS, siendo reelegido en el año 2023 y, además de fomentar el cumplimiento de los objetivos de la UEMS, ha logrado una participación muy activa del CGCOM contando con delegados en 35 secciones especializadas, en *boards*, representantes en comités conjuntos multidisciplinares y puestos relevantes en las federaciones temáticas.

La Federación Temática es una plataforma de cooperación entre secciones para abordar problemas multidisciplinares. El CGCOM ha promovido la creación en la UEMS de la Federación Temática de Género, Diversidad e Inclusión, al ser de especial interés para la profesión médica en Europa. Esta Federación temática se creó en el año 2021 con el liderazgo de la Dra. Nada Cikes y el apoyo del presidente (Dr. Cobo) y vicepresidenta (Dra. Rosa Arroyo) del CGCOM, basándose en el trabajo previo de la sección de cirugía oral y maxilofacial con la colaboración española de la Dra. Dolores Martínez.

En el año 2022 se eligieron los profesionales especialistas que forman parte de dicha Federación Temática, según las propuestas realizadas por parte de las secciones, *boards* y las Asociaciones Médicas Nacionales. Diferentes países estaban representados como Austria, Croacia, Finlandia, Alemania, Eslovenia, Suiza, Reino Unido o España (Dra. Rosa Arroyo, Dr. Juan José Arráez y Dra. Montserrat González-Estecha). A finales de 2022 el Dr. Frank Dor del Reino Unido fue elegido presidente y la Dra. Montserrat González-Estecha (delegada junto al Dr. Santiago Prieto de la sección de Medicina de Laboratorio) fue elegida Secretaria General y Tesorera. En ese momento se cambió el nombre a Federación Temática de Igualdad, Diversidad e Inclusión (TF-EDI).

El principal reto que se planteó fue conocer si existía igualdad en la profesión médica y uno de los primeros objetivos fue la creación de cuatro grupos de trabajo: igualdad, diversidad, inclusión y educación, pues es imprescindible que la educación comience cuanto antes y no en el postgrado.

Ha sido también muy importante el papel de las corporaciones nacionales en este tema, destacando la actividad realizada por el CGCOM con el "Observatorio de género y profesión", la encuesta realizada en el año 2022 desde el Observatorio para analizar la brecha salarial, conciliación, techo de cristal y acoso laboral; el documento publicado "Diagnóstico de género de la profesión médica" o el manifiesto "¿Dónde están ellas?".



Aunque en los últimos años existe una mayoría de mujeres en la profesión médica, gran parte de los puestos directivos están ocupados por hombres.

Se priorizaron los objetivos de la federación y el primero a abordar fue conocer la situación actual en relación al género dentro de la UEMS. La Dra. Montserrat González-Estecha comentó el proyecto "**Mujeres en Medicina en España (WOMEDS 2019-2021)**" en la TF-EDI. Ha sido un estudio pionero en España, propuesto por FACME, que contiene datos sobre diferencias en posiciones de liderazgo en Medicina en 4 ámbitos: asistencia sanitaria, participación en organizaciones profesionales, carrera académica y carrera investigadora. Su objetivo es identificar brechas de género, monitorizar su evolución y proponer medidas para reducirlo (<https://public.tableau.com/app/profile/gender.medicine>). Aunque en los últimos años existe una mayoría de mujeres en la profesión médica, gran parte de los puestos directivos están ocupados por hombres. Se ha progresado no solo por la renovación natural de las plantillas sino también por los cambios sociales de los últimos años, pero los puestos de responsabilidad siguen sin reflejar la estructura de personal.

Para conocer la situación actual dentro de la UEMS, era importante disponer de un cuestionario validado

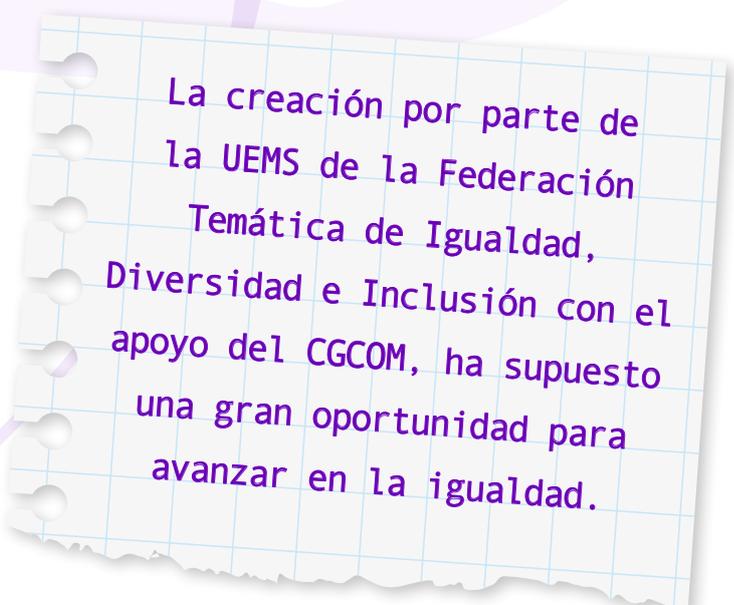
en la TF-EDI. Se definieron previamente unos criterios básicos como los siguientes: la encuesta se dirige a profesionales de la Medicina especialistas que son miembros activos de algún grupo de la UEMS para obtener información básica sobre la representación de secciones, divisiones, *board*, comités multidisciplinares, federaciones temáticas, Consejo, etc. Las preguntas se formulan de manera que fomenten una respuesta sincera y que el anonimato esté garantizado. Se pide que los profesionales se identifiquen en relación con su labor en la UEMS y no en su trabajo, con el fin de analizar si existe igualdad, diversidad e inclusión dentro de la UEMS.

El cuestionario está pendiente de la última revisión y consta de aproximadamente 40 preguntas de respuesta múltiple y algunas con respuesta abierta libre. El cuestionario incluye preguntas sobre edad, identidad de género, idioma nativo, etnia, religión, orientación sexual, país de nacimiento y donde trabaja, estatus socio-económico, discapacidad, comportamiento sexual inapropiado, si se ha sentido discriminado o ha sido testigo de discriminación o comportamiento inapropiado, así como otras cuestiones en relación a la igualdad, diversidad e inclusión.

En relación al género, el presidente de la federación temática presentó en Bruselas un estudio realizado en Reino Unido que muestra que solo 1 de cada 4 mujeres considera que el colegio las representa, 1 de cada 6 cree que el Colegio combate la discriminación, 1 de cada 3 siente que es importante para el Colegio y 1 de cada 8 mujeres cree que el Colegio no hace lo suficiente para fomentar un ambiente inclusivo.

En relación a la diversidad se evidenció la necesidad de desarrollar estrategias, respaldadas por investigaciones, sobre como reconocer la diferencia en lugar de pretender que no existe y trabajar para descubrir puntos en común, ya que aumentar la diversidad por sí sola no es efectivo. Se presentaron también algunos de los beneficios que conlleva una mayor diversidad: como una mayor fuerza laboral, el cumplimiento de los requisitos legales y contractuales, servicios más eficientes y una mayor calidad del cuidado.

En cuanto a los esfuerzos en inclusión se debe enfocar más en los individuos que en el grupo social que representan y para ello es necesario un aprendizaje para cambiar la cultura de la organización y la estructura de poder.

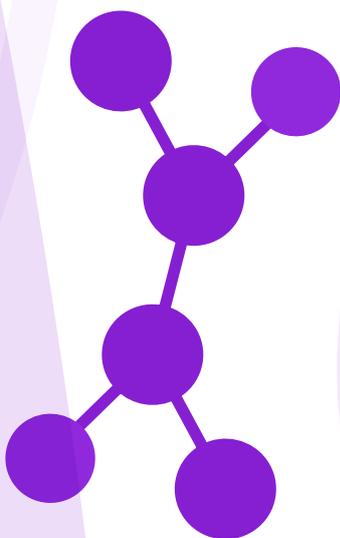


La creación por parte de la UEMS de la Federación Temática de Igualdad, Diversidad e Inclusión con el apoyo del CGCOM, ha supuesto una gran oportunidad para avanzar en la igualdad.

Además de los grupos de trabajo y la elaboración de la encuesta, la Federación Temática de Igualdad, Diversidad e Inclusión (TF-EDI) ha preparado, junto a las secciones quirúrgicas, médicas y multidisciplinares de la UEMS, una respuesta a las publicaciones recientes sobre conducta sexual inapropiada en Cirugía: Begeny, C.T. et al. *"Sexual harassment, sexual assault and rape by colleagues in the surgical workforce, and how women and men are living different realities: observational study using NHS population-derived weights"*. Br J Surg (2023). En otra publicación paralela, la "UK Working Party on Sexual Misconduct in Surgery" (WPSMS) publicó *"Breaking the Silence-Addressing Sexual Misconduct in Healthcare"* y otro artículo titulado *"Myths and Facts about Sexual Behaviour"*. El comportamiento sexual inapropiado en Medicina no se limita a Cirugía ni está restringido al Reino Unido. Es parte de la experiencia de las mujeres médicas en Europa. Crear un entorno de trabajo seguro y, por consecuencia, apoyar la seguridad del paciente debería ser una prioridad de todas las partes médicas interesadas.

En la respuesta presentada, la TF-EDI y la UEMS apoyan las recomendaciones de la UK WPSMS adaptadas ligeramente para todos los Estados miembros.

La creación por parte de la UEMS de la Federación Temática de Igualdad, Diversidad e Inclusión con el apoyo del CGCOM, ha supuesto una gran oportunidad para avanzar en la igualdad en la profesión médica, fomentar la diversidad e inclusión, debido al interés que presentan estos temas transversales en la práctica médica y los posibles retos existentes en Europa.











OMC 

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS