



Las brechas de género: un desafío estructural de la salud global

¿Qué papel puede desempeñar España?

AUTORÍA:

Laura Agúndez, Consuelo Bautista,
Lalama Jabby y Virginia Rodríguez

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN	4
SECCIÓN 1. Contexto actual internacional, metas y recortes	6
SECCIÓN 2. Precisiones conceptuales e interseccionalidad	8
SECCIÓN 3. Sesgos y vulnerabilidades	11
CONCLUSIONES. El liderazgo transformador de España ante el camino por recorrer.....	13
REFERENCIAS	15

RESUMEN EJECUTIVO

Las brechas de género constituyen un problema estructural que atraviesa la salud global. Aunque las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, esta no se traduce en una mejor calidad de vida, precisamente debido a desigualdades históricas que condicionan su acceso a recursos, reconocimiento y atención sanitaria. Estas brechas se ven reforzadas por sesgos persistentes en la investigación científica, marcada por un enfoque androcéntrico, la falta de datos desagregados por género y la escasa representación de mujeres en puestos de liderazgo en el ámbito sanitario. Esto tiene un efecto perjudicial para la salud de todas las personas cuyos géneros no se ven representados en el ideal masculino.

Para comprender adecuadamente estas dinámicas, resulta imprescindible un enfoque interseccional y decolonial que permita analizar cómo factores como la raza, la clase social y el legado colonial agravan y complejizan estas disparidades.

En este contexto, los avances tecnológicos y en particular la creciente integración de la inteligencia artificial en los sistemas de salud plantean nuevos desafíos, al existir el riesgo de reproducir y amplificar desigualdades de género ya existentes. A ello se suma un escenario internacional marcado por la crisis de financiación y los cambios en el ecosistema de la salud global y por las tendencias políticas reaccionarias que amenazan conquistas previas en materia de igualdad. Un ejemplo de su substancialización son los retrocesos en derechos sexuales y reproductivos.

Frente a esta coyuntura, España se posiciona como referente internacional a través de su Estrategia de Cooperación Feminista, que representa un modelo orientado a transformar la gobernanza de la salud global y avanzar hacia la justicia social en salud.

Laura Agúndez es técnica de Análisis e Incidencia Política en ISGlobal, **Consuelo Bautista** es médica residente en Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, **Lalama Jabby** es asistente del área de Análisis de Políticas, Desarrollo e Incidencia Política de ISGlobal y **Virginia Rodríguez** es Coordinadora de Incidencia Política de ISGlobal.

Introducción

“Las brechas de género en salud son el resultado de mecanismos estructurales que atraviesan desde la generación de conocimiento a la prestación de asistencia sanitaria y al ecosistema de gobernanza de la salud global.”

Las diferencias de salud entre mujeres y hombres constituyen uno de los ejes persistentes de desigualdad a nivel global. Las mujeres presentan una esperanza de vida superior a la de los hombres; sin embargo, esta ventaja cuantitativa no se traduce en una vida mejor. Por el contrario, una mayor proporción de años de vida de las mujeres transcurre con enfermedad, discapacidad o limitaciones funcionales que tienen un gran impacto en su calidad de vida, resultado de una desigualdad estructural en la salud a nivel global.^{1,2} Esta desigualdad atraviesa cada paso que se da desde los procesos de toma de decisiones a la asistencia sanitaria, incluyendo la investigación científica y el diseño de tecnologías. También está presente en las condiciones de vida que tienen un impacto directo en la salud, al ser las mujeres sujeto de vulnerabilidades económicas, sociales y políticas.

Según datos de la Unión Europea (UE):

Los hombres disfrutan de una mayor proporción de su vida en buen estado de salud en comparación con las mujeres (79,8% frente a 75,4%), pese a presentar una esperanza de vida más reducida.³

Las mujeres viven aproximadamente el 25% de su vida con alguna discapacidad, mientras que para los hombres la cifra es del 20%.

Esta brecha se reproduce de forma consistente en múltiples contextos y está vinculada tanto a factores biológicos como a determinantes sociales históricamente arraigados. Las mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes (artritis, osteoporosis, enfermedades autoinmunes, depresión y demencia), así como enfermedades específicas que han sido clásicamente desatendidas en la investigación biomédica e infrapriorizadas en la planificación sanitaria. Estas lagunas de conocimiento conllevan retrasos diagnósticos, tratamientos menos eficaces y una carga de enfermedad femenina sistemáticamente infravalorada.

El género, entendido como una estructura social y de poder, se ha configurado históricamente como binario y excluyente. El entendimiento binario del género, masculino-femenino, ha subordinado a las mujeres, pero también a todas las identidades que no son cisgénero, es decir, personas trans y personas no binarias. Esto ha dado lugar, a través de la interacción con otras estructuras sociales, a una **forma de orden social** que conlleva relaciones de poder y jerarquías que determinan la distribución de recursos, roles, oportunidades y reconocimiento social. El género opera como determinante clave en la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los roles de género como construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas.⁴ Estas dinámicas condicionan tanto la exposición diferencial a riesgos, el acceso a recursos, incluidos los sistemas sanitarios, o la capacidad de decisiones sobre la propia salud.⁵

Tal y como se recoge en un informe de Naciones Unidas,⁴ la **justicia de género** se define como la eliminación de las desigualdades entre mujeres y hombres en la familia, la comunidad, el mercado y el Estado. A esto cabe añadir el reconocimiento de todos los géneros, incluyendo a las personas transgénero y no binarias, y sus desigualdades, realidades y estado de salud. En el ámbito de las políticas de salud se traduciría en identificar las diferencias y crear estrategias sólidas que impidan su perpetuidad.

Para estructurar el análisis, el documento toma como referencia **cuatro áreas prioritarias de intervención** propuestas por el Foro Económico Mundial para cerrar la brecha de género en salud. Se elige este marco por contar con capacidad de influencia en la agenda global y facilitar la identificación de prioridades de acción:

- **Ciencia:** la investigación biomédica se ha configurado históricamente desde una perspectiva androcéntrica, es decir, en la que **el cuerpo masculino ha funcionado como norma** de referencia. Esta orientación se ha visto reforzada por la baja **representación de mujeres en equipos y comités de investigación**, un factor que ha condicionado qué preguntas se han considerado relevantes y qué líneas de estudio se han priorizado. Como consecuencia, a lo largo de la historia se han desarrollado menos tratamientos médicos específicamente validados o diseñados para mujeres.⁶ Como ejemplo de ello, los medicamentos en general tienen 3,5 veces más probabilidades de ser retirados del mercado por riesgos de seguridad específicos para las mujeres, mientras que las invenciones biomédicas patentadas por mujeres tienen un 35% más de probabilidades de beneficiar específicamente la salud femenina.⁷
- **Datos:** la **brecha de datos de género** limita notablemente la comprensión de enfermedades que afectan de forma distinta a las mujeres. A pesar de que distintos compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) exigen la desagregación de datos, estos rara vez se reportan o se hace de manera superficial. La falta de claridad conceptual y la inconsistencia en la recogida de datos han dado lugar a que el género se incorpore de manera fragmentaria, restringiendo la generación de conocimiento robusto y comparativo en salud global.
- **Prestación de cuidados (care delivery):** las mujeres tienen más probabilidades de enfrentar barreras en el acceso a la atención sanitaria, así como de experimentar **retrasos diagnósticos**⁸ o recibir **tratamientos inadecuados**. Además, la carga de enfermedad en las mujeres está sistemáticamente infravalorada, determinando en gran parte la interacción del género con otras vulnerabilidades.
- **Infrafinanciación crónica:** las desigualdades de género en salud también se reflejan en los patrones de financiación internacional. A pesar de la creciente preocupación institucional por la equidad de género, una parte significativa de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) a nivel global continúa sin integrar objetivos para abordar positivamente la igualdad de género, incluida la cooperación en salud.

Este documento parte de la premisa de que las brechas de género en salud son el resultado de mecanismos estructurales que atraviesan desde la generación de conocimiento a la prestación de asistencia sanitaria y al ecosistema de gobernanza de la salud global. El objetivo es ofrecer un marco que permita contextualizar estos mecanismos en el escenario presente y realizar preguntas pertinentes y necesarias.

Por ello, en primer lugar se explicará el contexto y el ecosistema de salud global actual y posteriormente se realizarán unas precisiones conceptuales necesarias sobre la concepción del género y el sexo, y su interacción con otras categorías de vulnerabilidad. A continuación se expondrán tres sesgos principales a destacar, responsables entre otros de la desigualdad, que son el liderazgo, la brecha digital y el sesgo de evidencia. Finalmente se resaltarán las lagunas pendientes y preguntas clave que marcarán una vía por la que seguir la reflexión sobre la desigualdad de género en salud global.

Contexto actual internacional, metas y recortes

“Acabar con las desigualdades en salud basadas en el género a nivel global se inserta entre los objetivos de la Agenda 2030 y en un momento crítico para el ecosistema de salud global, con una crisis de financiación que compromete especialmente las iniciativas desarrolladas para hacer frente a estas desigualdades.”

Acabar con las desigualdades en salud basadas en el género a nivel global se inserta entre los objetivos de la Agenda 2030 y en un momento crítico para el ecosistema de salud global, con una crisis de financiación que compromete especialmente las iniciativas desarrolladas para hacer frente a estas desigualdades. La desaparición de estas, en un momento de retroceso de derechos de las mujeres en países en los que estos se daban por consolidados, supondría perder un escudo contra esta deriva reaccionaria. Iniciativas como la Estrategia de Cooperación Feminista de España, recientemente aprobada, suponen un buen ejemplo de cómo orientar el trabajo de cooperación a acabar con esta desigualdad presente a nivel global y se expondrá en este documento más adelante.

Relevancia para la Agenda 2030 y el contexto actual

La igualdad de género constituye un **eje transversal de la Agenda 2030** y un requisito para el avance de varios ODS clave.⁹ A día de hoy, sólo el **15,4 % de los indicadores** del ODS 5 (Igualdad de Género) **están bien encaminados**,¹⁰ si bien únicamente se dispone del 57% de los datos necesarios para monitorizar adecuadamente los progresos.¹¹

A este ritmo, harían falta siglos, para acabar con el matrimonio infantil, eliminar las leyes discriminatorias por género y alcanzar la igualdad en liderazgo y representación política. Estas brechas son un reflejo de barreras **sistémicas profundamente arraigadas**: cerca de 2.400 millones de mujeres continúan sin igualdad de derechos ni oportunidades económicas. De hecho, en 178 países se mantienen barreras legales que restringen su autonomía; un ejemplo especialmente ilustrativo es el del matrimonio infantil: en 2019, una de cada cinco mujeres de entre 20 y 24 años se casó antes de los 18.

Aunque el ODS 5 aborda de manera directa la igualdad de género es necesario **integrar esta perspectiva en todas las políticas públicas**. Todos los actores deben garantizar la paridad en la toma de decisiones, promover un acceso equitativo a los recursos y fomentar la participación plena de las mujeres en todos los ámbitos.

Importancia de la dimensión global: alianzas y multilateralismo cuestionado

El sistema de salud global enfrenta actualmente desafíos estructurales significativos, entre los que destacan la crisis de la financiación, el auge de los nacionalismos y la ausencia de un liderazgo claro y sostenido en los organismos multilaterales. Estos factores han debilitado los mecanismos de cooperación internacional y dado lugar a respuestas cada vez más fragmentadas y menos eficaces.

Las dinámicas de política exterior reflejan de forma indirecta las dinámicas políticas internas. Actores estatales y no estatales de orientación ultraconservadora han promovido una oposición activa a lo que denominan “ideología de género”. Estas narrativas buscan revertir décadas de avances en materia de derechos para las mujeres, deslegitimando los derechos políticos y sociales en igualdad de género. En países como Estados Unidos, Hungría, Polonia, Brasil y Argentina se han produci-

do retrocesos normativos en derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho al aborto.¹² Esto ha trascendido a las iniciativas de cooperación fuera de sus fronteras. Es destacable el caso de Estados Unidos, que basó gran parte de sus recortes iniciales en AOD en desfinanciar programas que “favorecían los abortos”, acabando con la financiación de sus iniciativas de planificación familiar a nivel global.¹³

Hasta ahora, EE.UU. destinaba 607,5 millones de euros a la asistencia de programas globales de planificación familiar y salud reproductiva cada año, según estimaciones la desaparición de estos fondos supondrá 17,1 millones de embarazos no deseados y con ello la muerte de 34.000 mujeres y niñas por complicaciones relacionadas con el parto.¹⁴

Estas tensiones se traducen en bloqueos para la adopción de resoluciones, las cuales terminan redactándose con un lenguaje diluido, evitando referencias explícitas al género y/o al sexo.¹⁵ El proceso de negociación del Acuerdo sobre Pandemias ha sido objeto de críticas por no incorporar de manera suficientemente robusta un enfoque de género.¹⁶ Estas dinámicas no se limitan al sector salud, en foros internacionales como la COP30 han tenido lugar debates similares.¹⁷

La crisis de financiación agrava este escenario. En un sector históricamente infrafinanciado, la reducción resultará en la pérdida de programas que eran la última línea de protección para los colectivos más vulnerables.

Ante este contexto, la construcción de alianzas sólidas adquiere una relevancia estratégica. Iniciativas como la Estrategia de Cooperación Feminista ponen un énfasis crucial en identificar con quién se establecen las alianzas y cómo se construyen. El objetivo es superar activamente los modelos tradicionales de cooperación, frecuentemente verticales y asistencialistas, para fomentar relaciones genuinamente colaborativas, equitativas y con una perspectiva decolonial.¹⁸

CUADRO 1.
El caso de España:
Cooperación
Feminista y Salud
Global

La **Estrategia de Cooperación Feminista** de España representa una evolución hacia una acción exterior transformadora que busca erradicar las desigualdades estructurales de género mediante un enfoque **interseccional** y la redistribución justa del poder. Esta política se sustenta en cuatro pilares fundamentales: **derechos, representación, recursos y alianzas**.

En el marco de la **salud global**, esta estrategia se articula de manera estrecha con la **Estrategia Española de Salud Global 2025-2030**, resaltando los siguientes elementos de conexión:



- **Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR)**: es el punto de unión más sólido. Se considera un pilar de la salud pública universal y un derecho humano fundamental. Esto incluye el acceso universal a la anticoncepción, la interrupción voluntaria del embarazo, la educación sexual integral y la lucha contra la mutilación genital femenina.
- **Enfoque de Equidad y Determinantes Sociales**: reconoce que el género es un determinante social crítico que genera desigualdades evitables e injustas en la salud. Por ello, promueve el fortalecimiento de **sistemas sanitarios públicos y resilientes** basados en la atención primaria y comunitaria.
- **Economía y Ética de los Cuidados**: se propone transitar hacia una “sociedad del cuidado” que sitúe la **sostenibilidad de la vida** en el centro. Reconociendo el valor de los cuidados, redistribuyendo la carga de trabajo no remunerado que asumen las mujeres y fortaleciendo sistemas públicos que garanticen el derecho a cuidar y ser cuidado.
- **Liderazgo en Iniciativas Específicas**: España proyecta su enfoque feminista mediante el liderazgo en la eliminación del **cáncer de cuello uterino** a nivel mundial y la humanización de la salud materna, integrando esta visión en la diplomacia científica e innovación.
- Al menos el **60% de las nuevas intervenciones** de cooperación han de tener un impacto positivo claro en la igualdad de género, asegurando que la salud global sea un espacio de empoderamiento y justicia social.

SECCIÓN 2.

Precisiones conceptuales e interseccionalidad

“Aunque el género constituye un eje central de desigualdad, la justicia de género en salud exige analizar su interacción con otros determinantes sociales, políticos, económicos y legales que influyen de manera conjunta en la salud y el bienestar de las poblaciones.”

Para tratar este tema en profundidad es necesario hacer unos apuntes sobre el sentido histórico del género y su relación con el colonialismo y el efecto que ha tenido en la salud de todas las personas, además de hablar de los conceptos de sexo y género para entender cómo se están utilizando en este papel. Es necesario también tener presente el concepto de interseccionalidad, para entender que son muchos los factores que interaccionan entre sí para dar lugar a las desigualdades.

Colonialismo, jerarquías clásicas de género y evolución histórica de la salud sexual y reproductiva

El informe del Secretario General de Naciones Unidas¹⁹ publicado en julio de 2023 subraya que la brecha de género en salud no debe entenderse como un fenómeno contemporáneo, sino como el **resultado de un devenir histórico** en el que el colonialismo ha desempeñado un papel esencial. Los sistemas coloniales, sustentados en marcos patriarcales, binarios y jerárquicos, impusieron estructuras legales,

religiosas y científicas que institucionalizaron desigualdades de género, sexo y raza. Estas asimetrías perduran en los contextos poscoloniales.

Las potencias coloniales reforzaron un **binarismo de género** a través de leyes y prácticas ancladas en un modelo androcentrista dominado por el género masculino. Este enfoque tuvo varios efectos, por una parte intensificó la violencia y discriminación hacia las personas de género e identidades no hegemónicas para las potencias coloniales. Por otra impuso sistemas médicos coloniales, desplazando a parteras tradicionales y matronas, favoreciendo la formalización de sistemas de atención controlados mayoritariamente por hombres.²⁰ Asimismo, el colonialismo constituye una de las principales raíces históricas de la legislación restrictiva sobre el aborto, que a finales del siglo XIX estaba vigente en la mayoría de los países.²¹

Ignorar el legado colonial en el análisis de la brecha de género en salud limita la comprensión de sus determinantes estructurales y reduce la capacidad de diseñar desde la efectividad las políticas de salud global.

Diferenciación conceptual: sexo versus género

El sexo y el género interactúan de manera compleja y estrecha en la configuración de los resultados en salud y no son conceptos intercambiables.

De acuerdo con un informe de la Comisión *Lancet* sobre el género y la salud global (2025), el **sexo** hace referencia principalmente a las **características biológicas** vinculadas con la reproducción sexual, incluyendo genética cromosómica, los perfiles hormonales y los atributos sexuales secundarios, como el sistema reproductor. Estas características se han agrupado tradicionalmente en dos sexos, pero existen combinaciones de estas características que no se corresponde a la atribución binaria en dos categorías, así que estas resultan excluyentes. En investigación cuantitativa, el sexo suele clasificarse de forma dicotómica en masculino y femenino, una simplificación que, aunque operativa en determinados contextos analíticos, presenta limitaciones para capturar la diversidad biológica existente.

El **género** debe entenderse como una **estructura social** imbricada en relaciones de poder que determinan la distribución de recursos, roles, oportunidades y reconocimiento social. El género constituye una forma de organizar la sociedad que parte de asignar mandatos sociales a cuerpos y que se naturaliza basándose en cuestiones como la religión o la biología.²² Existe un simbolismo de lo masculino y lo femenino que se aplica más allá de las características biológicas individuales de hombres, mujeres y personas transgénero y no binarias, y muta según su contexto político y social. Este sistema normativo establece jerarquías de legitimidad de cuerpos, identidades y comportamientos, privilegiando aquellas categorías que se ajustan a la norma binaria y heteronormativa, mientras que quienes no encajan en estos estándares enfrentan exclusión y deslegitimación social. Dentro de esta jerarquía, las categorías que cumplen con el binarismo heteronormativo no son homogéneas en términos de poder: aunque las mujeres son legibles y normativas, se subordinan a la masculinidad debido a la estructuración histórica y social del poder, que la posiciona como categoría dominante.²³

Los mandatos de género también tienen un efecto en la **salud de los hombres**, promoviendo en ellos los comportamientos de riesgo, haciendo que tengan mayor consumo de alcohol y tabaco o que sean víctimas con más frecuencia de accidentes, responsables en gran parte de su mortalidad prematura.

Según un análisis de *Global Health 50/50* (2022) sólo el 3% de las organizaciones de salud global reconoce de forma explícita a los hombres y los niños como beneficiarios del trabajo de igualdad de género.

Interseccionalidad o cómo se amplifican las brechas por raza, clase, orientación sexual y discapacidad

Aunque el género constituye un eje central de desigualdad, la justicia de género en salud exige analizar su interacción con otros determinantes sociales, políticos, económicos y legales que influyen de manera conjunta en la salud y el bienestar de las poblaciones. La Comisión de *Lancet* sobre Género y Salud Global subraya la necesidad de examinar cómo las “múltiples exclusiones y opresiones se cruzan e interactúan” para producir resultados desiguales en salud.

Las oportunidades y obstáculos profesionales no afectan de manera homogénea a todos los grupos de mujeres, factores como **raza, etnia, orientación sexual y situación socioeconómica** condicionan de forma significativa el acceso al empleo, la progresión profesional y la participación en la toma de decisiones.²⁴ Por ejemplo, en Sudáfrica se ha observado como la intersección entre raza y género limita de forma sustantiva el avance profesional de las mujeres negras en posiciones directivas, y en contextos de renta baja, la falta de acceso a la educación restringe la incorporación y ascenso de mujeres al sector sanitario.²⁵

CUADRO 2. Según el informe Estado de la Población Mundial 2024

- El acceso a servicios básicos de salud sexual y reproductiva está profundamente condicionado por desigualdades estructurales relacionadas con el género, la situación socioeconómica, la etnia, la orientación sexual y la discapacidad.
- Las mujeres afrodescendientes presentan una mayor vulnerabilidad a la violencia obstétrica y peores resultados en salud materna.
- Las mujeres indígenas enfrentan, además, la falta de atención materna y la criminalización de prácticas tradicionales de parto, lo que incrementa significativamente el riesgo de muerte materna.
- Las mujeres y niñas con **discapacidad tienen hasta diez veces más probabilidades de sufrir violencia de género** y, simultáneamente, encuentran más barreras para acceder a servicios e información en salud sexual y reproductiva.
- El estigma y la discriminación que afectan a las personas LGBTQIA+ no constituyen únicamente una vulneración de derechos, sino que actúan como determinantes directos de profundas desigualdades en salud.

“La infrarrepresentación de las mujeres en la toma de decisiones, la evidencia producida desde marcos androcéntricos y la reproducción de sesgos en herramientas digitales y de datos contribuyen a consolidar prioridades, inversiones y políticas que no responden de manera equitativa a las necesidades de toda la población.”

En la salud global, los sesgos de género presentes en las políticas públicas y en los flujos de financiación deben entenderse como la expresión de desequilibrios más profundos que atraviesan el sistema. La infrarrepresentación de las mujeres en la toma de decisiones, la evidencia producida desde marcos androcéntricos y la reproducción de sesgos en herramientas digitales y de datos contribuyen a consolidar prioridades, inversiones y políticas que no responden de manera equitativa a las necesidades de toda la población.

Liderazgo, brecha salarial e infrarrepresentación en el sector salud global

Las mujeres representan la columna vertebral laboral del sistema sanitario. Paradójicamente, a medida que se asciende en la escala salarial y jerárquica su representación se ve cada vez más disminuida.

A escala mundial, las mujeres representan aproximadamente el **70% de la fuerza laboral mundial en el sector sanitario y sociosanitario**. Sin embargo, ocupan únicamente una proporción minoritaria de los puestos de liderazgo en ministerios de salud, empresas privadas del sector y facultades de medicina, encontrándose subrepresentadas en espacios de toma de decisiones. Las estimaciones actuales sugieren que serían necesarios aproximadamente 176 años para alcanzar la paridad en los puestos de gestión y dirección a nivel mundial.

En términos salariales, la brecha de género por hora trabajada es mayor en el sector de la salud y el cuidado que en otros sectores: **las mujeres ganan, de media, un 19,2% menos** que los hombres, frente a un 11,5% menos en otros ámbitos económicos.²⁶ Además, los cuidados no remunerados son realizados en un 76% de las ocasiones por mujeres, lo que limita su disponibilidad para el empleo remunerado y la progresión profesional.²⁷

Un informe de la OMS publicado en 2019 ya evidenciaba que la **brecha salarial por razón de género en el terreno de la salud supera a la de otros sectores**: de media, las trabajadoras sanitarias ganan un 28% menos que sus homólogos masculinos, y la diferencia salarial entre hombres y mujeres que se dedican a la enfermería y la obstetricia se situaba en el 11% incluso tras considerar la segregación profesional.²⁸ En un informe de 2024 se mostró que esta brecha persistía incluso controlando por variables como tiempo de trabajo o nivel educativo.

Sesgos en la evidencia: Problemas en la recolección de datos y falta de estandarización

Los datos estadísticos constituyen uno de los pilares fundamentales de las políticas públicas y de los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la salud. Permiten identificar prioridades poblacionales, evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas y garantizar que las políticas alcancen de manera equitativa a la población diana.

Disponer de datos desagregados para subrayar inequidades y desigualdades es esencial. Cuando los organismos públicos recopilan datos de salud, aunque se observan avances en la recopilación de información sobre minorías sexuales y de género, estos esfuerzos siguen siendo puntuales, fragmentarios y no sistemáticos. Además a veces son obstaculizados por la estigmatización social o la criminalización de algunas comunidades e identidades.²⁹

Un análisis realizado en 2022 por *Global Health 50/50* mostró que durante la pandemia de COVID-19 únicamente cinco países notificaron datos desagregados por etnia o discapacidad, y sólo cuatro informaron sobre COVID-19 en mujeres embarazadas. Esto no constituye un fenómeno aislado, sino que refleja su exclusión sistemática, como sucede también en los ensayos clínicos. Se carece de información robusta para orientar decisiones terapéuticas, manteniendo vacíos relevantes en la atención y la investigación en salud materna e infantil.

A este escenario se suma la desigualdad en las políticas nacionales de investigación y en la inversión en generación de conocimiento, que sitúa al Norte Global como principal productor de evidencia en salud. Hay que tener en cuenta las asimetrías de poder en la definición de agendas de investigación, la producción de datos y la interpretación de resultados, así como sus implicaciones para la aplicabilidad de la evidencia en contextos diversos.³⁰

Por último, resulta necesario cuestionar la integración limitada del enfoque sexo-género en la formación, ya que se introducen sesgos desde las etapas iniciales del aprendizaje.³¹ La didáctica de la medicina continúa centrada mayoritariamente en la **biología masculina como estándar**.

No hay que perder de vista que a través de la evidencia científica se genera un relato hegemónico sobre la salud atravesado por el patriarcado, que invisibiliza a una parte de la población. Esto da lugar al diseño de tecnologías, protocolos y estrategias que generan diagnósticos incompletos o tardíos, terapéutica peor enfocada y resultados difíciles de evaluar y comparar.

Brecha digital de género: la amenaza de los sesgos en IA

La digitalización ha transformado de manera sustancial el desarrollo global y ha sido clave en el incremento del acceso a la educación o a la asistencia sanitaria, pero en muchos casos actúa como amplificador de desigualdades.³² Las mujeres presentan, en promedio, un **menor acceso** a las tecnologías digitales. En 2023, el 70% de los hombres tenía acceso a internet, comparado con el 65% de las mujeres³³—una disparidad más pronunciada en los países del Sur Global.

El uso creciente de la Inteligencia Artificial (IA) plantea tanto oportunidades como riesgos. Aunque el uso de estas herramientas puede facilitar la investigación y asistencia sanitaria, no podemos dejar de lado cómo funcionan. En muchos casos los algoritmos opacos y su uso de datos preexistentes —ya sesgados por las cuestiones antes mencionadas— hace de las **herramientas de IA replicadoras de sesgos**. Con un matiz: en lugar de ser un proceso mediado por “inteligencia humana”, lo hacen a través de un proceso que no se conoce. En consecuencia, existe el peligro de que la información devuelta por la IA reproduzca e incluso amplifique sesgos previos.

En el ámbito sanitario, un ejemplo es cómo los sistemas de IA aplicados al diagnóstico pueden **reproducir y amplificar desigualdades de género y etnia**. Un ejemplo muy claro se encuentra en la malinterpretación de síntomas cardiovasculares, donde los algoritmos, desarrollados mayoritariamente a partir de datos de hombres, tienden a malinterpretar las manifestaciones clínicas más frecuentes en las mujeres. De forma similar, en sistemas de análisis de mamografías entrenadas con poblaciones étnicamente homogéneas, se encuentran limitaciones de extrapolación a población general.

Así, la IA puede convertirse en un factor que **mitigue o profundice** las desigualdades de género. El impacto final dependerá de quién diseñe estas tecnologías, los datos que se utilicen para entrenarlas y el grado en que se prevengan o reproduzcan sesgos.

CONCLUSIONES.

El liderazgo transformador de España ante el camino por recorrer

“La determinación de España en la defensa de la igualdad de las mujeres constituye un valor diferencial en la arquitectura de la salud global actual.”

Como se ha detallado a lo largo de este informe, las brechas de género en salud global no son meras disparidades estadísticas sino el resultado de **mecanismos estructurales** y sesgos históricos que atraviesan la ciencia, la recopilación de datos y la gobernanza. En un momento histórico marcado por una **ofensiva reaccionaria** que amenaza con revertir derechos consolidados, la respuesta no puede ser solo técnica, sino profundamente política. En este escenario, **España se posiciona como un referente internacional** capaz de liderar la respuesta a las preguntas fundamentales que marcarán la agenda futura.

La **Estrategia de Cooperación Feminista de España** y su **Estrategia de Salud Global 2025-2030** ofrecen un marco sólido para encabezar la transformación necesaria en los siguientes ámbitos:

- **Desafío a las estructuras patriarcales en la ciencia y la técnica:** Ante la pregunta de cómo superar las concepciones androcéntricas en la investigación, España puede liderar a través de su **diplomacia científica e innovación**. Promoviendo el abandono del cuerpo masculino como norma universal, garantizando que el conocimiento generado sea representativo de la diversidad humana.
- **Gobernanza de la IA y soberanía de datos:** Ante el riesgo de que la Inteligencia Artificial actúe como una “cámara de eco” de sesgos misóginos, España tiene la oportunidad de impulsar marcos regulatorios internacionales que exijan **algoritmos transparentes y datos desagregados** por sexo y género.
- **De la representación a la transformación del poder:** El modelo español, basado en la **redistribución del poder y los recursos**, responde a la necesidad de que el aumento de mujeres en puestos de decisión no sea meramente cuantitativo. España puede abogar por una transformación de los espacios de salud global, actualmente “intrínsecamente masculinos”, hacia modelos de **gobernanza feminista** que reconozcan y remuneren adecuadamente la labor de las mujeres, que constituyen la columna vertebral del sistema.
- **Interseccionalidad práctica y defensa de derechos:** El compromiso español con un enfoque **interseccional y decolonial** es clave para atajar las desigualdades de forma integral. El liderazgo de España debe centrarse en que las políticas de salud reconozcan cómo la raza, la clase y la discapacidad amplifican las barreras de acceso.
- **Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR):** Ante el retroceso de derechos impulsado por coaliciones ultraconservadoras, España debe actuar como un **escudo internacional**. Mediante una cooperación que prioriza los DDSSRR como un pilar de la salud pública universal, el papel de España es fundamental para blindar la financiación y la voluntad política necesarias para proteger la autonomía de las mujeres en foros como la OMS.

En conclusión, la determinación de España en la **defensa de la igualdad de las mujeres** constituye un valor diferencial en la arquitectura de la salud global actual. La firmeza española frente a la deriva reaccionaria y su apuesta por una **gobernanza feminista** sitúan al país como un actor clave para garantizar que la salud sea un espacio de empoderamiento real y de pleno ejercicio de los derechos humanos para todas las mujeres y niñas del mundo.

Referencias

1. Life expectancy by age and sex. Eurostat. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_ml-expec_custom_11055020/bookmark/line?lang=en&bookmarkId=8b3120c7-4116-4fa0-8cf0-4d1a45112c74&c=1713969318965
2. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
3. Eurostat. Healthy life years statistics. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
4. ONU Mujeres. Justicia de género: clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2010/1/gender-justice-key-to-achieving-the-millennium-development-goals>
5. Hawkes S, et al. Achieving gender justice for global health equity: the Lancet Commission on gender and global health. Lancet. 2025;405(10487):1373–1438. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00488-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00488-X/abstract)
6. Galea LA, Parekh RS. Ending the neglect of women's health in research. BMJ. 2023;381:p1303. doi:10.1136/bmj.p1303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37308180/>
7. World Economic Forum. Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies. 2024 Disponible en: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women%E2%80%99s_Health_Gap_2024.pdf
8. University of Copenhagen, The Faculty of Health and Medical Sciences. Across diseases, women are diagnosed later than men. ScienceDaily. 2019 Mar 11. Disponible en: <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/03/190311103059.htm>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Plan estratégico del UNFPA, 2022-2025. 2021. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/ES_DP.FPA_2021.8_-_UNFPA_strategic_plan_2022-2025.pdf
10. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
11. ONU Mujeres. La igualdad de género en 2025: logros, brechas y la decisión de los 342 billones de dólares. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/articulos/articulo-explicativo/la-igualdad-de-genero-en-2025-logros-brechas-y-la-decision-de-los-342-billones-de-dolares>
12. Brechenmacher, Saskia. The New Global Struggle Over Gender, Rights, and Family Values. 2025. Carnegie Endowment for International Peace. Disponible en: <https://carnegieendowment.org/?lang=en>

13. Borel, Floriane et al. Six Months In: How the Trump Administration Is Undermining Sexual and Reproductive Health and Rights Globally. 2025. Guttmacher. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/2025/08/six-months-how-trump-administration-undermining-sexual-and-reproductive-health-and-rights>
14. Guttmacher. Just the Numbers: The Impact of US International Family Planning Assistance, 2024. 2025. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/2025/02/just-numbers-impact-us-international-family-planning-assistance-2024>
15. Health Policy Watch. Conservative Member States Balk at References to 'Gender' in WHA Resolutions. 2024. Disponible en: <https://healthpolicy-watch.news/conservative-member-states-balk-at-references-to-gender-in-wha-resolutions/>
16. PLOS 2025 Global Health Meets Gender Equality: Unpacking the Pandemic Agreement. Disponible en: <https://speakingof-medicine.plos.org/2025/05/06/global-health-meets-gender-equality-unpacking-the-pandemic-agreement/>
17. The Guardian. Row over definition of 'gender' hangs over Cop30 plans to support women. 2025. Disponible en: <https://www.theguardian.com/environment/2025/nov/13/row-over-definition-of-gender-hangs-over-cop30-plans-to-support-women>
18. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Estrategia de Cooperación Feminista de la Cooperación Española. 2025. Disponible en: https://www.cooperacionespanola.es/wp-content/uploads/2025/12/Estrategia-feminista_final.pdf
19. Asamblea General. Naciones Unidas. Protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Nota del Secretario General. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/78/227>
20. Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2024. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp_2024_es.pdf
21. Chiweshe M, Macleod C. Cultural De-colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice. *Afr J Reprod Health*. 2018 Jun;22(2):49-59. doi: 10.29063/ajrh2018/v22i2.5. PMID: 30052333.
22. Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge
23. Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1675-1683. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.006. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
24. La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial. *Women in Global Health*. 2023 . Disponible en: <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2023/04/LA-SITUACION-DE-LA-MUJER-Y-EL-LIDERAZGO-EN-LA-SANIDAD-MUNDIAL.pdf>
25. Shung-King M, Gilson L, Mbachu C, Molyneux S, Muraya KW, Uguru N, et al. Leadership experiences and practices of South African health managers: what is the influence of gender? A qualitative, exploratory study. *Int J Equity Health*. 2018 Sep 18;17(1):148. doi:10.1186/s12939-018-0859-0. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-018-0859-0>

26. World Health Organization, International Labour Organization. The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19. Ginebra: WHO & ILO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>
27. World Health Organization. Fair share for health and care: gender and the undervaluation of health and care work. Ginebra: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082854>
28. Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. et al. (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. World Health Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/311314>
29. Human Dignity Trust. Map of Jurisdictions that Criminalise LGBT People. Disponible en: <https://www.humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/>
30. Szczesniak A. Closing the gender health gap in medical school education. AWIS Magazine; 2024. Disponible en: <https://awis.org/resource/closing-the-gender-health-gap-in-medical-school-education/>
31. Rydberg, A., Buras, M.R., Quillen, J. et al. Sex and gender specific health topics in medical student learners: pulse check eight years later. Biol Sex Differ 12, 53 (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13293-021-00397-w>
32. OECD (2025), Gender Equality in a Changing World: Taking Stock and Moving Forward, Gender Equality at Work, OECD Publishing, Paris,. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/e808086f-en>
33. Choi SK. Bridging gender health gaps through digital health interventions: integrating digital health literacy. Womens Health Nurs. 2025 Jun;31(2):88-93. doi: 10.4069/whn.2025.04.04.

www.isglobal.org

 @isglobalorg

 @isglobalorg

 /isglobal

 @ISGLOBALorg

 /isglobalorg

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Una iniciativa de:

 Fundación "la Caixa"

 **Clínica**
Barcelona

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 **Generalitat**
de Catalunya

 GOBIERNO
DE ESPAÑA

 **Hospital del Mar**
Barcelona

 **upf.** Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

Barcelona 