

Equitat i perspectiva de sexe i gènere en salut

Equidad y perspectiva de sexo y género en salud

Equity and the sex and gender perspective in health

Itziar de Lecuona, Teresa Pont,
Gisela Isabel Fernández Rivas Plata (coords.)



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

Equitat i perspectiva
de sexe i gènere en salut

Equidad y perspectiva
de sexo y género en salud

Equity and the sex and
gender perspective in health

Itziar de Lecuona, Teresa Pont,
Gisela Isabel Fernández Rivas Plata (coords.)

Barcelona, maig del 2026



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

Aquesta publicació forma part dels resultats del projecte «Qüestions bioètiques no resoltes en l'avaluació de la recerca i la innovació en salut basada en intel·ligència artificial, tecnologies genètiques i dades personals» (BIOEVAINNOLAW), finançat pel Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Investigadora principal: Dra. Itziar de Lecuona. Referència: PID2022-138615OB-I00. Durada: 2023-2027.



Edició de Lorenzo Gallego Borghini
Traducció a l'anglès de Rob Lunn

© Observatori de Bioètica i Dret
Càtedra UNESCO de Bioètica
Universitat de Barcelona

Facultat de Dret
Avgda. Diagonal 684
08034 Barcelona
Tel. 934 034 546

www.bioeticayderecho.ub.edu
obd.ub@ub.edu

ISBN: 978-84-09-86113-2
Depòsit legal: B10230-2024

Edita i imprimeix: Openprint

Aquest document està subjecte a la llicència de
Reconeixement-NoComercial-SenseObra Derivada de
Creative Commons, el text de la qual està disponible a:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



SUMARI

Equitat i perspectiva de sexe i gènere en salut

Presentació	7
I. El punt de partida per entendre la nostra proposta	10
II. Estat de la qüestió: la perspectiva interseccional de sexe i gènere en salut	15
III. Recomanacions	22
Glossari	24

Equidad y perspectiva de sexo y género en salud

Presentación	29
I. El punto de partida para entender nuestra propuesta	32
II. Estado de la cuestión: la perspectiva interseccional de sexo y género en salud	37
III. Recomendaciones	44
Glosario	46

Equity and the sex and gender perspective in health

Presentation	51
I. Conceptual basis to understand our proposal	54
II. Current state of affairs: the intersectional sex and gender perspective in health	59
III. Recommendations	66
Glossary	68

Relació de participants	71
-------------------------------	----

**EQUITAT I PERSPECTIVA
DE SEXE I GÈNERE EN SALUT**

PRESENTACIÓ

El present document del Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona té com a objecte promoure la integració efectiva de la perspectiva interseccional de sexe i gènere en els processos de recerca, docència, assistència i gestió sanitàries, a fi d'assolir una major equitat en salut.

L'equitat és un imperatiu ètic de primer ordre i està alineada amb els principis de justícia i responsabilitat social, reconeguts en la Declaració Universal sobre Bioètica i Drets Humans de l'Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura (UNESCO),¹ instrument jurídic de referència en bioètica. Així mateix, la proposta entronca amb diversos objectius de desenvolupament sostenible (ODS) de l'Agenda 2030, especialment els relatius a la salut i el benestar (ODS 3), la igualtat de gènere (ODS 5) i la reducció de les desigualtats (ODS 10).²

L'Observatori de Bioètica i Dret és un centre de recerca interdisciplinari, fundat el 1995, que analitza les implicacions ètiques, legals i socials de la biomedicina i les biotecnologies.³ El Grup d'Opinió de l'Observatori fomenta el diàleg entre la universitat i la societat partint de l'evidència científica; amb aquesta finalitat, ha publicat diversos documents en què tracta temes d'actualitat sobre els quals no hi ha una opinió unànime, ni en la societat ni en les institucions científiques implicades.⁴ L'Observatori de Bioètica i Dret i el Grup d'Opinió han influït en el desenvolupament de polítiques i normatives, o en la seva modificació; han participat en l'elaboració de guies i protocols de societats científiques i altres agents socials; i, molt especialment, han col·laborat amb els mitjans de comunicació per a millorar la qualitat del debat i la presa de decisions lliure i informada.

Pel que fa a la perspectiva de gènere, des de l'any 2000 el Grup ha analitzat la situació de les dones i la ciència, així com l'agenda transversal

¹ Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura (UNESCO). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (versió oficial en castellà); 2005: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.

² Organització de les Nacions Unides. «Objetivos y metas de desarrollo sostenible» (web oficial en castellà); 2015: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals>.

³ Presentació de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/presentacio>.

⁴ Col·lecció de documents de l'Observatori de Bioètica i Dret: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/documentos>.

d'igualtat de gènere que promou la Unió Europea en recerca i innovació responsables,⁵ amb la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona.⁶ Des de l'Observatori de Bioètica i Dret s'han liderat projectes internacionals sobre la capacitació en gènere per a diferents operadors jurídics i sanitaris, a més de projectes europeus i nacionals que han tractat aquesta qüestió.⁷ D'altra banda, les obres col·lectives sobre bioètica i gènere han contribuït a l'abordatge de la qüestió des d'un enfocament interdisciplinari.⁸ Així mateix, les recomanacions formulades pel Grup respecte a la reproducció humana assistida, la salut sexual i reproductiva i la gestació per substitució han influenciat l'elaboració de polítiques i normatives.⁹

Volem destacar el *Document sobre dones i ciència*, de l'any 2004, coordinat per la Dra. Roser González Duarte,¹⁰ en el qual s'exposa una anàlisi de l'activitat científica, acadèmica i professional de les dones. El Grup va detectar en aquell moment una sèrie de problemes de discriminació que requerien l'adopció de polítiques de gènere en les institucions públiques i privades de recerca i docència; es va constatar que no es desagregaven per sexe les dades necessàries per a conèixer la situació de les dones en les ciències i en nombrosos sectors laborals als quals s'accedeix per mitjà de professions titulades; i es va recalcar que la discriminació no es percep com a tal habitualment, ni per les mateixes interessades ni pel conjunt de la societat.

En aquell document es denunciava l'anomenat «sostre de vidre» i s'assenyalava que la igualtat real entre les dones i els homes no s'assoleix amb bones pràctiques individuals, sinó que exigeix la correcció de les estructures que mantenen i reproduïxen la subordinació social de les dones. El

⁵ Casado, M., Patrão Neves, M. C., De Lecuona, I., Carvalho A. S. i Aratijo, J. *Declaració sobre integritat científica en recerca i innovació responsable*. Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona; 2014: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/declaracio-sobre-integritat-cientifica-en-recerca-i-innovacio-responsable>.

⁶ Vegeu la secció sobre recerca i innovació responsable de la pàgina web de l'Observatori de Bioètica i Dret: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/rti>.

⁷ Per exemple, el projecte «Gènere i Bioètica. Autonomia de les dones en salut», finançat per l'Agència Espanyola de Cooperació Internacional per al Desenvolupament (AECID). Vegeu la secció d'investigacions de l'Observatori de Bioètica i Dret en la seva pàgina web: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/investigacio>.

⁸ Llibres editats per l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/libros>.

⁹ Vegeu, per exemple: *Reedició i anàlisi de l'impacte normatiu dels documents de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència i sobre la interrupció voluntària de l'embaràs* (coordinat per Maria Casado i Eleonora Lamm): <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/reedicio-i-analisi-de-limpacte-normatiu-dels-documentos-de-lobservatori-de-bioetica-i-dret-sobre>.

¹⁰ González Duarte, R. (coord.). *Document sobre dones i ciència*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona; 2004: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/document-sobre-dones-i-ciencia>.

Grup preveia que, en cas que no s'afrontés aquell canvi estructural, la discriminació no desapareixeria i les accions positives serien insuficients, atès que només ajuden a mantenir i encobrir la desigualtat; en aquest sentit, s'afirmava que les polítiques públiques per a la igualtat poden ser un perill si no van adreçades al nucli de la discriminació, perquè projecten una imatge de canvi i progrés, però només constitueixen una mera operació cosmètica.

En l'actualitat, malgrat que comptem amb polítiques i normatives per tractar aquesta qüestió, el seu desenvolupament i compliment, com es veurà, encara és una assignatura pendent. La perspectiva de sexe i gènere és avui una gran absent dels plans d'estudis formatius a tots els nivells. Així doncs, el debat social informat continua sent necessari per erradicar les situacions de desigualtat. En aquesta ocasió, el Grup d'Opinió posa l'atenció en els processos d'investigació i innovació en salut, la pràctica assistencial i l'impacte en el sistema sanitari.

El present document ha estat coordinat per la Dra. Itziar de Lecuona, professora agregada de la Universitat de Barcelona i directora de l'Observatori de Bioètica i Dret; la Dra. Teresa Pont, metgessa especialista en medicina intensiva; i la Dra. Gisela Isabel Fernández Rivas Plata, jurista i professora associada de la Universitat de Barcelona. En la seva elaboració han participat les persones que figuren al llistat final.

Les nostres recomanacions s'adrecen als poders públics, a les societats científiques i als professionals que intervenen en els processos d'assistència, recerca, innovació, gestió i formació. També tenen com a destinatària la ciutadania en conjunt, per fomentar la presa de decisions lliure i informada en l'àmbit de la salut, i perquè la perspectiva de sexe i gènere sigui interseccional.

Aquesta publicació forma part dels resultats del projecte «Qüestions bioètiques no resoltes en l'avaluació de la recerca i la innovació en salut basada en intel·ligència artificial, tecnologies genètiques i dades personals» (BIOEVAINNOLAW).¹¹

¹¹ Projecte de recerca finançat pel Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Investigadora principal: Dra. Itziar de Lecuona. Referència: PID2022-138615OB-I00. Durada: 2023-2027. Més informació: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/ca/projecte-bioevainnolaw>.

I. EL PUNT DE PARTIDA PER ENTENDRE LA NOSTRA PROPOSTA

Termes com *igualtat*, *equitat*, *perspectiva de gènere* i *interseccionalitat*, entre d'altres, acostumen a utilitzar-se en múltiples contextos i amb significats diversos. Aquesta variabilitat és causa d'imprecisions que confonen i impedeixen el diàleg. Per això, comunicar amb precisió la nostra proposta constitueix un repte estratègic i ètic.

Com a punt de partida, per avançar cap a l'equitat de gènere en salut i la transformació real del sistema sanitari, és imprescindible comprendre bé aquests conceptes, diferenciar-los amb rigor i consensuar-ne els significats.

Replantejar la igualtat: de la invisibilització de les diferències al seu reconeixement

Tot i que la inclusió de les dones sota el paraigua de la igualtat jurídica entre éssers humans va significar un gran progrés, aquest model d'igualtat ha estat molt qüestionat per entendre que es fonamenta en un subjecte neutre i ignora les diferències i les desigualtats de poder, a fi d'assolir una igualtat abstracta. La crítica s'ha centrat en evidenciar que les persones no som éssers neutres o indeterminats, sinó que naixem marcades per la diferència sexual que determina biològicament els nostres cossos; venim al món en un context particular; i responem a un temps i un espai concrets, així com a unes condicions de vida i treball diferents.

Sense mancar-li raó, aquesta crítica oblida que la igualtat no és una noció estàtica. Ans al contrari, el concepte ha evolucionat al llarg de la història per incorporar-hi successius grups de persones a partir del reconeixement de diverses característiques que comparteixen.

En el cas de les dones, relegades des de temps antic a un lloc secundari en la societat, aquesta evolució ha estat tan evident com àrdua. Des del segle XIX, amb la intenció d'avançar en les seves reivindicacions, el moviment feminista va apostar per invisibilitzar les diferències entre els sexes, tot destacant la condició de subjecte de dret de la dona. Així, les dones, pel simple fet d'ésser subjectes de dret, havien de poder exercir drets com el de sufragi en iguals condicions que els homes.

Després d'algunes conquestes, amb el temps ha esdevingut necessari revisar les diferències que havien estat desdenyades. En fer-les visibles, apa-

reixen àmbits en els quals històricament s'ha postergat les dones, la qual cosa ha limitat els avenços reals en igualtat. Una d'aquestes diferències és la de sexe. En l'àmbit sanitari, la invisibilització de les diferències —entre elles, la biològica— és especialment preocupant, ja que l'exercici de diversos drets, i en concret del dret a la salut, implica comprendre què és un subjecte sexuat. Per tot això, proposem avançar transformant el subjecte neutre en un subjecte sexuat, de forma que puguem apel·lar al concepte d'igualtat a partir del reconeixement de les diferències i les desigualtats. Allà on els sistemes jurídics no reconeixen les diferències com el sexe, l'edat o el nivell socioeconòmic, hi haurà més situacions de desigualtat i exclusió, puix que no n'hi ha prou amb reconèixer les dones com a éssers humans abstractes o neutres.

Cal subratllar que els sistemes jurídics i les seves categories —i la igualtat n'és una— no creen les diferències; les diferències simplement existeixen i marquen la vida i el cos dels éssers humans. Si l'ordenament jurídic no reconeix o no valora les diferències, es produeixen situacions de desigualtat; al contrari, la valoració de les diferències es tradueix en major equitat per a qui les viu.

Això és el que diferenciaria el tracte discriminatori del tracte diferenciat per raons objectives. El primer implica valorar uns més que uns altres, sense que hi hagi una raó: «els homes tenen dret al vot mentre que les dones, no»; en canvi, en el tracte diferenciat per raons objectives, hi ha motius justificats per tractar les persones «de manera diferent».

Quan el model d'igualtat jurídica que implica el reconeixement de les diferències, tal com el que descrivim aquí, s'incorpora a l'àmbit de la salut, es tradueix en equitat. En aquest àmbit, la **igualtat** implica oferir el mateix tracte i els mateixos recursos a totes les persones, mentre que l'**equitat** exigeix reconèixer les diferències biològiques (sexe), les desigualtats socioculturals (gènere) i la interacció amb altres determinants socials, ajustant les intervencions per reduir bretxes injustes en els resultats. Per tant, quan enunciem el model d'igualtat a partir del reconeixement de les diferències, estem al·ludint al concepte d'equitat.

La importància de la perspectiva de sexe i gènere

La perspectiva de sexe i gènere és una eina analítica que busca fomentar la igualtat entre homes i dones. Amb aquesta finalitat, fa una distinció entre *sexe* i *gènere*. El **sexe** es refereix a les característiques biològiques: genètiques, cromosòmiques, epigenètiques, metabòliques, hormonals, anatòmiques i fisiològiques. El **gènere**, en canvi, al·ludeix als rols, les normes, les expectati-

ves i les relacions de poder socialment construïdes. Podríem dir, doncs, que el sexe és la categoria biològica pròpia dels éssers anisogàmics, mentre que el gènere és el conjunt d'atributs, expectatives i rols socials assignats a cada sexe, així com la situació de poder en què queda un sexe respecte de l'altre.

Aquesta distinció permet analitzar d'on provenen les desigualtats: si responen a factors biològics, a construccions socials o a la interacció entre els uns i els altres. Així mateix, la diferència sexual sol anar acompanyada d'una sèrie de rols i atributs, tradicionalment vistos com a masculins o femenins, que són assignats a la persona i que fins i tot determinen la qualificació dels espais com a masculins, femenins o mixtes.

Incorporar la perspectiva de sexe i gènere a un àmbit específic permet dilucidar si un determinat fenomen constitueix un tracte discriminatori o un tracte diferenciat. En ocasions, un tracte diferenciat ha estat discriminatori, com s'escau amb la invisibilització dels infarts de miocardi en les dones. Aquesta perspectiva permetrà comprendre l'origen del fenomen: bé podria tractar-se de situacions de desigualtat, derivades de qüestions biològiques, com ara de qüestions que obeeixen principalment a la construcció social —rols o atributs— que acompanya l'ésser biològic. En aquest sentit, la perspectiva de sexe i gènere també ens convida a revisar les estructures que han perpetuat i amplificat les desigualtats, així com la forma de fer ciència i les relacions de poder en el si dels grups de recerca i en l'avaluació externa d'experts.

En salut, no obstant, resulta ineludible recuperar el valor explicatiu de la diferència sexual. Els cossos emmalalteixen de manera diferent, requereixen cures diferents i responen de forma diferent a diagnòstics, tractaments i exposicions ambientals. Assumir que aquestes diferències són irrellevants comporta biaixos diagnòstics, errors terapèutics i polítiques sanitàries ineficaces. Un exemple flagrant és l'exclusió històrica de les dones dels assajos clínics: s'han desenvolupat tractaments «per a tots» quan només s'han estudiat en homes. Un altre exemple és l'atribució d'algunes malalties a un sexe, amb conseqüències discriminatòries: el càncer de mama en les dones o les cardiopaties coronàries en els homes.

Davant d'aquest escenari, la perspectiva de sexe i gènere és una eina idònia per identificar els problemes, proposar solucions i dissenyar propostes amb la intenció de millorar les condicions per a l'exercici efectiu del dret a la protecció de la salut, sense deixar de visibilitzar i valorar les diferències.

Medicaments i dispositius mèdics: un model que no és neutre

Tipus de biaix de gènere: Biaix androcèntric d'accés o participació; infrarepresentació femenina en la recerca i l'extrapolació de resultats masculins.

Descripció: Durant dècades, els assajos clínics es van realitzar principalment en homes joves. S'assumia que els resultats eren aplicables a tota la població, tot i que les dones metabolitzen i responen als fàrmacs de forma diferent. Això ha comportat que el risc de reaccions adverses sigui més alt en les dones, amb una diferència d'entre el 50% i el 70% respecte dels homes. La situació és semblant a la dels dispositius mèdics (pròtesis, catèters, sensors o instrumental quirúrgic), dissenyats principalment sobre paràmetres anatòmics masculins, de manera que el risc de complicacions i fallades és més alt quan s'utilitzen en dones o en persones amb diferents proporcions corporals.

Impacte: Major taxa d'efectes adversos i reintervencions en dones; tractaments menys eficaços i manca d'alertes diferenciades per sexe; invisibilització de la diversitat corporal.

El valor de la interseccionalitat

En les darreres dècades han proliferat articles acadèmics sobre la *interseccionalitat*, tecnicisme propi de les ciències socials que s'ha traslladat a la llengua general.

La interseccionalitat, però, és un concepte complex. En l'anàlisi de la desigualtat, denota la multiplicitat de discriminacions que pateix una persona i que en condicionen l'accés a drets i oportunitats. Les persones no experimenten la desigualtat únicament per raó de sexe, sinó per la interacció de diversos eixos o determinants que influeixen en la seva vida, el seu accés als drets i, de manera molt directa, en la seva salut.

En l'àmbit sanitari, aquests eixos de desigualtat es corresponen amb els determinants socials de la salut, entre els quals destaquen: sexe i gènere; edat; nivell socioeconòmic i educatiu; classe social; origen ètnicoracial; situació migratòria; orientació sexual; identitat de gènere; discapacitat física o psíquica; territori i accessibilitat geogràfica; ocupació; i situació familiar o de cures. Quan aquests determinants interactuen amb la diferència sexual,

configuren posicions socials específiques, que poden accentuar la vulnerabilitat, limitar l'accés al sistema de salut o agreujar les condicions de vida i malaltia. Per això, la interseccionalitat permet comprendre que les desigualtats no afecten totes les dones ni tots els homes de la mateixa manera, sinó que depenen de com es combinen aquests factors en cada trajectòria vital.

Tot i que les diferents onades del feminisme, de la mà de la perspectiva de gènere, ja havien mostrat diverses desigualtats estructurals, la mirada interseccional aporta una anàlisi més profunda. No només visibilitza les formes múltiples de discriminació, sinó que revela com aquestes discriminacions modelen les experiències i identitats singulars, en la intersecció de diferents eixos de desigualtat en un temps i un espai concrets.

La perspectiva interseccional ha permès ampliar la defensa dels drets de les dones, més enllà de les reivindicacions inicials de les dones blanques, occidentals i amb privilegis educatius. No només contribueix a qüestionar les bases patriarcals de l'organització social, sinó que visibilitza la complexitat de les múltiples i simultànies formes de discriminació que afecten les persones en funció del sexe i el gènere. Així, cap grup definit per la diferència sexual pot considerar-se homogeni. Assumir-ne l'homogeneïtat implica invisibilitzar desigualtats internes i pot perpetuar —i fins i tot agreujar— les bretxes estructurals que condicionen la vida dels subjectes sexuats.

La perspectiva de sexe i gènere incideix sobre la necessitat de replantejar el subjecte neutre, titular de drets, per passar a entendre'l com a subjecte sexuat, ja que serà la diferència sexual la que determini com exerceix els seus drets. En canvi, la perspectiva interseccional propugna un sistema que tingui en compte les diverses condicions de desigualtat de les persones, no com a sumatòria d'individualitats, sinó com a experiències de vida diferents, traspassades de múltiples eixos.

En aquest context, des de l'Observatori de Bioètica i Dret considerem que, en l'àmbit de la salut, atènyer la igualtat real entre homes i dones exigeix integrar de manera sistemàtica la perspectiva interseccional de sexe i gènere en tots els nivells del sistema sanitari: l'activitat assistencial, la gestió, la formació, la recerca i la innovació. Sols així serà possible elaborar polítiques, intervencions i pràctiques que responguin adequadament a la diversitat de cossos, condicions i experiències que conformen la vida de les persones.

II. ESTAT DE LA QÜESTIÓ: LA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL DE SEXE I GÈNERE EN SALUT

Les diferències biològiques i fisiològiques, juntament amb els rols i estereotips de gènere assignats socialment, fan que dones i homes afrontin condicions diferents de salut, cura i accés als recursos sanitaris. Aquestes diferències, sumades a d'altres determinants socials com l'edat, l'origen, la classe social o la discapacitat, influeixen en el benestar, l'exposició a riscos i la capacitat per prendre decisions informades sobre la pròpia salut.

L'evidència científica demostra que els biaixos de sexe i gènere condicionen el diagnòstic, el tractament i el pronòstic de diverses malalties. Ignorar aquestes dimensions contribueix, com ja s'ha dit, a errors diagnòstics, intervencions menys eficaces i inequitats evitables en salut, la qual cosa fa imprescindible abordar-les de manera sistemàtica tant en la recerca com en la pràctica clínica i en les polítiques sanitàries.

Estereotips de gènere en la comunicació clínica

Tipus de biaix de gènere: Biaix de rol o estereotip; diferències en l'escolta, la credibilitat i la interacció.

Descripció: En la relació metge-pacient, els estereotips de gènere influeixen en com s'interpreta i es valora el relat dels malats. Les dones són interrompudes amb més freqüència, les seves consultes duren menys i els seus relats es consideren menys creïbles o més emocionals; per exemple, en l'atenció d'urgència, les dones esperen més estona abans de rebre analgèsia, i els símptomes sovint s'interpreten com si fossin ansietat, estrès o sensibilitat emocional. Els homes, en canvi, acostumen a ser escoltats amb més atenció i el seu discurs es percep com a més racional o rellevant. Aquestes diferències també afecten les professionals sanitàries, a qui es qüestiona el judici clínic amb més freqüència que als homes, tant per part de pacients com de col·legues.

Impacte: Pèrdua d'informació diagnòstica rellevant; retards en el tractament; menor adherència al tractament; desconfiança i deteriorament de la relació assistencial.

Durant dècades, la recerca biomèdica ha considerat l'home com a model universal, propiciant un **biaix androcèntric** que condiona els diagnòstics, els tractaments i la seguretat dels medicaments, amb conseqüències especialment negatives per a les dones, incloses les gestants. A conseqüència d'aquesta visió reduccionista, els resultats de molts estudis s'han extrapolat a tota la població sense considerar les diferències de sexe i gènere, limitant l'eficàcia i compromentent la seguretat dels tractaments.

En l'àmbit sanitari coexisteixen biaixos de sexe i gènere que operen simultàniament i que només poden identificar-se amb claredat si s'adopta una perspectiva interseccional:

- **Baix d'accés o participació**, que restringeix la inclusió de les dones en assajos clínics, programes preventius o posicions de lideratge científic.
- **Biaix institucional o estructural**, que és present en normes i procediments que penalitzen la maternitat o les cures en les carreres científiques i assistencials.
- **Biaix de rol o estereotip**, que associa el malestar femení a causes emocionals i el masculí a causes orgàniques, alterant diagnòstics i tractaments.
- **Biaix d'invisibilització**, que omet l'experiència i les aportacions de les dones en ciència i medicina i que es reflecteix en la manca de dades desagregades per sexe o anàlisis de gènere.
- **Biaix d'interpretació**, que considera les diferències biològiques femenines com a desviacions respecte de la norma masculina.
- **Biaix d'omissió interseccional**, que ignora la interacció entre el gènere i altres eixos de desigualtat, per la qual cosa amaga les discriminacions múltiples.
- **Biaix algorísmic**, emergent amb la intel·ligència artificial en salut, que reproduceix i reforça prejudicis per estar entrenat sobre patrons masculins, sobretot d'homes blancs.
- **Biaix ambiental**, que fa referència a les desigualtats en l'exposició o vulnerabilitat als factors ambientals (contaminació, canvi climàtic, accés a recursos naturals, disruptors endocrins, etc.), o bé en els seus efectes.
- **Biaix de sexe**, derivat de no considerar adequadament les diferències biològiques entre dones i homes en la recerca, el diagnòstic o el tractament de les malalties.

Aquests biaixos repercuteixen en la producció del coneixement, la pràctica clínica, la docència i la gestió de recursos. Es tradueixen en retards i errors en els diagnòstics, tractaments inadequats, reaccions adverses evitables i exclusió de col·lectius vulnerables, per la qual cosa comprometen la qualitat, l'eficàcia i la seguretat assistencial.

Anàlisis clíniques: interpretació de les alteracions freqüents en la dona com a valors normals

Tipus de biaix de gènere: Biaix d'interpretació i biaix de sexe.

Descripció: Els valors de referència de les anàlisis clíniques, pel que fa a la freqüència de les alteracions, s'interpreten com si fossin valors de normalitat. En les dones, per exemple, la xifra de tall baix de la ferritina i l'hemoglobina confon el que és freqüent amb el que és normal. Així, les ferropènies s'accepten com si fossin normals en les dones pel simple fet que són més prevalents que en els homes.

Impacte: Inequitat en el diagnòstic i el tractament; ineficàcia en la resolució de les anèmies ferropèniques i la deficiència de ferro.

Les convocatòries de finançament i les editorials científiques demanen expressament que s'incorpori la perspectiva de sexe i gènere en els estudis, que se segueixi l'agenda transversal de la Unió Europea en matèria de recerca i innovació responsables, que es contribueixi als objectius de desenvolupament sostenible i que s'utilitzi el llenguatge inclusiu, entre d'altres requisits.

En la pràctica, però, el compliment d'aquests requisits es verifica a partir d'una mera declaració, sense que es determini quins indicadors s'apliquen per avaluar-los; tampoc s'analitzen els resultats ni l'impacte clínic i social, de manera que se'n veuen limitades l'efectivitat i la transferència a l'activitat assistencial. D'altra banda, no es coneix com s'avalua la informació aportada en els projectes per part dels comitès d'ètica ni dels organismes finançadors; tot i que la concessió dels fons està supeditada a la condició que el personal investigador consignï aquesta informació en les propostes, no hi ha mecanismes per fer-ne un seguiment efectiu en els estudis finançats.

Malgrat els avenços normatius orientats a la igualtat de gènere i l'equitat en salut, moltes polítiques segueixen sense aplicar-se plenament. La manca d'implementació no només perpetua desigualtats, sinó que implica un cost econòmic i humà evitable en sistemes sanitaris amb recursos limitats.

Infart de miocardi i diferències invisibles

Tipus de biaix de gènere: Biaix d'interpretació i de rol o estereotip; infravaloració de símptomes femenins.

Descripció: Els criteris diagnòstics de l'infart agut de miocardi s'han basat tradicionalment en els símptomes «típics», és a dir els masculins. Les dones presenten manifestacions diferents (fatiga, dispnea, nàusees), que han estat considerades «atípiques».

Impacte: Retards en el diagnòstic i major mortalitat femenina.

La perspectiva interseccional de sexe i gènere permet reconèixer que la salut no depèn únicament de la biologia, sinó també de factors socials, culturals, econòmics i ambientals que determinen com s'emmalalteix, com s'accedeix a l'atenció sanitària i quina qualitat té aquesta atenció. Incorporar aquesta perspectiva implica orientar l'acció sanitària cap a l'equitat, situant les persones —i no només les malalties— en el centre de les polítiques públiques, la investigació, la innovació i la pràctica clínica, així com també en la docència i la capacició. Aquesta proposta reconeix la diversitat d'experiències i condicions de vida, i té com a objectiu garantir que tant el procés com els resultats siguin més justos, inclusivament i sensibles a les diferències que caracteritzen l'individu en cada moment.

Sense la incorporació d'una perspectiva interseccional de sexe i gènere, persisteixen desigualtats en la prevenció, el diagnòstic, el tractament i els resultats de salut, amb un impacte especialment rellevant en determinats col·lectius. Sovint es passa per alt que els biaixos de sexe i de gènere poden vulnerar l'autonomia personal, coartant la presa de decisions lliure i informada, i ocasionar conflictes en el moment de portar a la pràctica principis com els de beneficència, no maleficència i justícia.

Aquesta perspectiva no és un afegit opcional, sinó una condició indefugible per avançar cap a unes ciències de la salut més rigoroses, equitatives i centrades en les persones. Suposa dissenyar investigacions, guies clíniques i polítiques públiques que incorporin dades desagregades, anàlisis estratificades i avaluació de l'impacte diferencial, amb l'objectiu de reduir bretxes injustes i millorar la qualitat i seguretat de l'atenció sanitària.

En la nostra opinió, la integració de la perspectiva interseccional de sexe i gènere en salut, en termes generals, pot:

- contribuir a l'equitat i la igualtat en salut, pel fet de reconèixer les diferències biològiques i les desigualtats socials que condicionen el procés salut-malaltia, i per incorporar la diversitat d'identitats i experiències de dones, homes i persones trans, intersexuals i no binàries;
- impulsar la producció de dades i resultats desagregats per sexe, gènere i altres determinants socials, a més d'incloure categories i col·lectius històricament invisibilitzats en la recerca, l'anàlisi i la presa de decisions;
- reduir les bretxes en morbiditat, mortalitat i qualitat de vida associades a desigualtats de gènere i altres formes de discriminació, tot promovent una atenció més justa i centrada en les persones;
- visibilitzar i qüestionar els biaixos i dobles estàndards presents en la pràctica clínica, la recerca, la docència i la gestió sanitària, pel fet d'enfortir un enfocament ètic i de respecte envers els drets humans;
- contribuir a la salut global de forma sostenible i alineada amb l'agenda verda dels objectius de desenvolupament sostenible, pel fet de reconèixer que les dones i els grups de persones més desfavorides són les que pateixen amb més intensitat els efectes de la crisi climàtica i ambiental.

Aquesta perspectiva no pot dissociar-se del concepte «una sola salut», proposat per l'Organització Mundial de la Salut, el qual reconeix la interdependència entre la salut humana, animal i ambiental, i que resulta imprescindible per afrontar els reptes actuals de sostenibilitat, canvi climàtic i justícia social.¹²

Promoure un canvi real exigeix claredat conceptual i acció coordinada entre tots els agents del sistema. Partim de l'evidència científica, però també hem d'incorporar el relat i l'experiència de les persones implicades, integrant la seva veu en els processos de decisió, recerca i pràctica clínica des de la perspectiva interseccional de sexe i gènere en salut.

¹² Organització Mundial de la Salut (OMS). «Una sola salut»; pàgina actualitzada el 23 d'octubre del 2023 (versió oficial en castellà): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.

Intel·ligència artificial i biaix algorísmic

Tipus de biaix de gènere: Biaix algorísmic i institucional.

Descripció: Els algorismes d'intel·ligència artificial utilitzats en medicina, i en general en les ciències de la salut, es nodreixen de bases de dades que no són representatives, ja que contenen primordialment informació relativa a homes blancs. D'aquesta manera, es programen models predictius que infradiagnostiquen les dones, les persones grans o les minories ètniques, perpetuant i amplificant les situacions de desigualtat i discriminació.

Impacte: Diagnòstics menys precisos i decisions clíniques potencialment discriminatòries.

Considerant:

- Que la desigualtat en salut no es limita a situacions aïllades, sinó que constitueix un problema estructural profundament arrelat en la cultura biomèdica i en l'organització dels sistemes sanitaris; que s'expressa de diferent forma en funció del sexe, el gènere i la interacció amb altres determinants socials; i que impregna la pràctica clínica, la formació, la recerca, la producció de dades i el seu anàlisi, la gestió de recursos i la presa de decisions.
- Que l'absència històrica de dades desagregades i de mecanismes efectius de rendició de comptes ha dificultat la detecció, el seguiment i la correcció de les desigualtats en salut, tot minant la capacitat d'elaborar polítiques sanitàries i prendre decisions clíniques basades en l'evidència, especialment per a les poblacions vulnerables.
- Que ignorar categories com el sexe i el gènere, així com les interaccions d'aquestes amb els determinants socials de la salut, afecta de manera directa l'atenció clínica, per la qual cosa repercuteix en la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les malalties, i per tant en els resultats de salut.
- Que les dones continuen estant infrarepresentades en els assajos clínics i en el disseny de les tecnologies sanitàries, sense tenir en compte degudament les diferències anatòmico-fisiològiques entre els sexes ni la seva interacció amb l'edat o la discapacitat.

-
- Que l'avaluació de les anàlisis clíniques i els intervals normals no té en compte desigualtats biològiques entre homes i dones.
 - Que les grans bases de dades i els sistemes d'intel·ligència artificial no només reproduïxen els biaixos de gènere en la pràctica assistencial, sinó que poden amplificar-los, atès que els algorismes s'entrenen amb dades no representatives, centrades en l'home blanc; i que, d'aquesta forma, els models predictius reforcen les desigualtats clíniques per sexe, gènere, edat i origen.
 - Que persisteix un dèficit estructural de finançament específic per a investigacions que incorporin la perspectiva de sexe i gènere i l'enfocament interseccional en salut; tot i que la normativa i les convocatòries públiques ho exigeixen, pocs projectes integren aquestes anàlisis de forma rigorosa i efectiva.
 - Que la perspectiva interseccional de sexe i gènere és insuficient, quan no inexistent, en els programes de grau, postgrau i doctorat en ciències de la salut i disciplines afins; tampoc existeix un abordatge interdisciplinari que permeti tractar els problemes complexos i plantejar-hi solucions.
 - Que els comitès d'ètica assistencial i ètica de la recerca no sempre exigeixen que s'analitzin les diferències relatives al sexe i el gènere, juntament amb l'impacte clínic i social, de tal manera que se'n perpetua la invisibilització en l'evidència científica i la presa de decisions.
 - Que la integració de la perspectiva interseccional de sexe i gènere requereix no només voluntat normativa, sinó una dotació adequada de recursos econòmics, humans i tècnics, sense els quals aquestes mesures corren el risc de quedar relegades a declaracions formals, sense influència real en l'atenció sanitària.
 - Que les dones i els col·lectius desfavorits pateixen de forma desproporcionada els efectes del canvi climàtic i la degradació ambiental sobre la salut, amb repercussions directes en la càrrega de morbiditat i l'accés a les cures i la pràctica clínica.

Formulem les recomanacions següents.

III. RECOMANACIONS

1. Admetre que les desigualtats de sexe i gènere en salut constitueixen un problema estructural del sistema sanitari, que es manifesta de forma diferenciada segons l'edat, l'origen, la posició socioeconòmica, la capacitat funcional, la identitat de gènere, l'orientació sexual i el territori. Aquest reconeixement ha d'incorporar-se de manera transversal en la governança, la planificació sanitària i l'avaluació de les polítiques públiques.
2. Incorporar de forma sistemàtica la perspectiva interseccional de sexe i gènere en la prevenció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de les malalties, com a requisit de qualitat assistencial i seguretat del pacient, a fi de garantir una atenció adaptada, equitativa i centrada en la persona.
3. Incloure dades desagregades per sexe, gènere i altres determinants socials en els sistemes d'informació sanitària, els registres clínics, els estudis i les avaluacions, amb anàlisis estratificades que permetin detectar-hi desigualtats clíniques, avaluar els resultats de salut i orientar la presa de decisions basada en l'evidència científica. Aquesta mesura és especialment necessària en els sistemes de seguretat clínica, farmacoteràpia i farmacovigilància, en què hauria d'aportar-se una anàlisi diferenciada d'eficàcia, seguretat i resultats de salut, amb especial atenció a les poblacions infrarepresentades, a fi de reduir danys evitables.
4. Actualitzar les guies clíniques, els protocols assistencials i les alertes de seguretat per tal que incorporin dades diferenciades per sexe i gènere, així com per altres eixos de desigualtat rellevants, incloent-hi indicadors d'equitat i resultats clínics.
5. Establir indicadors avaluable per a la perspectiva interseccional de sexe i gènere en projectes de recerca, en relació amb el disseny metodològic, els aspectes ètics, l'anàlisi de resultats i la mesura de l'impacte clínic i social. Aquests indicadors han de constar expressament en les propostes presentades a les convocatòries de finançament i no han d'avaluar-se només com a mera formalitat.
6. Incorporar criteris ètics en el disseny, la validació i l'avaluació de les tecnologies sanitàries i els sistemes d'intel·ligència artificial, tot garan-

tint-hi l'ús de dades representatives i analitzant-ne l'impacte en la pràctica clínica per evitar la reproducció o amplificació de biaixos.

7. Destinar un finançament específic, suficient i sostingut a la recerca per tal d'assegurar l'equitat i la perspectiva de sexe i gènere en salut. Així mateix, s'ha de garantir que els resultats es transfereixen a la pràctica clínica i les polítiques sanitàries.
8. Integar de manera obligatòria, transversal i avaluable la formació en perspectiva interseccional de sexe i gènere en els programes de grau, postgrau, formació sanitària especialitzada i formació contínua, a fi de capacitar els professionals perquè puguin detectar i evitar desigualtats, millorar la seguretat clínica i prestar una atenció basada en l'equitat i l'evidència científica.
9. Exigir que els comitès d'ètica assistencial i d'ètica de la recerca incorporin de forma sistemàtica l'avaluació de les diferències de sexe i gènere com a criteri metodològic i ètic. Amb aquesta finalitat, és necessari capacitar les persones que integren els comitès, així com augmentar la transparència dels processos decisoris per conèixer els criteris que s'hi apliquen en les deliberacions i dictàmens.
10. Incorporar la perspectiva interseccional de sexe i gènere en les polítiques de sostenibilitat sanitària, com a forma de promoure entorns, sistemes i pràctiques assistencials que redueixin l'empremta ecològica, garanteixin la justícia ambiental i protegeixin la salut de les generacions presents i futures.

GLOSSARI

En aquest glossari recollim, sense ànim d'exhaustivitat, alguns dels termes clau que fem servir en el text del present document de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Androcentrisme. Supòsit que considera allò que és propi i característic del mascle com a centre del món, paràmetre d'estudi de la realitat i experiència universal de l'espècie humana. La visió androcèntrica confon la humanitat amb l'home-masclé. És una forma específica de sexisme, que es manifesta sobretot en l'ocultació de les dones i en la seva indefinició.

Biaix de gènere. Distorsió sistemàtica en la percepció, l'anàlisi o la presa de decisions, que s'origina pels estereotips i rols de gènere. Aquests biaixos poden afectar la producció i l'aplicació del coneixement, les polítiques públiques o l'exercici professional, comportant desigualtats en el tracte, l'atenció o la valoració de dones i homes. En l'àmbit sanitari, els biaixos de gènere es manifesten en el diagnòstic, el tractament, la recerca i la gestió del coneixement, i contribueixen a les inequitats en salut.

Desigualtat de gènere. Situació en què dones i homes no gaudeixen del mateix accés, control ni aprofitament dels recursos, drets, responsabilitats i oportunitats en els diferents àmbits de la vida social, econòmica, política i sanitària. Aquestes desigualtats tenen origen en les normes, els rols i els estereotips de gènere que atorguen diferent valor i diferent poder a allò que és masculí i allò que és femení, de manera que conformen discriminacions estructurals que afecten especialment les dones.

Doble estàndard. Aplicació de criteris, expectatives o judicis diferents per valorar comportaments, capacitats o mèrits de dones i homes en condicions equivalents. Es tracta d'un biaix que pot produir-se de forma explícita o implícita en els processos de selecció, promoció i avaluació professional, acadèmica o científica, provocant desigualtats en el reconeixement i les oportunitats.

Equitat de gènere. Principi de justícia que garanteix un tracte imparcial entre dones i homes, segons les seves necessitats, condicions i contextos específics. L'equitat de gènere pot implicar un tractament igual o diferenciat, sempre que condueixi a resultats equivalents en termes de

drets, beneficis, oportunitats i obligacions. És un mitjà per assolir la igualtat de gènere, corregint les desigualtats històriques i estructurals.

Gènere. Conjunt de valors, sentiments, actituds, comportaments, capacitats i rols, entre altres atributs, assignats culturalment a una persona pel fet de néixer amb un sexe o l'altre, en funció d'allò que en cada societat i cada moment històric es consideri que ha de ser i fer una dona o un home. És una construcció cultural que limita el desenvolupament integral de les persones.

Igualtat de gènere. Situació en què tots els éssers humans són lliures de desenvolupar les seves capacitats personals i prendre les seves pròpies decisions, sense cap mena de limitació imposada pels rols tradicionals. En tal situació es valoren i potencien les diferents conductes, aspiracions i necessitats de les dones i els homes, de manera igualitària. El concepte inclou no només la igualtat *de iure*, sinó també *de facto*, i no només la igualtat d'oportunitats, sinó també de resultats.

Inequitat de gènere. Forma de desigualtat que es considera injusta, evitable i socialment construïda. Més que simples diferències, les inequitats sorgeixen d'estructures, normes o polítiques que impliquen desavantatges sistemàtics per a determinats grups socials. En l'àmbit de la salut, la inequitat es manifesta quan les dones i altres col·lectius experimenten pitjors condicions, accés o resultats assistencials per causa de factors socials, econòmics o culturals, més que per factors biològics.

Interseccionalitat. Enfocament que analitza com diferents categories socials (gènere, classe, ètnia, edat, etc.) s'entrecreuen i configuren desigualtats acumulatives. En l'àmbit de la salut, s'analitza la interacció entre els factors socials i els determinants biològics, de la qual sorgeixen desigualtats de salut, accés i resultats assistencials. S'utilitza en la promoció de polítiques i investigacions orientades a l'equitat.

Perspectiva de sexe i gènere. Eina que permet identificar, qüestionar i transformar les desigualtats entre dones i homes. Analitza com les diferències biològiques (sexe) i les construccions culturals (gènere) influeixen en l'accés als recursos, la participació, la presa de decisions i els resultats en qualsevol àmbit, especialment en els d'ocupació, educació, recerca o salut. L'objectiu d'aquesta eina és promoure la igualtat efectiva i l'equitat entre dones i homes.

Rol de gènere. Conjunt de comportaments, funcions, tasques, responsabilitats i atributs que una societat assigna a les persones en funció del sexe;

es tracta de construccions històriques i modificables, que reflecteixen la divisió sexual del treball i les relacions de poder. Aquests rols es configuren com a expectatives culturals que defineixen el que es considera «apropiat» per a dones i homes en una societat, condicionant-ne la identitat, l'autoestima i les oportunitats vitals. L'incompliment acostuma a implicar sancions o reprovació social.

Sexe. Condició orgànica, masculina o femenina, d'un ésser viu, determinada pel tipus de cèl·lules germinals que produeixen les seves gònades: espermatozous o òvuls, respectivament. El sexe ve establert a nivell cel·lular per un parell especial de cromosomes, que en l'espècie humana i la resta de mamífers són XY en el mascle i XX en la femella, i es manifesta externament pels caràcters sexuals secundaris.

Sostre de vidre. Barreres invisibles que dificulten l'accés de les dones als nivells més elevats de responsabilitat o decisió dins les organitzacions. Aquestes limitacions no se sustenten en normes formals, sinó en estructures, estereotips i pràctiques culturals que perpetuen la desigualtat.

**EQUIDAD Y PERSPECTIVA
DE SEXO Y GÉNERO EN SALUD**

PRESENTACIÓN

El presente documento del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona tiene por objeto promover la integración efectiva de la perspectiva interseccional de sexo y género en los procesos de investigación, docencia, asistencia y gestión sanitarias, para lograr una mayor equidad en salud.

La equidad es un imperativo ético de primer orden y está alineada con los principios de justicia y responsabilidad social, reconocidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO),¹ instrumento jurídico de referencia en bioética. Asimismo, la propuesta entronca con diversos objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de la Agenda 2030, especialmente los relativos a la salud y el bienestar (ODS 3), la igualdad de género (ODS 5) y la reducción de las desigualdades (ODS 10).²

El Observatorio de Bioética y Derecho es un centro de investigación interdisciplinario, fundado en 1995, que analiza las implicaciones éticas, legales y sociales de la biomedicina y las biotecnologías.³ El Grupo de Opinión del Observatorio fomenta el diálogo entre la universidad y la sociedad partiendo de la evidencia científica; para ello, ha publicado diversos documentos en los que trata temas de actualidad sobre los que no existe una opinión unánime, ni en la sociedad ni en las instituciones científicas implicadas.⁴ El Observatorio de Bioética y Derecho y el Grupo de Opinión han influido en el desarrollo de políticas y normativas, o en su modificación; han participado en la elaboración de guías y protocolos de sociedades científicas y otros agentes sociales; y, muy señaladamente, han colaborado con los medios de comunicación para mejorar la calidad del debate y la toma de decisiones libre e informada.

Por lo que concierne a la perspectiva de género, desde el año 2000 el

¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos; 2005: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.

² Organización de las Naciones Unidas. «Objetivos y metas de desarrollo sostenible»; 2015: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals>.

³ Presentación del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/presentacion>.

⁴ Colección de documentos del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/documentos>.

Grupo ha analizado la situación de las mujeres y la ciencia, así como la agenda transversal de igualdad de género que promueve la Unión Europea en investigación e innovación responsables,⁵ con la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona.⁶ Desde el Observatorio de Bioética y Derecho se han liderado proyectos internacionales sobre la capacitación en género para distintos operadores jurídicos y sanitarios, además de proyectos europeos y nacionales que han tratado esta cuestión.⁷ Por su parte, las obras colectivas sobre bioética y género han contribuido al abordaje de la cuestión desde un enfoque interdisciplinario.⁸ Asimismo, las recomendaciones formuladas por el Grupo respecto a la reproducción humana asistida, la salud sexual y reproductiva y la gestación por sustitución han influido en la elaboración de políticas y normativas.⁹

Queremos destacar el *Documento sobre mujeres y ciencia*, del año 2004, coordinado por la Dra. Roser Gonzàlez Duarte,¹⁰ en el cual se expone un análisis de la actividad científica, académica y profesional de las mujeres. El Grupo detectó entonces una serie de problemas de discriminación que requerían adoptar políticas de género en las instituciones públicas y privadas de investigación y docencia; se constató que no se desagregaban por sexo los datos necesarios para conocer la situación de las mujeres en las ciencias y en numerosos sectores laborales a los que se accede mediante profesiones tituladas; y se recalcó que la discriminación no se percibe como tal habitualmente, ni por las mismas interesadas ni por el conjunto de la sociedad.

En el citado documento se denunciaba el llamado «techo de cristal» y se señalaba que la igualdad real entre las mujeres y los hombres no se alcan-

⁵ Casado, M., Patrão Neves, M. C., De Lecuona, I., Carvalho A. S. y Araújo, J. *Declaración sobre integridad científica en investigación e innovación responsable*. Observatorio de Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona; 2014: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/declaracion-sobre-integridad-cientifica-en-investigacion-e-innovacion-responsable>.

⁶ Véase la sección sobre investigación e innovación responsables de la página web del Observatorio de Bioética y Derecho: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/rri>.

⁷ Por ejemplo, el proyecto «Género y bioética: Autonomía de las mujeres en salud», financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Véase la sección de investigaciones del Observatorio de Bioética y Derecho en su página web: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/investigacion>.

⁸ Libros editados por el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/libros>.

⁹ Véase, por ejemplo: *Reedición y análisis del impacto normativo de los documentos del Observatorio de Bioética y Derecho sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia y sobre la interrupción voluntaria del embarazo* (coordinado por María Casado y Eleonora Lamm): <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/reedicion-y-analisis-del-impacto-normativo-de-los-documentos-del-observatorio-de-bioetica-y-derech-0>.

¹⁰ González Duarte, R. (coord.). *Documento sobre mujeres y ciencia*. Barcelona: Observatorio de Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona; 2004: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/documento-sobre-mujeres-y-ciencia>.

za con buenas prácticas individuales, sino corrigiendo las estructuras que mantienen y reproducen la subordinación social de las mujeres. El Grupo preveía que, de no afrontarse ese cambio estructural, la discriminación no desaparecería y las acciones positivas serían insuficientes, pues solo ayudan a mantener y a encubrir la desigualdad; en este sentido, se afirmaba que las políticas públicas para la igualdad pueden ser un riesgo si no van dirigidas al núcleo de la discriminación, porque proyectan una imagen de cambio y de progreso, pero solo constituyen una mera operación cosmética.

En la actualidad, si bien se cuenta con políticas y normativas para tratar esta cuestión, su desarrollo y cumplimiento, como se verá, es todavía una asignatura pendiente. La perspectiva de sexo y género es hoy una gran ausente en los planes de estudios formativos a todos los niveles. Así, el debate social informado sigue siendo necesario para erradicar las situaciones de desigualdad. En esta ocasión, el Grupo de Opinión pone la atención en los procesos de investigación e innovación en salud, la práctica asistencial y el impacto en el sistema sanitario.

El presente documento ha sido coordinado por la Dra. Itziar de Lecuona, profesora agregada y directora del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona; la Dra. Teresa Pont, médica especialista en medicina intensiva; y la Dra. Gisela Isabel Fernández Rivas Plata, jurista y profesora asociada de la Universidad de Barcelona. En su elaboración han participado las personas que figuran en el listado final.

Nuestras recomendaciones van dirigidas a los poderes públicos, a las sociedades científicas y a los profesionales que intervienen en los procesos de asistencia, investigación, innovación, gestión y formación. También tienen como destinataria a la ciudadanía en su conjunto, para fomentar la toma de decisiones libre e informada en el ámbito de la salud y para que la perspectiva de sexo y género sea interseccional.

Esta publicación forma parte de los resultados del proyecto «Cuestiones bioéticas no resueltas en la evaluación de la investigación y la innovación en salud basada en inteligencia artificial, tecnologías genéticas y datos personales» (BIOEVAINNOLAW).¹¹

¹¹ Proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Investigadora principal: Dra. Itziar de Lecuona. Referencia: PID2022-138615OB-I00. Duración: 2023-2027. Más información: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/proyecto-bioevainnolaw>.

I. EL PUNTO DE PARTIDA PARA ENTENDER NUESTRA PROPUESTA

Términos como *igualdad*, *equidad*, *perspectiva de género* e *interseccionalidad*, entre otros, suelen utilizarse en múltiples contextos y con significados diversos. Esta variabilidad da pie a imprecisiones que confunden e impiden el diálogo. Por eso, comunicar con precisión nuestra propuesta constituye un reto estratégico y ético.

Como punto de partida, para avanzar hacia la equidad de género en salud y la transformación real del sistema sanitario, es imprescindible comprender bien estos conceptos, diferenciarlos con rigor y consensuar sus significados.

Replantear la igualdad: de la invisibilización de las diferencias a su reconocimiento

Aunque la inclusión de las mujeres bajo el paraguas de la igualdad jurídica entre seres humanos significó un gran avance, este modelo de igualdad ha sido muy cuestionado por entender que se fundamenta en un sujeto neutro e ignora las diferencias y las desigualdades de poder, a fin de alcanzar una igualdad abstracta. La crítica se ha centrado en evidenciar que las personas no somos seres neutros o indeterminados, sino que nacemos marcadas por la diferencia sexual que determina biológicamente nuestros cuerpos; venimos al mundo en un contexto particular; y respondemos a un tiempo y un espacio concretos, así como a unas condiciones de vida y trabajo diferentes.

Sin faltarle razón, esta crítica suele olvidar que la igualdad no es una noción estática. Antes bien, el concepto ha evolucionado a lo largo de la historia para incorporar sucesivos grupos de personas a partir del reconocimiento de diversas características que comparten.

En el caso de las mujeres, relegadas desde antiguo a un lugar secundario en la sociedad, esta evolución es tan evidente como ardua. Desde el siglo XIX, con la intención de avanzar en sus reivindicaciones, el movimiento feminista apostó por invisibilizar las diferencias entre los sexos, destacando la condición de sujeto de derecho de la mujer. Así, las mujeres, por el mero hecho de ser sujetos de derecho, deberían poder ejercer derechos como el de sufragio en iguales condiciones que los hombres.

Tras algunas conquistas, con el tiempo ha sido necesario revisar las diferencias que en su momento fueron desdeñadas. Al visibilizarlas, aparecen ámbitos en los que históricamente se ha postergado a las mujeres, lo que ha limitado los avances reales en igualdad. Una de estas diferencias es la de sexo. En el ámbito sanitario, la invisibilización de las diferencias —entre ellas, la biológica— es especialmente preocupante, ya que el ejercicio de diversos derechos, y en concreto el derecho a la salud, implica comprender qué es un sujeto sexuado. Por todo ello, proponemos avanzar transformando el sujeto neutro en uno sexuado, de forma que podamos apelar al concepto de igualdad a partir del reconocimiento de las diferencias y las desigualdades. Donde los sistemas jurídicos no reconocen las diferencias como el sexo, la edad o el nivel socioeconómico, habrá más situaciones de desigualdad y exclusión, pues no basta con reconocer a las mujeres como seres humanos abstractos o neutros.

Conviene hacer hincapié en que los sistemas jurídicos y sus categorías —y la igualdad es una de ellas— no crean las diferencias; las diferencias simplemente existen y marcan la vida y los cuerpos de los seres humanos. Si el ordenamiento jurídico no reconoce o no valora las diferencias, se producen situaciones de desigualdad; por el contrario, la valoración de las diferencias se traduce en mayor equidad para quienes las viven.

Esto es lo que diferenciaría el trato discriminatorio del trato diferenciado por razones objetivas. El primero implica valorar más a unos que a otros, sin que haya una razón para ello: «los hombres tienen derecho al voto mientras que las mujeres no»; en cambio, en el trato diferenciado por razones objetivas, existen motivos justificados para tratar «de manera diferente» a las personas.

El modelo de igualdad jurídica que implica el reconocimiento de las diferencias, que es el aquí descrito, al ser incorporado al ámbito de la salud, se traduce en equidad. En este ámbito, la **igualdad** implica ofrecer el mismo trato y los mismos recursos a todas las personas, mientras que la **equidad** exige reconocer las diferencias biológicas (sexo), las desigualdades socioculturales (género) y la interacción con otros determinantes sociales, ajustando las intervenciones para reducir brechas injustas en los resultados. Por tanto, cuando enunciamos el modelo de igualdad a partir del reconocimiento de las diferencias, estamos aludiendo al concepto de equidad.

La importancia de la perspectiva de sexo y género

La perspectiva de sexo y género constituye una herramienta analítica que busca fomentar la igualdad entre hombres y mujeres. Para ello, distingue

entre *sexo* y *género*. El **sexo** se refiere a las características biológicas: genéticas, cromosómicas, epigenéticas, metabólicas, hormonales, anatómicas y fisiológicas. El **género**, en cambio, alude a los roles, las normas, las expectativas y las relaciones de poder socialmente construidas. Podríamos decir entonces que el sexo es la categoría biológica propia de los seres anisogámicos, mientras que el género es el conjunto de atributos, expectativas y roles sociales asignados a cada sexo, así como la situación de poder en la que queda un sexo respecto al otro.

Esta distinción permite analizar de dónde provienen las desigualdades: si responden a factores biológicos, a construcciones sociales o a la interacción entre ambos. Asimismo, la diferencia sexual suele acompañarse de una serie de roles y atributos, tradicionalmente vistos como masculinos o femeninos, que son asignados a la persona y que inclusive determinan la calificación de los espacios como masculinos, femeninos o mixtos.

Incorporar la perspectiva de sexo y género a un ámbito específico permite dilucidar si un determinado fenómeno constituye un trato discriminatorio o un trato diferenciado. En ocasiones, un trato diferenciado ha sido discriminatorio, como ocurre con la invisibilización de los infartos de miocardio en las mujeres. Esta perspectiva permitirá comprender el origen del fenómeno, pues bien podría tratarse de situaciones de desigualdad, derivadas de cuestiones biológicas, como de cuestiones que obedecen principalmente a la construcción social —roles o atributos— que acompaña a ese ser biológico. En este sentido, la perspectiva de sexo y género también nos invita a revisar las estructuras que han perpetuado y amplificado las desigualdades, así como la forma de hacer ciencia y las relaciones de poder en el seno de los grupos de investigación y en la revisión por pares.

En salud, sin embargo, resulta ineludible recuperar el valor explicativo de la diferencia sexual. Los cuerpos enferman de forma diferente, requieren cuidados diferentes y responden de manera diferente a diagnósticos, tratamientos y exposiciones ambientales. Asumir que estas diferencias son irrelevantes conlleva sesgos diagnósticos, errores terapéuticos y políticas sanitarias ineficaces. Un ejemplo flagrante es la exclusión histórica de las mujeres de los ensayos clínicos: se han desarrollado tratamientos «para todos» cuando solo se han estudiado en los hombres. Otro ejemplo es la atribución de algunas enfermedades a un sexo, con consecuencias discriminatorias: el cáncer de mama en las mujeres o las cardiopatías coronarias en los hombres.

Ante este escenario, la perspectiva de sexo y género es una herramienta idónea para identificar los problemas, proponer soluciones y diseñar propuestas con miras a mejorar las condiciones para el ejercicio efectivo del

derecho a la protección de la salud, sin dejar de visibilizar y valorar las diferencias.

Medicamentos y dispositivos médicos: un modelo que no es neutro

Tipo de sesgo de género: Sesgo androcéntrico de acceso o participación; infrarrepresentación femenina en investigación y extrapolación de resultados masculinos.

Descripción: Durante décadas, los ensayos clínicos se realizaron principalmente en hombres jóvenes. Se asumió que los resultados eran aplicables a toda la población, aunque las mujeres metabolizan y responden a los fármacos de forma diferente. Esta situación ha comportado que el riesgo de reacciones adversas sea más alto en las mujeres, con una diferencia de entre el 50% y el 70% respecto a los hombres. Algo parecido ocurre con los dispositivos médicos (prótesis, catéteres, sensores o instrumental quirúrgico), diseñados mayormente sobre parámetros anatómicos masculinos, por lo que el riesgo de complicaciones y fallos es mayor cuando se utilizan en mujeres o en personas con diferentes proporciones corporales.

Impacto: Mayor tasa de efectos adversos y reintervenciones en mujeres; tratamientos menos eficaces y falta de alertas diferenciadas por sexo; invisibilización de la diversidad corporal.

El valor de la interseccionalidad

En las últimas décadas han proliferado artículos académicos sobre la *interseccionalidad*, tecnicismo propio de las ciencias sociales que se ha trasladado a la lengua general.

La interseccionalidad, sin embargo, es un concepto complejo. En el análisis de la desigualdad, denota la multiplicidad de discriminaciones que sufre una persona y que condicionan su acceso a derechos y oportunidades. Las personas no experimentan la desigualdad únicamente por razón de sexo, sino por la interacción de diversos ejes o determinantes que influyen en su vida, en su acceso a los derechos y, de manera muy directa, en su salud.

En el ámbito sanitario, estos ejes de desigualdad se corresponden con los determinantes sociales de la salud, entre los cuales destacan: sexo y género; edad; nivel socioeconómico y educativo; clase social; origen etnorra-

cial; situación migratoria; orientación sexual; identidad de género; discapacidad física o psíquica; territorio y accesibilidad geográfica; empleo; y situación familiar o de cuidados. Cuando estos determinantes interactúan con la diferencia sexual, configuran posiciones sociales específicas, que pueden acentuar la vulnerabilidad, limitar el acceso al sistema de salud o agravar las condiciones de vida y enfermedad. Por ello, la interseccionalidad permite comprender que las desigualdades no afectan de la misma manera a todas las mujeres ni a todos los hombres, sino que dependen de cómo se combinan estos factores en cada trayectoria vital.

Aunque las distintas olas del feminismo, de la mano de la perspectiva de género, ya habían mostrado diversas desigualdades estructurales, la mirada interseccional aporta un análisis más profundo. No solo visibiliza las formas múltiples de discriminación, sino que revela cómo estas discriminaciones moldean las experiencias e identidades singulares, en la intersección de distintos ejes de desigualdad en un tiempo y un espacio concretos.

La perspectiva interseccional ha permitido ampliar la defensa de los derechos de las mujeres, más allá de las reivindicaciones iniciales de las mujeres blancas, occidentales y con privilegios educativos. No solo contribuye a cuestionar las bases patriarcales de la organización social, sino que visibiliza la complejidad de las múltiples y simultáneas formas de discriminación que afectan a las personas en función del sexo y el género. Así, ningún grupo definido por la diferencia sexual puede considerarse homogéneo. Asumir esa homogeneidad implica ocultar desigualdades internas y puede perpetuar —e incluso agravar— las brechas estructurales que condicionan la vida de los sujetos sexuados.

La perspectiva de sexo y género incide sobre la necesidad de replantear al sujeto neutro, titular de derechos, para entenderlo como un sujeto sexuado, puesto que será la diferencia sexual la que determine cómo ejerce sus derechos. En cambio, la perspectiva interseccional propugna un sistema que tenga en cuenta las diversas condiciones de desigualdad de las personas, no como sumatoria de individualidades, sino como experiencias de vida distintas, atravesadas por múltiples ejes.

En este contexto, desde el Observatorio de Bioética y Derecho consideramos que, en el ámbito de la salud, alcanzar una igualdad real entre hombres y mujeres exige integrar de manera sistemática la perspectiva interseccional de sexo y género en todos los niveles del sistema sanitario: la actividad asistencial, la gestión, la formación, la investigación y la innovación. Solo así será posible elaborar políticas, intervenciones y prácticas que respondan adecuadamente a la diversidad de cuerpos, condiciones y experiencias que conforman la vida de las personas.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN: LA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL DE SEXO Y GÉNERO EN SALUD

Las diferencias biológicas y fisiológicas, junto con los roles y estereotipos de género asignados socialmente, hacen que mujeres y hombres afronten condiciones distintas de salud, cuidado y acceso a los recursos sanitarios. Estas diferencias, sumadas a otros determinantes sociales como la edad, el origen, la clase social o la discapacidad, influyen en el bienestar, la exposición a riesgos y la capacidad para tomar decisiones informadas sobre la propia salud.

La evidencia científica demuestra que los sesgos de sexo y género condicionan el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de diversas enfermedades. Ignorar estas dimensiones contribuye, como ya se ha dicho, a errores diagnósticos, a intervenciones menos eficaces y a inequidades evitables en salud, lo que hace imprescindible abordarlas de manera sistemática tanto en la investigación como en la práctica clínica y en las políticas sanitarias.

Estereotipos de género en la comunicación clínica

Tipo de sesgo de género: Sesgo de rol o estereotipo; diferencias en la escucha, la credibilidad y la interacción.

Descripción: En la relación médico-paciente, los estereotipos de género influyen en cómo se interpreta y valora la narrativa de las personas enfermas. A las mujeres se las interrumpe con mayor frecuencia, la duración de sus consultas es menor y sus relatos se consideran menos creíbles o más emocionales; por ejemplo, en la atención de urgencia las mujeres esperan más tiempo para recibir analgesia, y con frecuencia sus síntomas se interpretan como ansiedad, estrés o sensibilidad emocional. Los hombres, en cambio, suelen ser escuchados con mayor atención y su discurso se percibe como más racional o relevante. Estas diferencias también afectan a las profesionales sanitarias, cuyos juicios clínicos pueden ser cuestionados con mayor frecuencia por pacientes o colegas.

Impacto: Pérdida de información diagnóstica relevante; retrasos terapéuticos; menor adherencia al tratamiento; desconfianza y deterioro de la relación asistencial.

Durante décadas, la investigación biomédica ha considerado al varón como modelo universal, propiciando un **sesgo androcéntrico** que condiciona los diagnósticos, los tratamientos y la seguridad de los medicamentos, con consecuencias especialmente negativas para las mujeres, gestantes incluidas. A consecuencia de esta visión reduccionista, los resultados de muchos estudios se han extrapolado a toda la población sin considerar las diferencias de sexo y género, limitando la eficacia y comprometiendo la seguridad de los tratamientos.

En el ámbito sanitario coexisten sesgos de sexo y género que operan simultáneamente y que solo pueden identificarse con claridad si se adopta una perspectiva interseccional:

- **Sesgo de acceso o participación**, que restringe la inclusión de mujeres en ensayos clínicos, programas preventivos o posiciones de liderazgo científico.
- **Sesgo institucional o estructural**, que está presente en normas y procedimientos que penalizan la maternidad o los cuidados en las carreras científicas y asistenciales.
- **Sesgo de rol o estereotipo**, que asocia el malestar femenino a causas emocionales y el masculino a causas orgánicas, alterando diagnósticos y tratamientos.
- **Sesgo de invisibilización**, que omite la experiencia y las aportaciones de las mujeres en ciencia y medicina y que se refleja en la falta de datos desagregados por sexo o análisis de género.
- **Sesgo de interpretación**, que considera las diferencias biológicas femeninas como desviaciones respecto a la norma masculina.
- **Sesgo de omisión interseccional**, que ignora la interacción entre el género y otros ejes de desigualdad, por lo que oculta las discriminaciones múltiples.
- **Sesgo algorítmico**, emergente con la inteligencia artificial en salud, que reproduce y refuerza prejuicios al entrenarse sobre patrones masculinos, sobre todo de varones blancos.
- **Sesgo ambiental**, que hace referencia a las desigualdades en la exposición o vulnerabilidad a los factores ambientales (contaminación, cambio climático, acceso a recursos naturales, perturbadores endocrinos, etc.), o bien en sus efectos.

- **Sesgo de sexo**, derivado de no considerar adecuadamente las diferencias biológicas entre mujeres y hombres en la investigación, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades.

Estos sesgos repercuten en la producción del conocimiento, la práctica clínica, la docencia y la gestión de recursos. Se traducen en demoras y errores diagnósticos, tratamientos inadecuados, reacciones adversas evitables y exclusión de colectivos vulnerables, por lo que comprometen la calidad, la eficacia y la seguridad asistencial.

Análisis clínicos: interpretación de las alteraciones frecuentes en la mujer como valores normales

Tipo de sesgo de género: Sesgo de interpretación y sesgo de sexo.

Descripción: Los valores de referencia de los análisis clínicos, por lo que respecta a la frecuencia de las alteraciones, se interpretan como valores de normalidad. En las mujeres, por ejemplo, la cifra de corte baja de la ferritina y de la hemoglobina confunde lo frecuente con lo normal. Así pues, las ferropenias se aceptan como normales en las mujeres por el mero hecho de ser más prevalentes que en los hombres.

Impacto: Inequidad en el diagnóstico y tratamiento; ineficacia en la resolución de las anemias ferropénicas y la deficiencia de hierro.

Las convocatorias de financiación y las editoriales científicas exigen expresamente que se incorpore la perspectiva de sexo y género en los estudios, que se siga la agenda transversal de la Unión Europea en materia de investigación e innovación responsables, que se contribuya a los objetivos de desarrollo sostenible y que se use el lenguaje inclusivo, entre otros requisitos.

En la práctica, no obstante, el cumplimiento de estos requisitos se verifica a partir de su mera declaración, sin determinar qué indicadores se aplican para su evaluación; tampoco se analizan los resultados ni su impacto clínico y social, por lo que se ven limitadas su efectividad y su transferencia a la actividad asistencial. Por otro lado, no se conoce cómo se evalúa la información aportada en los proyectos por parte de los comités de ética ni de los organismos financiadores; aunque la financiación está supeditada a que el personal investigador plasme esta información en las propuestas, no existen mecanismos para hacer seguimiento de su incorporación efectiva en los estudios financiados.

Pese a los avances normativos orientados a la igualdad de género y la equidad en salud, muchas políticas siguen sin aplicarse plenamente. La falta de implementación no solo perpetúa desigualdades, sino que implica un coste económico y humano evitable en sistemas sanitarios con recursos limitados.

Infarto de miocardio y diferencias invisibles

Tipo de sesgo de género: Sesgo de interpretación y de rol o estereotipo; infravaloración de síntomas femeninos.

Descripción: Los criterios diagnósticos del infarto agudo de miocardio se han basado tradicionalmente en los síntomas «típicos», que son los masculinos. Las mujeres presentan manifestaciones diferentes (fatiga, disnea, náuseas), que han sido consideradas «atípicas».

Impacto: Retrasos en el diagnóstico y mayor mortalidad femenina.

La perspectiva interseccional de sexo y género permite reconocer que la salud no depende únicamente de la biología, sino también de factores sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan cómo se enferma, cómo se accede a la atención sanitaria y qué calidad tiene esa atención. Incorporar esta perspectiva implica orientar la acción sanitaria hacia la equidad, situando a las personas —y no solo a las enfermedades— en el centro de las políticas públicas, la investigación, la innovación y la práctica clínica, así como también en la docencia y la capacitación. Esta propuesta reconoce la diversidad de experiencias y condiciones de vida, y tiene como objetivo garantizar que tanto el proceso como los resultados sean más justos, inclusivos y sensibles a las diferencias que caracterizan al individuo en cada momento.

Sin la incorporación de una perspectiva interseccional de sexo y género, persisten desigualdades en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de salud, con un impacto especialmente relevante en determinados colectivos. Con frecuencia se pasa por alto que los sesgos de sexo y de género pueden vulnerar la autonomía personal, coartando la toma de decisiones libre e informada, y ocasionar conflictos en el momento de llevar a la práctica principios como los de beneficencia, no maleficencia y justicia.

Dicha perspectiva no es un añadido opcional, sino una condición insoslayable para avanzar hacia unas ciencias de la salud más rigurosas, equi-

tativas y centradas en las personas. Supone diseñar investigaciones, guías clínicas y políticas públicas que incorporen datos desagregados, análisis estratificados y evaluación del impacto diferencial, con el objetivo de reducir brechas injustas y mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

En nuestra opinión, la integración de la perspectiva interseccional de sexo y género en salud, en términos generales, puede:

- contribuir a la equidad e igualdad en salud, al reconocer las diferencias biológicas y las desigualdades sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad y al incorporar la diversidad de identidades y experiencias de mujeres, hombres y personas trans, intersexuales y no binarias;
- impulsar la producción de datos y resultados desagregados por sexo, género y otros determinantes sociales, así como incluir categorías y colectivos históricamente invisibilizados en la investigación, el análisis y la toma de decisiones;
- reducir las brechas en morbilidad, mortalidad y calidad de vida asociadas a desigualdades de género y a otras formas de discriminación, promoviendo una atención más justa y centrada en las personas;
- visibilizar y cuestionar los sesgos y dobles estándares presentes en la práctica clínica, la investigación, la docencia y la gestión sanitaria, al fortalecer un enfoque ético y de respeto por los derechos humanos;
- contribuir a la salud global de forma sostenible y alineada con la agenda verde de los objetivos de desarrollo sostenible, al reconocer que las mujeres y los grupos de personas más desfavorecidas son quienes sufren con mayor intensidad los efectos de la crisis climática y ambiental.

Esta perspectiva no puede desligarse del enfoque de «Una sola salud», propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que reconoce la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental, y que resulta imprescindible para afrontar los retos actuales de sostenibilidad, cambio climático y justicia social.¹²

Promover un cambio real requiere claridad conceptual y acción coordinada entre todos los agentes del sistema. Partimos de la evidencia científica, pero también debemos incorporar el relato y la experiencia de las

¹² Organización Mundial de la Salud (OMS). «Una sola salud»; página actualizada el 23 de octubre de 2023: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.

personas implicadas, integrando su voz en los procesos de decisión, la investigación y la práctica clínica desde la perspectiva interseccional de sexo y género en salud.

Inteligencia artificial y sesgo algorítmico

Tipo de sesgo de género: Sesgo algorítmico e institucional.

Descripción: Los algoritmos de inteligencia artificial utilizados en medicina, y en general en las ciencias de la salud, se nutren de bases de datos que no son representativas, ya que contienen primordialmente información relativa a varones blancos. Así, se programan modelos predictivos que infradiagnostican a las mujeres, las personas mayores o las minorías étnicas, perpetuando y amplificando las situaciones de desigualdad y discriminación.

Impacto: Diagnósticos menos precisos y decisiones clínicas potencialmente discriminatorias.

Considerando:

- Que la desigualdad en salud no se limita a situaciones aisladas, sino que constituye un problema estructural profundamente arraigado en la cultura biomédica y en la organización de los sistemas sanitarios; que se expresa de diferente forma en función del sexo, el género y su interacción con otros determinantes sociales, y que atraviesa la práctica clínica, la formación, la investigación, la producción de datos y su análisis, la gestión de recursos y la toma de decisiones.
- Que la ausencia histórica de datos desagregados y de mecanismos efectivos de rendición de cuentas ha dificultado la detección, el seguimiento y la corrección de las desigualdades en salud, mermando la capacidad de elaborar políticas sanitarias y tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia, especialmente para las poblaciones vulnerables.
- Que ignorar categorías como el sexo y el género, así como sus interacciones con los determinantes sociales de la salud, afecta de manera directa a la atención clínica, por lo que repercute en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, y por consiguiente en los resultados de salud.

-
- Que las mujeres continúan estando infrarrepresentadas en los ensayos clínicos y en el diseño de las tecnologías sanitarias, sin tener en cuenta debidamente las diferencias anatómico-fisiológicas entre los sexos ni su interacción con la edad o la discapacidad.
 - Que la evaluación de los análisis clínicos y de sus intervalos normales no tiene en cuenta desigualdades biológicas entre hombres y mujeres.
 - Que las grandes bases de datos y los sistemas de inteligencia artificial no solo reproducen los sesgos de género en la práctica asistencial, sino que pueden amplificarlos, dado que los algoritmos se entrenan con datos no representativos, centrados en los varones blancos; de esta forma, los modelos predictivos refuerzan las desigualdades clínicas por sexo, género, edad y origen.
 - Que persiste un déficit estructural de financiación específica para investigaciones que incorporen la perspectiva de sexo y género y el enfoque interseccional en salud; aunque la normativa y las convocatorias públicas lo exigen, pocos proyectos integran estos análisis de forma rigurosa y efectiva.
 - Que la perspectiva interseccional de sexo y género es insuficiente, cuando no inexistente, en los programas de grado, posgrado y doctorado en ciencias de la salud y disciplinas afines; tampoco existe un abordaje interdisciplinario que permita tratar los problemas complejos y plantear soluciones.
 - Que los comités de ética asistencial y ética de la investigación no siempre exigen que se analicen las diferencias relativas al sexo y el género, junto con su impacto clínico y social, de modo que se perpetúa su invisibilización en la evidencia científica y en la toma de decisiones.
 - Que la integración de la perspectiva interseccional de sexo y género requiere no solo voluntad normativa, sino una dotación adecuada de recursos económicos, humanos y técnicos, sin los cuales estas medidas corren el riesgo de quedar relegadas a declaraciones formales, sin influencia real en la atención sanitaria.
 - Que las mujeres y los colectivos desfavorecidos sufren de forma desproporcionada los efectos del cambio climático y la degradación ambiental sobre la salud, con repercusiones directas en la carga de enfermedad y en el acceso a los cuidados y la práctica clínica.

Efectuamos las siguientes recomendaciones.

III. RECOMENDACIONES

1. Admitir que las desigualdades de sexo y género en salud constituyen un problema estructural del sistema sanitario, que se manifiesta de forma diferenciada según la edad, el origen, la posición socioeconómica, la capacidad funcional, la identidad de género, la orientación sexual y el territorio. Este reconocimiento debe incorporarse de manera transversal en la gobernanza, la planificación sanitaria y la evaluación de políticas públicas.
2. Incorporar de forma sistemática la perspectiva interseccional de sexo y género en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades, como requisito de calidad asistencial y seguridad del paciente, a fin de garantizar una atención adaptada, equitativa y centrada en la persona.
3. Incluir datos desagregados por sexo, género y otros determinantes sociales en los sistemas de información sanitaria, los registros clínicos, los estudios y las evaluaciones, con análisis estratificados que permitan detectar desigualdades clínicas, evaluar resultados de salud y orientar la toma de decisiones basada en la evidencia científica. Esta medida es especialmente necesaria en los sistemas de seguridad clínica, farmacoterapia y farmacovigilancia, en los que debería aportarse un análisis diferenciado de eficacia, seguridad y resultados de salud, con especial atención a las poblaciones infrarrepresentadas, a fin de reducir daños evitables.
4. Actualizar las guías clínicas, los protocolos asistenciales y las alertas de seguridad para que incorporen datos diferenciados por sexo y género, así como por otros ejes de desigualdad relevantes, incluyendo indicadores de equidad y resultados clínicos.
5. Establecer indicadores evaluables para la perspectiva interseccional de sexo y género en proyectos de investigación, en relación con el diseño metodológico, los aspectos éticos, el análisis de resultados y la medición del impacto clínico y social. Estos indicadores deben constar expresamente en las propuestas presentadas a las convocatorias de financiación y no deben evaluarse solo como una mera formalidad.
6. Incorporar criterios éticos en el diseño, la validación y la evaluación de las tecnologías sanitarias y los sistemas de inteligencia artificial, garan-

tizando el uso de datos representativos y analizando su impacto en la práctica clínica para evitar la reproducción o amplificación de sesgos.

7. Destinar una financiación específica, suficiente y sostenida a la investigación para asegurar la equidad y la perspectiva de sexo y género en salud. Asimismo, se debe garantizar que los resultados se transfieren a la práctica clínica y las políticas sanitarias.
8. Integrar de manera obligatoria, transversal y evaluable la formación en perspectiva interseccional de sexo y género en los programas de grado, posgrado, formación sanitaria especializada y formación continua, a fin de capacitar a los profesionales para detectar y evitar desigualdades, mejorar la seguridad clínica y prestar una atención basada en la equidad y la evidencia científica.
9. Exigir que los comités de ética asistencial y de investigación incorporen de forma sistemática la evaluación de las diferencias de sexo y género como criterio metodológico y ético. Para ello, es necesario capacitar a las personas que integran dichos comités, así como aumentar la transparencia de los procesos decisorios para conocer los criterios aplicados en sus deliberaciones y dictámenes.
10. Incorporar la perspectiva interseccional de sexo y género en las políticas de sostenibilidad sanitaria, como forma de promover entornos, sistemas y prácticas asistenciales que reduzcan la huella ecológica, garanticen la justicia ambiental y protejan la salud de las generaciones presentes y futuras.

GLOSARIO

En este glosario se recogen, sin ánimo de exhaustividad, algunos términos clave empleados en el texto del presente documento del Observatorio de Bioética y Derecho.

Androcentrismo. Supuesto que considera lo propio y característico de los hombres como centro del mundo, parámetro de estudio de la realidad y experiencia universal de la especie humana. La visión androcéntrica confunde la humanidad con el hombre-varón. Es una forma específica de sexismo, que se manifiesta sobre todo en la ocultación de las mujeres y en su falta de definición.

Desigualdad de género. Situación en la que mujeres y hombres no gozan del mismo acceso, control ni disfrute de los recursos, derechos, responsabilidades y oportunidades en los distintos ámbitos de la vida social, económica, política y sanitaria. Estas desigualdades tienen su origen en las normas, los roles y los estereotipos de género que otorgan distinto valor y poder a lo masculino y lo femenino, de modo que conforman discriminaciones estructurales que afectan especialmente a las mujeres.

Doble estándar. Aplicación de criterios, expectativas o juicios diferentes para valorar comportamientos, capacidades o méritos de mujeres y hombres en condiciones equivalentes. Se trata de un sesgo que puede producirse de forma explícita o implícita en los procesos de selección, promoción y evaluación profesional, académica o científica, provocando desigualdades en el reconocimiento y las oportunidades.

Equidad de género. Principio de justicia que garantiza un trato imparcial entre mujeres y hombres, atendiendo a sus necesidades, condiciones y contextos específicos. La equidad de género puede implicar un tratamiento igual o diferenciado, siempre que conduzca a resultados equivalentes en términos de derechos, beneficios, oportunidades y obligaciones. Es un medio para alcanzar la igualdad de género, corrigiendo las desigualdades históricas y estructurales.

Género. Conjunto de valores, sentimientos, actitudes, comportamientos, capacidades y roles, entre otros atributos, asignados culturalmente a una persona por el hecho de nacer con un sexo u otro, en función de

lo que en cada sociedad y en cada momento histórico se considere que debe ser y hacer una mujer o un hombre. Es una construcción cultural que limita el desarrollo integral de las personas.

Igualdad de género. Situación en la cual todos los seres humanos son libres para desarrollar sus capacidades personales y tomar sus propias decisiones, sin ningún tipo de limitación impuesta por los roles tradicionales. En dicha situación se valoran y potencian las diferentes conductas, aspiraciones y necesidades de las mujeres y de los hombres, de manera igualitaria. El concepto incluye no solamente la igualdad *de iure*, sino también *de facto*, y no solo la igualdad de oportunidades, sino también de resultados.

Inequidad de género. Forma de desigualdad que se considera injusta, evitable y socialmente construida. Más que simples diferencias, las inequidades surgen de estructuras, normas o políticas que entrañan desventajas sistemáticas para determinados grupos sociales. En el ámbito de la salud, la inequidad se manifiesta cuando las mujeres y otros colectivos experimentan peores condiciones, acceso o resultados asistenciales debido a factores sociales, económicos o culturales, más que a causas biológicas.

Interseccionalidad. Enfoque que analiza cómo distintas categorías sociales (género, clase, etnia, edad, etc.) se entrecruzan y configuran desigualdades acumulativas. En el ámbito de la salud, se analiza cómo interactúan los factores sociales con los determinantes biológicos, dando lugar a desigualdades de salud, acceso y resultados asistenciales. Se utiliza en la promoción de políticas e investigaciones orientadas a la equidad.

Perspectiva de sexo y género. Herramienta que permite identificar, cuestionar y transformar las desigualdades entre mujeres y hombres. Con ella se analiza cómo las diferencias biológicas (sexo) y las construcciones culturales (género) influyen en el acceso a los recursos, la participación, la toma de decisiones y los resultados en cualquier ámbito, especialmente en el empleo, la educación, la investigación o la salud. Su objetivo es promover la igualdad efectiva y la equidad entre mujeres y hombres.

Rol de género. Conjunto de comportamientos, funciones, tareas, responsabilidades y atributos que una sociedad asigna a las personas en función de su sexo; se trata de construcciones históricas y modificables, que reflejan la división sexual del trabajo y las relaciones de poder. Estos roles se configuran como expectativas culturales que definen lo que se

considera «apropiado» para mujeres y hombres en una sociedad, condicionando su identidad, su autoestima y sus oportunidades vitales. El incumplimiento suele implicar sanciones o desaprobación social.

Sesgo de género. Distorsión sistemática en la percepción, el análisis o la toma de decisiones, que se origina por los estereotipos y roles de género. Estos sesgos pueden afectar a la producción y la aplicación del conocimiento, a las políticas públicas o a la práctica profesional, comportando desigualdades en el trato, la atención o la valoración de mujeres y hombres. En el ámbito sanitario, los sesgos de género se manifiestan en el diagnóstico, el tratamiento, la investigación y la gestión del conocimiento, y contribuyen a las inequidades en salud.

Sexo. Condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo, determinada por el tipo de células germinales que producen sus gónadas: espermatozoides u óvulos, respectivamente. El sexo viene establecido a nivel celular por un par especial de cromosomas, que en la especie humana y el resto de los mamíferos son XY para el masculino y XX para el femenino, y se manifiesta externamente por los caracteres sexuales secundarios.

Techo de cristal. Barreras invisibles que dificultan el acceso de las mujeres a los niveles más altos de responsabilidad o decisión dentro de las organizaciones. Estas limitaciones no se sustentan en normas formales, sino en estructuras, estereotipos y prácticas culturales que perpetúan la desigualdad.

**EQUITY AND THE SEX
AND GENDER PERSPECTIVE IN HEALTH**

PRESENTATION

This report, prepared by the Opinion Group of the Bioethics and Law Observatory at the University of Barcelona, aims to promote the effective integration of an intersectional sex and gender perspective into research, education, and healthcare delivery and management to achieve greater equity in health.

Equity is a fundamental ethical imperative aligned with the principles of justice and social responsibility recognized in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO),¹ a key reference instrument in bioethics. This report is also in line with various Sustainable Development Goals (SDGs) of the 2030 Agenda, especially those on health and well-being (SDG 3), gender equality (SDG 5), and the reduction of inequalities (SDG 10).²

The Bioethics and Law Observatory, an interdisciplinary research center founded in 1995, analyzes the ethical, legal and social implications of biomedicine and biotechnology.³ The Observatory's Opinion Group fosters evidence-based dialogue between academia and society; for these purposes, it has published reports on current issues on which there is no consensus both in society and scientific institutions.⁴ The Bioethics and Law Observatory and its Opinion Group have influenced the development and amendment of policies and regulations. They have contributed to the drafting of guidelines and protocols for scientific societies and other social actors and have worked with the media to improve the quality of public debate and support free and informed decision-making.

With regard to the gender perspective, since 2000, the Group has analyzed the situation of women and science and the European Union's cross-cutting agenda on gender equality in responsible research and inno-

¹ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights; 2005: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>.

² United Nations. Sustainable Development Goals; 2015: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>.

³ Bioethics and Law Observatory at the University of Barcelona. Presentation webpage: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/presentation>.

⁴ Document collection of the Bioethics and Law Observatory at the University of Barcelona: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/documentos>.

vation,⁵ in collaboration with the UNESCO Chair in Bioethics at the University of Barcelona.⁶ The Bioethics and Law Observatory has led various international, European and national projects on gender perspective training for legal and healthcare professionals.⁷ The Observatory's collective works on bioethics and gender have also helped address the issue from an interdisciplinary perspective.⁸ Furthermore, the recommendations made by the Group on assisted human reproduction, sexual and reproductive health, and surrogacy have influenced the development of policies and regulations.⁹

We would like to underscore the publication in 2004 of our *Document on women and science*, coordinated by Dr. Roser Gonzàlez Duarte,¹⁰ which analyzes the scientific, academic and professional work of women. The Group identified a series of problems of discrimination that required adopting gender policies in public and private research and education institutions. The report found that the data required to assess the situation of women in science and in many professions requiring formal qualifications were not disaggregated by sex and that discrimination was not usually perceived as such, either by the women suffering it or by society as a whole.

The report denounced the so-called glass ceiling and argued that achieving greater levels of genuine equality between women and men was not just a matter of good individual practice, but would require dismantling the structures which maintained and reproduced the social subordination of women. The Group warned that failure to confront this structural challenge would mean failure to eliminate discrimination, and surface-level positive action measures would only serve to nurture and disguise inequa-

⁵ Casado, M., Patrão Neves, M. C., De Lecuona, I., Carvalho A. S. & Araújo, J. *Declaration on research integrity in responsible research and innovation*. Bioethics and Law Observatory, University of Barcelona; 2014: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/declaration-research-integrity-responsible-research-and-innovation>.

⁶ See the Bioethics and Law Observatory's webpage on responsible research and innovation: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/rri>.

⁷ For example, the project "Gender and bioethics: women's autonomy in health", funded by the Spanish Agency for International Development Cooperation. See the webpage on the research projects of the Bioethics and Law Observatory: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/research>.

⁸ Books published by the Bioethics and Law Observatory at the University of Barcelona (in Spanish): <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/libros>.

⁹ For example, see *Reprint and impact on regulations of documents issued by the Bioethics and Law Observatory on sexual and reproductive health in adolescence and voluntary interruption of pregnancy* (coordinated by María Casado & Eleonora Lamm): <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/reprint-and-impact-regulations-documents-issued-bioethics-and-law-observatory-sexual-and>.

¹⁰ González Duarte, R. (coord.). *Document on women and science*. Barcelona: Bioethics and Law Observatory, University of Barcelona; 2004: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/en/document-women-and-science>.

lity. Thus, public policies aiming for equality may prove counter-productive if they were not directed at the heart of the problem, since they created an impression of change and social progress but were nothing more than cosmetic operations.

Currently, although policies and regulations are in place to address the problem, their development and implementation, as will be seen, remain incomplete. The sex and gender perspective is still largely absent from education and training curricula at all levels. An informed public debate is still needed to eradicate inequality. In this report, the Opinion Group focuses on research and innovation in health and healthcare delivery and their impact on the healthcare system.

This report was coordinated by Dr. Itziar de Lecuona, Associate Professor and Director of the Bioethics and Law Observatory of the University of Barcelona; Dr. Teresa Pont, intensive care physician; and Dr. Gisela Isabel Fernández Rivas Plata, legal scholar and Associate Professor at the University of Barcelona. Other contributors are listed at the end of the report.

Our recommendations are aimed at public authorities, scientific societies and professionals involved in healthcare, research, innovation, management and training. They are also intended for the public at large, with the aim of promoting free and informed decision-making in health and ensuring that the sex and gender perspective is intersectional.

This publication is part of the results of the project “Unresolved bioethical challenges in the review of health research and innovation projects based on artificial intelligence, genetic technologies and personal data” (BIOEVAINNOLAW).¹¹

¹¹ Research project funded by the Ministry of Science, Innovation and Universities. Principal investigator: Dr. Itziar de Lecuona. Ref. no.: PID2022-138615OB-I00. Term: 2023–2027. For more information, see: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/proyecto-bioevainnolaw>.

I. CONCEPTUAL BASIS TO UNDERSTAND OUR PROPOSAL

Terms such as *equality*, *equity*, *gender perspective* and *intersectionality* are used in diverse contexts with different meanings. This variability gives rise to imprecision, which leads to confusion and hinders dialogue. It is therefore a strategic and ethical challenge to clearly and precisely communicate our approach and our recommendations.

Thus, to advance towards gender equity in health and the effective transformation of the healthcare system, it is essential to understand these concepts, distinguish them from each other and reach a consensus on their meanings.

Rethinking equality: from erasure to the recognition of differences

Although the inclusion of women under the umbrella of legal equality among all humans represented a major advance, this model of equality has been widely questioned as being based on a neutral subject and disregarding differences and power inequalities in pursuit of an abstract form of equality. The criticism has focused on demonstrating that we are not neutral or abstract entities; we exhibit sexual differences at birth that biologically determine our bodies; we come into the world in a particular context, and we are marked by a specific time and place and different living and working conditions.

While not without merit, this critique often overlooks the fact that equality is not static. Rather, equality is an evolving concept and has come to incorporate successive groups of people through the recognition of the diverse characteristics they share.

In the case of women, historically relegated to a secondary position in society, this evolution towards equality has been as evident as it has been challenging. Since the nineteenth century, the feminist movement sought to erase the differences between the sexes, emphasizing women's status as rights-holders. Accordingly, on the basis of claiming this status, women should be able to exercise rights such as suffrage under the same conditions as men.

Following a number of advances, it has over time become necessary to revisit differences that were previously dismissed. The neglect of these dif-

ferences has limited real progress towards equality, and making them visible reveals areas in which women have historically been marginalized. One of these differences is sex. In health, the erasure of differences, including biological differences, is especially concerning since the exercise of numerous rights, especially the right to health, requires an understanding of what a sexed subject is. Thus, we propose moving forward by transforming the neutral subject into a sexed subject, so that the concept of equality can be invoked on the basis of recognizing differences and inequalities. Where legal systems fail to recognize differences such as sex, age or socioeconomic status, inequality and exclusion are more likely to exist. It is not enough to recognize women as abstract or neutral individuals.

Legal systems—and their categories, including equality—do not create the differences. Differences simply exist, shaping our bodies and lives. When the legal system fails to recognize or value these differences, situations of inequality arise. Conversely, recognizing and valuing these differences leads to greater equity for those who experience them.

This distinction differentiates discriminatory treatment from differential treatment on objective grounds. Discrimination entails valuing one group over another without justification—for example, granting men the right to vote while denying it to women—whereas differential treatment based on objective grounds rests on justified reasons for treating individuals differently.

A model of legal equality in which differences are recognized, such as the one described here, translates into equity when applied to health. In this context, equality means offering the same treatment and the same resources to all individuals, whereas equity requires recognizing biological differences (sex), sociocultural inequalities (gender) and their interaction with other social determinants, and adjusting interventions to reduce unjust disparities in outcomes. Thus, in articulating out a model of equality based on the recognition of differences, we are referring to the concept of *equity*.

The importance of the sex and gender perspective

The sex and gender perspective is an analytical tool aimed at promoting equality between men and women. To this end, it distinguishes between *sex* and *gender*. Sex refers to biological characteristics, including genetic, chromosomal, epigenetic, metabolic, hormonal, anatomical and physiological traits. Gender, by contrast, refers to socially constructed roles, norms, expectations and power relations. Thus, sex can be understood as

the biological category specific to anisogamous beings, whereas gender encompasses the attributes, expectations and social roles assigned to each sex and the power relations between the sexes.

This distinction makes it possible to analyze the origins of inequalities—whether they arise from biological factors, social constructs or the interaction between the two. Sexual difference is also typically accompanied by a set of roles and attributes, traditionally regarded as masculine or feminine, which are assigned to individuals and may even determine whether certain spaces are characterized as masculine, feminine or mixed.

Applying a sex and gender perspective to a field helps to ascertain whether a given phenomenon constitutes discrimination or justified differential treatment. In some cases, differential treatment has been discriminatory, as with the invisibility of heart attacks in women. The sex and gender perspective can be applied to understand the origins of such phenomena, which may arise from inequalities linked to biological factors or primarily rooted in social constructs, i.e. roles or attributes. The sex and gender perspective also calls for examining the structures that have perpetuated and amplified inequalities, as well as how science is conducted and the power relations in research groups and peer review processes.

In health, however, it is essential to recover the explanatory value of sexual differences. Our bodies fall ill in different ways, require different forms of care, and respond differently to diagnoses, treatments and environmental exposures. Assuming that these differences are irrelevant leads to diagnostic bias, therapeutic errors and ineffective health policies. A striking example is the historical exclusion of women from clinical trials. Treatments have been developed “for all” despite having been only tested on men. Another example is associating certain diseases with one sex, such as breast cancer in women or coronary heart disease in men, with discriminatory consequences.

In light of this, the sex and gender perspective is a crucial tool for identifying problems, proposing solutions and designing measures aimed at improving the conditions for the effective exercise of the right to health protection, while at the same time making differences visible and giving them due consideration.

Medicines and medical devices: far from a neutral model

Type of gender bias: Androcentric access or participation bias; under-representation of women in research and extrapolation of male-based results.

Description: For decades, clinical trials were conducted primarily in young men. The results were assumed to be applicable to the wider population, despite the fact that women metabolize and respond to medicines differently. As a result, the risk of adverse reactions is higher in women, with a difference of between 50 and 70% compared to men. A similar pattern can be observed in medical devices (prostheses, catheters, sensors and surgical instruments), which are largely designed based on male anatomical parameters. Consequently, the risk of complications and device failure is greater when these devices are used in women or individuals with different body proportions.

Impact: Higher rates of adverse events and repeat surgery in women; less effective treatments and a lack of sex-specific safety warnings; invisibility of body diversity.

The value of intersectionality

In recent decades, there has been an overwhelming number of academic publications on *intersectionality*. This technical term from the social sciences is now in widespread use.

However, intersectionality is a complex concept. In the analysis of inequality, it refers to the multiple forms of discrimination shaping an individual's access to rights and opportunities. Inequality is not experienced solely on the basis of sex but through the interaction of various axes or determinants that influence an individual's life, access to rights and, very directly, health.

When it comes to health, these axes of inequality correspond to the social determinants of health, primarily including sex and gender, age, socioeconomic and educational level, social class, race and ethnicity, migration status, sexual orientation, gender identity, physical or mental disability, place of residence and geographical accessibility, employment, and family or caregiving situation. When these determinants interact with

sexual differences, they give rise to social positions that can increase vulnerability, limit access to healthcare, and worsen living conditions and disease outcomes. Intersectionality therefore makes it possible to understand that inequalities do not affect all women or all men in the same way, but depend on how these factors combine in each life trajectory.

Although the various waves of feminism had already highlighted structural inequalities through the gender lens, the intersectional approach provides a deeper analysis. Not only does it uncover the multiple forms of discrimination, but it also reveals how these shape individual experiences and identities at the intersection of different axes of inequality, and at a given time and place.

The intersectional perspective has broadened the defense of women's rights beyond the initial claims of educationally privileged white, Western women. In addition to helping question the patriarchal foundations of social organization, it highlights the complexity of the multiple and simultaneous forms of discrimination that affect individuals on the basis of sex and gender. No group defined by sexual difference can therefore be regarded as homogeneous. Assuming homogeneity obscures internal inequalities and may perpetuate—and even exacerbate—the structural gaps that shape the lives of sexed individuals.

The sex and gender perspective underscores the need to rethink the neutral subject, understood as a rights-holder, and to instead understand it as a sexed subject, given that the sexual difference determines how rights are exercised. In contrast, the intersectional perspective advocates a framework that takes into account the diverse conditions of inequality affecting individuals, not as a simple aggregation of individual factors but as distinct life experiences shaped by multiple intersecting axes.

The Bioethics and Law Observatory considers that, in order to achieve real equality between men and women in health, it is essential to consistently implement an intersectional sex and gender perspective at all levels of the healthcare system: healthcare delivery, management, training, research and innovation. Only in this way will it be possible to develop policies, interventions and practices that adequately respond to the diversity of bodies, conditions and experiences shaping people's lives.

II. CURRENT STATE OF AFFAIRS: THE INTERSECTIONAL SEX AND GENDER PERSPECTIVE IN HEALTH

Biological and physiological differences, along with socially assigned gender roles and stereotypes, mean that women and men face different conditions in terms of health, care and access to healthcare resources. These differences, combined with other social determinants such as age, ethnic background, social class and disability, influence well-being, exposure to risk and the ability to make informed decisions about one's health.

Scientific evidence shows that sex and gender biases affect the diagnosis, treatment and prognosis of various diseases. Ignoring these dimensions contributes to diagnostic errors, less effective interventions and avoidable inequities in health, making it essential to address them systematically in research, clinical practice and health policy.

Gender stereotypes in clinical communication

Type of gender bias: Role or stereotype bias; differences in listening, credibility and interaction.

Description: In the clinician–patient relationship, gender stereotypes influence how patient accounts are interpreted and evaluated. Women are interrupted more frequently, their consultations tend to be shorter, and their accounts are often regarded as less credible or more emotional. For example, in emergency care, women typically wait longer to receive analgesia, and their symptoms are frequently interpreted as anxiety, stress or emotional sensitivity. Men, in contrast, tend to be listened to more attentively, and their accounts are perceived as more rational or relevant. These differences also affect female practitioners, whose clinical judgements may be questioned more often by patients or colleagues.

Impact: Loss of relevant diagnostic information; delays in treatment; lower adherence to treatment; mistrust and deterioration of the clinician–patient relationship.

For decades, biomedical research has taken the male as the universal model, giving rise to an **androcentric bias** that affects diagnoses, treatments and drug safety, with particularly negative consequences for women, including pregnant women. As a result of this reductionist approach, the findings of many studies have been extrapolated to the wider population without taking sex and gender differences into account, thus limiting the effectiveness of treatments and compromising safety.

In health, the following sex and gender biases coexist and operate simultaneously, and can only be clearly identified through an intersectional perspective:

- **Access or participation bias:** restricts the inclusion of women in clinical trials, preventive programs and positions of scientific leadership.
- **Institutional or structural bias:** embedded in rules and procedures that penalize maternity or caregiving responsibilities in scientific and clinical careers.
- **Role or stereotype bias:** attributes women's ill health to emotional causes and men's to organic causes, thus affecting diagnoses and treatments.
- **Invisibility bias:** overlooks the experience and contributions of women in science and medicine and is reflected in the lack of sex-disaggregated data and gender analysis.
- **Interpretation bias:** treats female biological differences as deviations from the male norm.
- **Intersectional omission bias:** ignores the interaction between gender and other axes of inequality, obscuring multiple forms of discrimination.
- **Algorithmic bias:** emerges in the use of artificial intelligence in health, which reproduces and reinforces existing prejudices as a result of being trained on data on men, particularly white men.
- **Environmental bias:** entails inequalities in exposure or vulnerability to environmental factors (pollution, climate change, access to natural resources, endocrine disruptors, etc.) or their effects.
- **Sex bias:** arises from the inadequate consideration of biological differences between women and men in research, diagnosis and treatment.

These biases affect knowledge production, clinical practice, education and resource management. They result in diagnostic delays and errors, inappropriate treatments, avoidable adverse reactions, and the exclusion of vulnerable groups, undermining the quality, effectiveness and safety of healthcare.

Laboratory testing: interpreting common abnormalities in women as normal values

Type of gender bias: Interpretation bias and sex bias.

Description: Reference laboratory ranges can skew or confound the interpretation of frequent abnormalities. In women, for example, lower ferritin and hemoglobin thresholds can result in frequent findings being interpreted as normal. As a result, iron deficiency is often accepted as normal in women simply because it is more common than in men.

Impact: Inequities in diagnosis and treatment; ineffective management of iron-deficiency anemia and iron deficiency.

According to the criteria established by funding calls and scientific publishers, all studies should adopt a sex and gender perspective, adhere to the European Union's responsible research and innovation agenda, contribute to the Sustainable Development Goals, and use gender-neutral language, among other requirements.

In practice, however, compliance with these requirements is verified on the basis of a mere declaration, without specifying which indicators will be used for assessment. Neither the results nor their clinical and social impact are analyzed, limiting the effectiveness of these requirements and their application to healthcare delivery. It also remains unclear how the information provided in research proposals is evaluated by ethics committees and funding bodies. Although funding is contingent upon researchers including this information in their proposals, there are no mechanisms to monitor effective inclusion in funded studies.

Despite regulatory advances aimed at gender equality and health equity, many policies remain only partially implemented. This lack of implementation not only perpetuates inequalities—it burdens already strained healthcare systems with avoidable economic and human costs.

Invisible differences in heart attacks

Type of gender bias: Interpretation bias and role or stereotype bias; underestimation of women's symptoms.

Description: Diagnostic criteria for acute myocardial infarction have traditionally been based on "typical" symptoms, which are those observed in men. Women may present with different signs and symptoms (fatigue, dyspnea, nausea), which have been regarded as "atypical".

Impact: Delays in diagnosis and higher mortality among women.

The intersectional sex and gender perspective helps to recognize that health depends not only on biological factors but also on social, cultural, economic and environmental determinants that shape the experience of illness, access to healthcare and quality of care. Incorporating this perspective entails orienting the health agenda towards equity and placing people—rather than diseases alone—at the center of policy, research, innovation and clinical practice, as well as education and training. This approach acknowledges the diversity of life experiences and living conditions and aims to ensure that processes and outcomes are more just, inclusive and responsive to individual differences.

Without an intersectional sex and gender perspective, inequalities may persist in disease prevention, diagnosis, treatment and outcomes, with significant effects on certain populations. It is often overlooked that sex and gender biases can undermine personal autonomy, restricting free and informed decision-making, and can give rise to conflicts in the application of principles such as beneficence, non-maleficence and justice.

An intersectional sex and gender perspective is not an accessory but an essential condition for advancing towards more rigorous, equitable and person-centered health sciences. It involves designing research, clinical guidelines and public policies that incorporate disaggregated data, stratified analyses and the evaluation of differential impacts, with the aim of reducing unjust disparities and improving the quality and safety of healthcare.

In our opinion, the integration of an intersectional sex and gender perspective in health can:

- contribute to equity and equality in health, by recognizing biological differences and social inequalities that shape health and disease, and by

incorporating the diversity of identities and experiences of women, men, and trans, intersex and non-binary people;

- promote the generation of data and results disaggregated by sex, gender and other social determinants, and also the inclusion of categories and groups that historically have been invisible in research, analysis and decision-making;
- reduce the gaps in morbidity, mortality and quality of life associated with gender inequalities and other forms of discrimination, promoting more equitable and person-centered care;
- uncover and challenge biases and double standards in clinical practice, research, education and health management, by strengthening an ethical and human rights-based approach;
- contribute to global health in a sustainable manner, aligned with the green agenda of the Sustainable Development Goals, by recognizing that women and disadvantaged groups are disproportionately impacted by the climate and environmental crisis.

This perspective is closely aligned with the One Health approach promoted by the World Health Organization, which recognizes the interdependence of human, animal and environmental health and is essential for addressing the current challenges of sustainability, climate change and social justice.¹²

Promoting effective change requires conceptual clarity and coordinated action among all stakeholders. While grounded in scientific evidence, this approach must also incorporate the narratives and experiences of the individuals concerned, ensuring that their voices are integrated into decision-making processes, research and clinical practice through the intersectional sex and gender perspective in health.

¹² World Health Organization. “One Health”; updated 23 October 2023: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.

Artificial intelligence and algorithmic bias

Type of gender bias: Algorithmic and institutional bias.

Description: Artificial intelligence algorithms used in medicine and more broadly in the health sciences rely on datasets that are not representative, as they predominantly contain data on white men. As a result, predictive models may underdiagnose women, elderly people and ethnic minorities, perpetuating and amplifying inequalities and discrimination.

Impact: Less accurate diagnoses and potentially discriminatory clinical decision-making.

The recommendations presented in this report are based on the following considerations:

- Health inequality is not limited to isolated situations but constitutes a structural problem deeply embedded in biomedical culture and health-care systems; it manifests in different ways, depending on sex and gender and their interaction with other social determinants; and it permeates clinical practice, education, research, data production and analysis, resource management, and decision-making.
- The historical lack of disaggregated data and effective accountability mechanisms has hindered the identification, monitoring and remedying of inequalities in health, reducing the capacity to develop evidence-based health policies and clinical decisions, particularly for vulnerable populations.
- Ignoring categories such as sex and gender and their interactions with the social determinants of health has a direct impact on clinical care, affecting the prevention, diagnosis and treatment of diseases and consequently health outcomes.
- Women remain underrepresented in clinical trials and in the design of health technologies, with insufficient consideration given to the anatomical and physiological differences between the sexes and their interaction with factors such as age and disability.
- The evaluation of laboratory tests and their reference ranges fails to take into account biological differences between men and women.

- Large datasets and artificial intelligence systems not only reproduce gender biases in healthcare delivery but can amplify them, as the algorithms are trained on non-representative data, predominantly based on white male populations. As a result, predictive models reinforce clinical inequalities related to sex, gender, age and ethnicity.
- A structural deficit persists in the funding of research studies incorporating a sex and gender perspective and an intersectional approach in health. Regulations and public funding calls require it, but few research projects integrate the relevant analyses rigorously and effectively.
- The intersectional sex and gender perspective remains insufficiently implemented, if not entirely absent, in undergraduate, postgraduate and doctoral programs in the health sciences and related disciplines; there is no interdisciplinary approach to address complex problems and propose solutions.
- Clinical ethics committees and research ethics committees do not always require the analysis of sex and gender differences and their clinical and social impact. This perpetuates the invisibility of such differences in scientific evidence and decision-making.
- The integration of the intersectional sex and gender perspective requires not only a regulatory commitment but also adequate financial, human and technical resources. Without these, any measures implemented risk being reduced to formal declarations that have no real impact on healthcare.
- Women and disadvantaged groups are disproportionately affected by the health impacts of climate change and environmental degradation, with direct consequences for disease burden, access to care and healthcare practice.

III. RECOMMENDATIONS

1. Recognize that sex and gender inequalities in health constitute a structural problem in the healthcare system that manifests differently according to age, ethnic background, socioeconomic status, functional capacity, gender identity, sexual orientation and geographical location. This recognition should be integrated across governance, health planning and public policy evaluation.
2. Systematically incorporate an intersectional sex and gender perspective into the prevention, diagnosis, treatment and follow-up of diseases, as a requirement for quality of care and patient safety, to ensure adapted, equitable and person-centered care.
3. Include data disaggregated by sex, gender and other social determinants in health information systems, clinical records, studies and evaluations, along with stratified analyses, to identify clinical inequalities, assess health outcomes and support evidence-based decision-making. This measure is particularly necessary in clinical safety systems, drug therapy and pharmacovigilance, where differentiated analyses of effectiveness, safety and health outcomes should be provided, paying particular attention to underrepresented populations to reduce avoidable harm.
4. Update clinical guidelines, care protocols and safety alerts to incorporate data differentiated by sex and gender, as well as by other relevant axes of inequality, including indicators of equity and clinical outcomes.
5. Establish measurable indicators for the integration of an intersectional sex and gender perspective in research projects, covering methodological design, ethical aspects, results analysis, and the assessment of the clinical and social impact. These indicators should be explicitly included in funding proposals and should not be evaluated as a mere formality.
6. Incorporate ethical criteria into the design, validation and evaluation of health technologies and artificial intelligence systems, ensuring the use of representative data and assessing their impact on clinical practice to prevent the reproduction or amplification of biases.

7. Allocate specific, sufficient and sustained funding for research to ensure equity and the integration of a sex and gender perspective in health. Research results should also be translated into clinical practice and health policies.
8. Integrate mandatory, cross-sectional and assessable training on the intersectional sex and gender perspective into undergraduate, postgraduate, specialist health training and continuing education programs, to equip professionals to identify and avoid inequalities, improve clinical safety, and provide equity- and evidence-based care.
9. Require clinical ethics committees and research ethics committees to systematically incorporate the assessment of sex and gender differences both as a methodological and ethical criterion. To this end, members of these committees should receive appropriate training; in addition, their decision-making processes should be rendered more transparent, to clarify the criteria applied in their deliberations and decisions.
10. Incorporate an intersectional sex and gender perspective into health sustainability policies as a means of promoting environments, systems and care practices that reduce the ecological footprint, ensure environmental justice, and protect the health of present and future generations.

GLOSSARY

This glossary provides a selection of key terms to help understand this report.

Androcentrism. The assumption that male characteristics are the norm, the standard for analyzing reality and the universal experience of the human species. An androcentric perspective conflates humanity with the male sex. It is a form of sexism, manifested primarily in women's invisibility and lack of recognition.

Double standard. The application of different criteria, expectations or judgements in evaluating the behavior, capacities or merits of women and men under equivalent conditions. This bias may occur explicitly or implicitly in selection, promotion and evaluation processes in professional, academic and scientific arenas, leading to inequalities in recognition and opportunities.

Gender bias. A systematic distortion in perception, analysis or decision-making arising from gender stereotypes and social roles. These biases can affect the production and application of knowledge, public policies and professional practice, leading to inequalities in the treatment, care or assessment of women and men. In healthcare, gender biases appear in diagnosis, treatment, research and knowledge management; they contribute to health inequities.

Gender equality. The situation in which all people are free to develop their personal capacities and make their own decisions without limitations imposed by traditional roles. In this situation, the different behaviors, aspirations and needs of women and men are equally valued and supported. The concept encompasses both *de jure* and *de facto* equality and covers both equality of opportunity and equality of outcomes.

Gender equity. A principle of justice that ensures fair treatment between women and men, taking into account their specific needs, conditions and contexts. Gender equity may entail equal or differential treatment, provided that it leads to equivalent outcomes in rights, benefits, opportunities and obligations. It is a means of achieving gender equality by correcting historical and structural inequalities.

Gender inequality. The situation in which women and men do not have equal access to, control over or enjoyment of resources, rights, responsibilities and opportunities across the various social, economic, political and health domains. These inequalities stem from gender norms, roles and stereotypes that assign different value and power to what is considered masculine and feminine, giving rise to structural forms of discrimination that particularly affect women.

Gender inequity. A form of inequality that is considered unjust, avoidable and socially constructed. Inequities are more than mere differences and arise from structures, norms or policies involving systematic disadvantages for certain social groups. In health, inequity arises when women and other groups experience poorer conditions, access or outcomes due to social, economic or cultural factors rather than biological causes.

Gender role. The set of behaviors, functions, tasks, responsibilities and attributes assigned by a society to individuals based on their sex. These are historically constructed and subject to change, reflecting the sexual division of labor and power relations. Gender roles function as cultural expectations that define what is considered “appropriate” for women and men, shaping identity, self-esteem and life opportunities. Non-compliance often results in social sanctions or disapproval.

Gender. The set of values, feelings, attitudes, behaviors, capacities and roles, among other attributes, that are culturally assigned to individuals based on their sex, according to what has been considered socially appropriate for women and men at each specific time in history. It is a cultural construct that can impair the full development of individuals.

Glass ceiling. Invisible barriers that hinder the access of women to the highest levels of responsibility and decision-making within organizations. These barriers do not stem from formal rules but from structures, stereotypes and cultural practices that perpetuate inequality.

Intersectionality. An approach that analyzes how different social categories (gender, class, ethnicity, age, etc.) intersect and produce cumulative inequalities. In health, it examines how social factors interact with biological determinants, leading to inequalities in health care, access and outcomes. It is used to inform policies and research aimed at promoting equity.

Sex. The biological trait of a living organism as being either male or female, determined by the type of germ cells produced by their gonads—

sperm or ova, respectively. Sex is established at the cellular level by a pair of chromosomes, which in humans and other mammals are XY for males and XX for females. It is expressed externally through secondary sexual characteristics.

Sex and gender perspective. An analytical tool that enables identifying, questioning and transforming inequalities between women and men. It examines how biological differences (sex) and cultural constructs (gender) influence access to resources, participation, decision-making and outcomes in different domains, particularly in employment, education, research and health. It aims to promote effective equality and equity between women and men.

RELACIÓ DE PARTICIPANTS

Coordinadores

Itziar de Lecuona

Professora agregada del Departament de Medicina i secretària acadèmica de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona. Directora de l'Observatori de Bioètica i Dret i titular de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona. Coordinadora del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Investigadora principal del projecte «Qüestions bioètiques no resoltes en l'avaluació de la recerca i la innovació en salut basada en intel·ligència artificial, tecnologies genètiques i dades personals» (BIOEVAINNOLAW) del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Codirectora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona i directora de la *Revista de Bioètica y Derecho* de la Universitat de Barcelona. Membre del Comitè d'Ètica de la Recerca en Medicina Regenerativa de la Generalitat de Catalunya, del Comitè d'Integritat en la Recerca de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) i del Comitè d'Ètica de la Universitat Politècnica de Catalunya.

Teresa Pont

Metgessa especialista en medicina intensiva. Excoordinadora dels programes de donació i trasplantament de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Metgessa emèrita coordinadora de les Comissions Clíniques de Salut i Gènere del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

Gisela Isabel Fernández Rivas Plata

Jurista, doctora en Dret i Bioètica per la Universitat de Barcelona i professora associada del Departament de Medicina, Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i professora del Màster en Bioètica i Dret. Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital de Barcelona.

Signants

Rosa Abellana

Professora titular, Departament de Fonaments Clínics, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona. Investigadora del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

Rosa Aligué

Catedràtica, Departament de Biomedicina i cap d'estudis de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona.

Mireia Aznar

Advocada especialista en dret sanitari, sòcia de DVAA Abogadas. Membre de la Comissió d'Ètica de la Investigació d'Andorra. Presidenta de la Secció de Dret Sanitari de l'Il·lustre Col·legi de l'Advocacia de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona.

Maria Rosa Ballester

Directora de l'Àrea de Recerca i Innovació, responsable de l'Institut de Recerca i vocal del Comitè d'Ètica de la Recerca amb Medicaments de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Professora associada de la Universitat Ramon Llull. Vocal de la Societat Catalana de Salut amb Perspectiva de Sexe i Gènere. Directora de la xarxa XWHIN (Women's Health Innovation Network).

Carme Barrot

Professora agregada, Departament de Medicina de la Universitat de Barcelona. Directora del Laboratori de Genètica Forense, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Investigadora del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

Maria Jesús Bertran

Metgessa del servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia i vocal del Comitè d'Ètica de la Recerca amb Medicaments de l'Hospital Clínic de Barcelona. Vocal de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya.

María Casado

Catedràtica de Filosofia del Dret, Moral i Política. Fundadora de l'Observatori de Bioètica i Dret, del Màster en Bioètica i Dret i de la Càtedra UNESCO de Bioètica, Universitat de Barcelona. Membre del equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Creadora de la *Revista de Bioètica y Derecho* de la Universitat de Barcelona.

Susana Cereijo

Llicenciada en Comunicació Audiovisual i màster en Ficció en Cinema i Televisió per la Universitat Ramon Llull. Postgrau en Gestió de Xarxes Socials i Continguts Digitals per la Inesdi Business Techschool. Responsable de la gestió i difusió de continguts digitals i del disseny d'estratègies de comunicació de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

Blanca Coll-Vinent

Metgessa especialista en medicina d'urgències i presidenta de la Comissió Clínica de Sexe i Gènere en Salut de l'Hospital Clínic de Barcelona. Vicepresidenta de la Societat Catalana de Salut amb Perspectiva de Sexe i Gènere.

Mirentxu Corcoy

Catedràtica de Dret Penal. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Fernando Estévez

Metge especialista en neurologia, màster en Neurociència i Biologia del Comportament, doctor en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Professor de la Universitat d'Azuay (Cuenca, Equador). Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya i de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Professor del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Anna Falcó

Professora agregada del Departament d'Infermeria Fonamental i Clínica, Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Investigadora del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Directora de la Càtedra UB-FSM de Salut Espiritual i Humanització. Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Lorenzo Gallego Borghini

Traductor especialitzat en medicina. Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Col·laborador de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Fernando García López

Doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Madrid. Antic cap de l'Àrea de Neurodegeneració, Envel·liment i Salut Mental del Centre Nacional d'Epidemiologia de l'Institut de Salut Carlos III (ISCIII). President del Comitè Ètic d'Investigació de l'ISCIII. President de l'Associació Bioètica i Dret i professor del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Juana María Gil

Catedràtica de Filosofia del Dret de la Universitat de Granada i presidenta de la Societat Espanyola de Filosofia Jurídica i Política. Directora del grup de recerca SEJ 135 en drets humans i garanties. Assessora de l'Institut Andalús de la Dona i de la Direcció General de Violència de Gènere i Assistència a les Víctimes de la Junta d'Andalusia. Antiga vocal de l'Observatori Andalús de Violència de Gènere. Col·laboradora de la Comissió d'Igualtat del Consell General del Poder Judicial. Membre del Comitè de Bioètica del Consorci Parque de las Ciencias de Granada.

Sílvia Ginés

Catedràtica de Biologia Cel·lular, Departament de Biomedicina de la Universitat de Barcelona. Investigadora de l'Institut de Neurociències i coordinadora de la Unitat d'Igualtat de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona.

Beatriz González López-Valcárcel

Catedràtica d'Economia de la Salut, Universitat de Las Palmas de Gran Canària. Patrona de la Fundació Ernest Lluch. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Marta Guix

Metgessa adjunta del servei d'Oncologia Mèdica de l'Hospital del Mar i investigadora del programa de recerca en càncer de l'Hospital del Mar Research Institute. Presidenta del Comitè d'Ètica de la Recerca amb Medicaments i vocal del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital del Mar. Professora assistencial, Departament de Medicina i Ciències de la Vida, Universitat Pompeu Fabra. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona.

Ignasi Labastida

Doctor en Física per la Universitat de Barcelona. Cap de la Unitat de Recerca del Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació (CRAI) de la Universitat de Barcelona. Delegat del rector de la Universitat de Barcelona per a publicacions científiques i ciència oberta. President del grup de polítiques INFO de la Lliga d'Universitats d'Investigació Europees (LERU). Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Fabiola Leyton

Professora lectora del Departament d'Infermeria Fonamental i Clínica, Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Coordinadora editorial de la *Revista de Bioètica y Derecho* de la Universitat de Barcelona. Investigadora postdoctoral de l'Observatori de Bioètica i Dret i professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Investigadora del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Manuel López-Baroni

Professor titular de Filosofia del Dret, Moral i Política de la Universitat Pablo de Olavide (Sevilla). Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya i investigador del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Codirector del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Maria Antònia Mangues

Farmacèutica, especialista en farmàcia hospitalària. Antiga directora del Servei de Farmàcia i presidenta de la Comissió Clínica de Sexe i Gènere en Salut de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Presidenta de la Societat Catalana de Salut amb Perspectiva de Sexe i Gènere, Acadèmia de les Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Acadèmica numerària de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya.

Gemma Marfany

Catedràtica de Genètica de la Facultat de Biologia de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona. Professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Institut de Biomedicina de la Universitat de Barcelona (IBUB-IRSJD). Responsable d'unitat del Centre d'Investigació Biomèdica en Xarxa de Malalties Rares (CIBERER). Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i del Comitè de Bioètica d'Andorra.

Joaquín Martínez-Montauti

Metge especialista en medicina interna. Doctor en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i professor del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Membre del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital de Barcelona.

Ferran Masanés

Metge especialista en medicina interna. Cap de secció de Geriatria i president del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona. Membre de la Comissió de Garanties i Avaluació de l'Eutanàsia de Catalunya. President del Comitè d'Ètica de la Recerca del Col·legi de Metges de Barcelona. Professor associat del Departament de Medicina i professor del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Irene Melamed

Metgessa especialista en pediatria. Professora i investigadora del programa de bioètica de la Facultat Latinoamericana de Ciències Socials (FLACSO, Argentina). Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Míriam Méndez

Jurista, experta en protecció de dades. Oficina del Delegat de Protecció de Dades, Àrea de Recerca, Fundació TIC Salut i Social, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya.

Susana Moreno

Professora titular de Dret del Treball i de la Seguretat Social de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Institut de Recerca TransJus de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori dels Sistemes Europeus de Previsió Social Complementària. Coordinadora de la clínica jurídica de relacions laborals de la Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Investigadora del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona.

Mónica Navarro-Michel

Professora agregada de Dret Civil, Facultat de Dret, Universitat de Barcelona. Directora de l'Institut de Recerca TransJus de la Universitat de Barcelona. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Francesca Puigpelat

Catedràtica de Filosofia del Dret i antiga degana de la Facultat de Dret de la Universitat Autònoma de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Antiga presidenta de la Societat Espanyola de Filosofia Jurídica i Política. Membre de l'Associació de Dones Juristes.

Josep Santaló

Catedràtic de Biologia Cel·lular, Universitat Autònoma de Barcelona. President del Comitè per a la Integritat de la Investigació i *ombudsperson* de l'Institut de Recerca

Sant Pau de Barcelona. Membre del Comitè d'Ètica de la Recerca en Medicina Regenerativa de la Generalitat de Catalunya. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret i professor del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Yasmina Soto

Llicenciada en Humanitats, màster en Bioètica i Dret i màster en Gestió de Continguts Digitals per la Universitat de Barcelona. Tècnica de recerca. Membre del grup de recerca «Bioètica, dret i societat» de la Generalitat de Catalunya. Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

Paula Subías

Matemàtica, especialista en ciència de dades. Màster en Bioètica i Dret i doctora per la Universitat de Barcelona, línia de bioètica del programa de Medicina i Recerca Translacional. Investigadora del Centre de Transparència Algorísmica del Joint Research Centre (JRC) de la Comissió Europea. Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Col·laboradora de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Antoni Trilla

Metge consultor sènior del Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia de l'Hospital Clínic de Barcelona. Catedràtic de Salut Pública i degà de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona. Professor de recerca de l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal). Investigador del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

Carme Valls

Metgessa especialista en endocrinologia, experta en medicina amb perspectiva de gènere.

Anna Veiga

Biòloga, especialista en reproducció humana. Directora del Banc de Línies Cel·lulars de Barcelona, cap del grup de recerca en teràpia amb cèl·lules mare pluripotents del programa de Medicina Regenerativa i *ombudsperson* del Comitè d'Integritat Científica, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).

María José Villalobos

Doctora en Ciències Biomèdiques per la Universitat de Manchester. Professora assistent en el National eHealth Living Lab (NeLL), Centre Mèdic Universitari de Leiden (Països Baixos). Membre de l'equip de treball del projecte BIOEVAINNOLAW del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Professora del Màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Román Villegas

Metge especialista en medicina interna. Cap de servei de Producte Sanitari, Servei Andalus de Salut, Junta d'Andalusia. Membre del grup de treball d'ètica i protecció de dades de la Societat Espanyola d'Epidemiologia i Salut Pública. Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Secretari de la comissió d'accés i ús de dades sanitàries d'Andalusia.

Publicacions del Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona

- Bioètica i selecció genètica d'embrions humans per càlcul de risc poligènic (2024)
- Anàlisi sobre l'impacte normatiu dels documents de l'OBDD relatius a l'eutanàsia i reptes de futur (2021)
- Pautes per avaluar projectes de recerca i innovació en salut que utilitzin tecnologies emergents i dades personals (2020)
- Recomanacions per a la presa de decisions ètiques sobre l'accés de pacients a unitats de cures intensives en situacions de pandèmia (2020)
- Qüestions bioètiques sobre la venda d'aliments i la dispensació de medicaments *online* (2019)
- Gestació per substitució (2019)
- Aspectes ètics del diàleg entre ciència i societat (2018)
- Ètica i integritat en la docència universitària (2018)
- Informació alimentària: qüestions ètiques, jurídiques i polítiques (2017)
- Integritat científica en recerca i innovació responsable (2016)
- Envel·liment i vulnerabilitat (2016)
- Bioètica i edició genòmica en humans (2016)
- Bioètica i Big Data de salut (2015)
- Bioètica i discapacitat (2014)
- Accés responsable a la informació jurídic-bioètica en xarxa (2012)
- Trasplantament d'òrgans de donant viu (2011)
- Salut sexual i reproductiva en l'adolescència i interrupció voluntària de l'embaràs (2011)
- Nanotecnologia i bioètica global (2010)
- Voluntats anticipades i l'eutanàsia (2010)
- Limitació de l'esforç terapèutic a les unitats de neonatologia (2009)
- Interrupció voluntària de l'embaràs (2008)
- Reproducció assistida (2008)
- Objeció de consciència en sanitat (2007)
- Proves genètiques de filiació (2006)
- Rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang (2005)
- Dones i ciència (2004)
- Disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre l'eutanàsia (2003)
- Selecció del sexe (2003)
- Salut sexual i reproductiva en l'adolescència (2002)
- Congelació d'òcits per a la reproducció humana (2002)
- Cèl·lules mare embrionàries (2001)
- Voluntats anticipades (2001)

Projecte PID2022-138615OB-I00 finançat per:



unesco

Càtedra de Bioètica de la
Universitat de Barcelona