

Diversidad, equidad e inclusión en la atención de la mujer (DEI)

Diversity, equality and inclusion in women's healthcare (EDI)

YAZMIN ABUABARA-TURBAY • CARTAGENA (COLOMBIA)
YORLADY UCHAMOCHA-PÉREZ • ARMENIA (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4958>

Resumen

Introducción: las desigualdades de género siguen siendo un determinante social clave en salud, reflejándose en el acceso a servicios, toma de decisiones y representación en investigación y liderazgo. Comprender cómo el género y otros factores interseccionales influyen en la atención médica es fundamental para construir sistemas de salud más equitativos y eficaces.

Objetivos: revisar la literatura reciente sobre diversidad, equidad e inclusión (DEI) en la atención en salud de la mujer, enfatizando su rol como pacientes, profesionales e investigadoras.

Métodos: se realizó una revisión narrativa de publicaciones entre 2018 y 2025 en PubMed, Scopus y SciELO. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y editoriales relevantes que abordan la equidad de género en salud.

Resultados: persisten brechas en diagnóstico, investigación biomédica y liderazgo femenino. Las normas socioculturales, los estereotipos de género y las estructuras institucionales perpetúan la inequidad. Diversos estudios evidencian que la inclusión y diversidad en equipos médicos e investigativos favorecen la calidad de la atención, la innovación y la representatividad científica.

Conclusiones: promover la equidad en salud de la mujer requiere eliminar sesgos estructurales, reconocer la diversidad interna del colectivo femenino e impulsar su participación plena en la práctica clínica, la gestión sanitaria y la investigación biomédica. (*Acta Med Colomb 2025; 50-4 (Supl)*. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4958>).

Palabras clave: *equidad de género, diversidad, inclusión, salud de la mujer, liderazgo femenino, investigación científica.*

Abstract

Introduction: gender inequalities continue to be a key social determinant of health, reflected in access to services, decision making and representation in research and leadership. An understanding of how gender and other intersectional factors affect health care is essential for building more equitable and effective healthcare systems.

Objectives: to review the recent literature on diversity, equality and inclusion (EDI) in women's health care, emphasizing their role as patients, professionals and researchers.

Methods: a narrative review was done of articles published between 2018 and 2025 in PubMed, Scopus and SciELO. Original articles, systematic reviews and relevant editorials dealing with gender equality in health were included.

Results: gaps remain in female diagnosis, biomedical research and leadership. Sociocultural norms, gender stereotypes and institutional structures perpetuate inequality. Various studies show that inclusion and diversity in medical and research teams favor quality of care, innovation, and scientific representativeness.

Conclusions: promoting women's equality in health requires eliminating structural biases, recognizing the diversity among females, and encouraging their full participation in clinical practice, healthcare management, and biomedical research. (*Acta Med Colomb 2025; 50-4 (Supl)*. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4958>).

Keywords: *gender equality, diversity, inclusion, women's health, female leadership, scientific research.*

Dra. Yazmin Abuabara-Turbay: FACP. Especialista en Medicina interna, Universidad de Cartagena. Docente Departamento Médico Universidad de Cartagena. Miembro Emérito de la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI); Dra. Yorlady Uchamocha-Pérez: FACP. Especialista en Medicina interna. Docente Catedrática, Facultad de Medicina, Universidad del Quindío. Presidente Electa, Asociación Colombiana de Medicina Interna (2026–2028). Armenia, (Colombia). Correspondencia: Dra. Yorlady Uchamocha-Pérez. Armenia (Colombia). E-mail: yuchamochap211@gmail.com

Introducción

Las diferencias entre hombres y mujeres en materia de salud han sido documentadas durante décadas. Sin embargo, la comprensión de estas desigualdades ha evolucionado: hoy se reconoce que no se trata únicamente de disparidades biológicas, sino de una compleja interacción entre factores sociales, económicos, culturales y estructurales. La equidad de género en salud busca asegurar que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades para alcanzar su máximo potencial de bienestar, eliminando barreras y sesgos que limitan su acceso o trato dentro del sistema sanitario (1,2).

La diversidad, por su parte, amplía este enfoque al considerar que las mujeres no constituyen un grupo homogéneo. Las condiciones de vida, el nivel educativo, la identidad étnica, la orientación sexual, la discapacidad o la pertenencia a poblaciones migrantes o rurales, generan experiencias de salud distintas y, en muchos casos, desiguales (3,4). Reconocer esta heterogeneidad es clave para diseñar políticas y prácticas inclusivas que respondan a las necesidades reales de las pacientes. Durante la pandemia de COVID-19, las brechas de género se profundizaron de forma alarmante. La pérdida de empleos informales, el incremento del trabajo doméstico no remunerado y el aumento de la violencia de pareja afectaron de manera desproporcionada a las mujeres (5). Además, se observó un descenso en la participación femenina en la investigación y producción científica, lo cual amenaza con revertir avances logrados en la última década (6,7). En este contexto, las perspectivas de equidad y diversidad no solo son imperativos éticos, sino también estratégicos. Organismos internacionales como la OMS y la ONU han reiterado que la equidad de género y la inclusión son condiciones indispensables para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y fortalecer la calidad y resiliencia de los sistemas de salud (8,9). Esta revisión, se propone analizar la evidencia reciente sobre equidad, diversidad e inclusión en la atención médica de la mujer, considerando su doble rol como usuaria y como profesional del sistema de salud. Además, se integran hallazgos recientes sobre la participación de las mujeres en la investigación biomédica y en posiciones de liderazgo clínico y académico.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con el objetivo de explorar las evidencias y reflexiones actuales en torno a la equidad, diversidad e inclusión (DEI) en la atención en salud de la mujer. La búsqueda se efectuó entre enero de 2018 y agosto de 2025, utilizando las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO, con los términos: “Gender Equity”, “Diversity”, “Women’s Health”, “Inclusion”, “Leadership in Medicine” y “Women in Research”. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, editoriales y documentos de organismos internacionales. La

información fue analizada cualitativamente identificando temas y tendencias emergentes.

Resultados

1. El acceso a la salud y la mujer

Las mujeres continúan enfrentando mayores barreras para el acceso a servicios esenciales, particularmente en contextos de bajos y medianos ingresos, donde los sistemas sanitarios carecen de infraestructura, personal capacitado y mecanismos de cobertura suficientes (1, 2, 8). Lassi et al. destacan que las aproximaciones interfactoriales son indispensables para comprender cómo la desigualdad de género interactúa con factores como la pobreza, la ruralidad, la etnia o la discapacidad, generando vulnerabilidades acumulativas (1). Gencer et al. (2024) proponen el desarrollo de indicadores de salud sensibles al género e informados por la interfactoriabilidad, con el fin de visibilizar estas brechas en la formulación de políticas y en los sistemas de información sanitaria (2).

En regiones rurales o de difícil acceso, la oferta de servicios especializados en salud femenina —como la atención obstétrica, la salud sexual y reproductiva, o la detección temprana de cáncer ginecológico— sigue siendo insuficiente. Semahegn et al. (2025) documentaron que las limitaciones económicas, las responsabilidades domésticas y las normas socioculturales restrictivas actúan como barreras simultáneas que retrasan la búsqueda y la continuidad del cuidado (7). De igual modo, Kar et al. (2024) señalan que la exclusión de las mujeres con discapacidad agrava la inequidad en salud, ya que enfrentan discriminación múltiple y una menor adaptación de los servicios a sus necesidades específicas (4).

A nivel clínico, la literatura evidencia un sesgo persistente en la atención médica que afecta la calidad del diagnóstico y tratamiento recibido por las mujeres. Dong et al. (2023) sostienen que la atención centrada en la persona, especialmente en mujeres de contextos diversos, exige una reestructuración del enfoque biomédico tradicional hacia modelos que reconozcan las diferencias biológicas, psicológicas y sociales en la experiencia de la enfermedad (6). Chang et al. (2025) complementan este argumento al cuestionar que la “igualdad de género en salud” se limite a una paridad numérica, proponiendo en su lugar una “equidad de género” que garantice una atención adaptada a las necesidades diferenciadas (3).

Asimismo, la composición del personal de salud influye directamente en la equidad de la atención. Alsan et al. (2019) y Nguyen et al. (2020) demostraron que la concordancia étnica entre pacientes y profesionales de la salud mejora la adherencia terapéutica y la confianza en el sistema sanitario, lo que sugiere que la diversidad en los equipos clínicos puede mitigar parte del sesgo en la práctica médica. Este principio es extensible al género: una mayor presencia femenina en los equipos asistenciales favorece una atención más empática y sensible a las particularidades de las pacientes (10, 11).

También se destaca que, las desigualdades de género también se manifiestan en etapas avanzadas del ciclo vital. Gallardo-Peralta et al. (2018) evidenciaron que, en personas mayores del norte de Chile, las mujeres reportan una menor calidad de vida y mayor prevalencia de enfermedades crónicas y síntomas depresivos en comparación con los hombres, atribuible a desigualdades acumuladas a lo largo de la vida (12).

2. Diferencias de género en la práctica clínica

La brecha de género en la práctica clínica constituye una de las inequidades estructurales más persistentes dentro de los sistemas de salud contemporáneos. La medicina moderna se ha construido sobre un modelo androcéntrico que históricamente ha privilegiado el cuerpo masculino como referencia normativa (13). Esta brecha ha tenido repercusiones significativas en la precisión diagnóstica, el abordaje terapéutico y la seguridad de los fármacos en mujeres, especialmente en patologías cardiovasculares, dolor crónico y trastornos autoinmunes, donde las manifestaciones clínicas difieren sustancialmente entre sexos. La subrepresentación femenina en los ensayos clínicos continúa limitando la validez externa de los resultados biomédicos, generando vacíos en la evidencia que comprometen la equidad en la atención (11, 14).

Durante la pandemia por COVID-19, estas brechas se agudizaron. Se documentó un incremento desproporcionado en la carga doméstica no remunerada y en la exposición a violencia de pareja, factores que afectaron de manera directa la salud mental, emocional y física de las mujeres (6). Autores señalan que las intervenciones sobre equidad de género en entornos laborales de salud aún presentan una efectividad limitada, debido a la persistencia de estructuras institucionales jerárquicas y la falta de estrategias sostenibles de transformación cultural (5).

De manera complementaria, se destacan que la ausencia de un enfoque interseccional en las políticas de diversidad, equidad e inclusión (DEI) impide abordar las desigualdades de forma integral, ya que el género interactúa con otras dimensiones como raza, clase y orientación sexual, profundizando las barreras en el acceso y la representación (8). Gichane et al. y Willis et al. coinciden en que aumentar la diversidad en la fuerza laboral científica y sanitaria no solo contribuye a reducir el sesgo de género, sino que mejora la innovación y la calidad de los resultados en salud (13, 14). Estos autores subrayan la necesidad de implementar reformas estructurales orientadas a la inclusión equitativa de mujeres en la investigación biomédica, la toma de decisiones y el liderazgo institucional, como pilares fundamentales para mitigar los efectos del sesgo de género en la práctica clínica y fortalecer la justicia sanitaria.

3. Brechas en las especialidades médicas

El estudio de Cayón-Somacarrera et al. (2024) evidenció que, en especialidades altamente tecnificadas como la

radiología, las mujeres continúan enfrentando importantes desigualdades estructurales en su desarrollo profesional. El análisis reveló una menor representación femenina en cargos de liderazgo, una brecha salarial persistente y una visibilidad académica reducida en comparación con sus homólogos masculinos (9). Estas disparidades no solo se limitan al contexto español, sino que reflejan un patrón reproducido internacionalmente en disciplinas de alta competitividad y prestigio técnico. En un estudio reciente de la Radiological Society of Finland, Marjasuo et al. (2025) confirmaron que, pese al aumento de la participación femenina en la especialidad, la inequidad salarial y la escasa presencia de mujeres en puestos directivos siguen siendo problemas sistémicos, sustentados en sesgos de género tanto explícitos como implícitos (15).

Estas tendencias se extienden a otras áreas médicas. La equidad de género en entornos clínicos y de investigación continúa limitada por estructuras jerárquicas rígidas, escasos mecanismos de conciliación laboral-familiar y una cultura institucional que aún favorece modelos de liderazgo masculinizados (5). En cirugía, múltiples revisiones internacionales han documentado una subrepresentación femenina en posiciones académicas, comités de decisión y autorías principales, a pesar del incremento de mujeres en la formación quirúrgica. De manera similar, en especialidades como medicina interna, ginecología y obstetricia, las brechas salariales y las limitaciones en la promoción profesional persisten incluso cuando la proporción de médicas es igual o superior a la de los hombres (5, 8).

4. Participación de la mujer en la ciencia

Schiariti (2023) subraya que la promoción de la equidad de género en la ciencia y la tecnología es un componente esencial para alcanzar una investigación verdaderamente inclusiva y socialmente relevante. La autora enfatiza que la diversidad dentro de los equipos científicos no sólo tiene implicaciones éticas, sino también epistemológicas, ya que la pluralidad de perspectivas mejora la calidad metodológica, amplía la interpretación de los resultados y aumenta la aplicabilidad de los hallazgos a contextos heterogéneos. Sin embargo, persisten brechas sustanciales en la participación de las mujeres en investigación, reflejadas en la subrepresentación en roles de autoría principal, posiciones editoriales y liderazgo de proyectos financiados. Estas disparidades, según Schiariti, son producto tanto de sesgos institucionales como de la falta de políticas efectivas que favorezcan la progresión académica femenina (16).

En esta misma línea, Brownson et al. (2025) demostraron que los programas de mentoría estructurados, con enfoque en equidad e implementación científica, pueden reducir dichas brechas al fortalecer la participación y liderazgo de investigadoras en disciplinas de alta competitividad (17). De forma complementaria, Moosa et al. (2025) evaluaron un programa nacional de formación en investigación en adicciones, encontrando que los entornos académicos

con políticas explícitas de diversidad y acompañamiento incrementan la retención de mujeres y de grupos subrepresentados, potenciando su productividad científica y su permanencia en la carrera investigadora (18).

Hattery et al. (2022) destacan, sin embargo, que la diversidad en los equipos de investigación puede generar tensiones si no se acompaña de estructuras institucionales que garanticen una participación equitativa y la distribución justa de recursos y reconocimiento. La inclusión efectiva, por tanto, requiere no solo incrementar la representatividad numérica de las mujeres, sino transformar las dinámicas de poder y colaboración dentro de los grupos científicos (19).

Por su parte, Nielsen et al. (2017) plantean que la diversidad de género conduce a una mejor ciencia, al fomentar la creatividad, la innovación y la rigurosidad analítica. Segundo los autores, los equipos diversos tienden a producir investigaciones más citadas y con mayor impacto, al integrar marcos conceptuales y metodológicos complementarios. (20)

Discusión

La equidad y diversidad en la atención médica de la mujer son conceptos interdependientes que trascienden el ámbito clínico. No basta con garantizar el acceso; es necesario transformar los sistemas para que sean inclusivos y libres de sesgos. Las inequidades derivan de estructuras históricas que perpetúan la subordinación femenina. El sistema de salud, reflejo de la sociedad, reproduce muchos de esos patrones.

La equidad de género debe incorporarse de manera transversal en formación médica, práctica clínica, investigación y liderazgo institucional (1-4). Cayón Somacarrera et al. (2024) evidencian la brecha en liderazgo médico femenino y la necesidad de mentorías, conciliación y promoción transparente. Fomentar el liderazgo de las mujeres es estratégico para mejorar la innovación y la calidad (9,13). Schiariti (2023) resalta que la exclusión de las mujeres en la ciencia empobrece el conocimiento y limita su aplicabilidad. Las universidades deben implementar políticas de equidad científica, convocatorias específicas y criterios de evaluación con enfoque de género (16). Finalmente, la atención centrada en la diversidad mejora la satisfacción y los resultados clínicos (7), requiriendo formación en competencias culturales y de género. Los países con políticas interseccionales avanzan más en equidad (8,9).

Conclusiones

La equidad en la atención de la mujer exige reconocer la pluralidad de experiencias femeninas y garantizar servicios justos y culturalmente adecuados. Se requieren cambios estructurales: eliminar sesgos de género, fortalecer el liderazgo femenino y garantizar la participación equitativa en investigación. Promover la diversidad no es solo un

principio ético, sino una estrategia para mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema de salud.

Referencias

1. Lassi, Z. S., Wade, J. M., & Ameyaw, E. K. (2025). At the crossroads: Intersectional approaches to women's health equity. *Women's Health*, 21, 17455057251356890.
2. Gencer, H., Saß, A. C., & Prütz, F. (2024). Gender-sensitive and intersectionality-informed health indicators for health reporting: a scoping review protocol. *BMJ open*, 14(11), e091549.
3. Chang, A. Y., Hawkes, S., Buse, K., & Zarulli, V. (2025). Is 'gender equality in health' the right goal? Exploring issues of definition and measurement. *BMJ Global Health*, 10(4).
4. Kar, S., Bashar, A., Gnanasekaran, S., Jayasree, A. K., Indu, P. S., & Srivastava, K. (2024). Role of Gender Equity and Disability Inclusion to Help Achieve the Larger Cause of Health for All and Attain SDG 2030 by India. *Indian Journal of Community Medicine*, 49(Suppl 2), S153-S158.
5. Tricco, A. C., Parker, A., Khan, P. A., Nincic, V., Robson, R., MacDonald, H., ... & Straus, S. E. (2024). Interventions on gender equity in the workplace: a scoping review. *BMC medicine*, 22(1), 149.
6. Dong, K., & Gagliardi, A. R. (2023). Person-centered care for diverse women: narrative review of foundational research. *Women's Health*, 19, 17455057231192317.
7. Semahegn, A., Mehretie Adinew, Y., Tiruneh, G. T., Argaw, M. D., Bekele, B., Tesfaye, M., ... & Makonnen, M. (2025). Gender disparities and barriers to access and use of essential health services in Ethiopia: Designing primary health care through gender lens. *PLOS Global Public Health*, 5(6), e0004813.
8. Mosley TJ., Zajdel RA., Alderete E., Clayton JA., Heidari S., Pérez-Stable EJ., ... & Bernard MA. (2025). Intersectionality and diversity, equity, and inclusion in the healthcare and scientific workforces. *The Lancet Regional Health–Americas*, 41.
9. Cayón Somacarrera, S., Alonso Rodríguez, C., Va, L., Oleaga Zufiría, L., & Rodríguez Carnero, P. (2024). La mujer en la radiología española actual: análisis en perspectiva. *Radiología (Madr., Ed. impr.)*, 121-131.
10. Aisan, M., Garrick, O., & Graziani, G. (2019). Does diversity matter for health? Experimental evidence from Oakland. *American Economic Review*, 109(12), 4071-4111.
11. Nguyen, A. M., Siman, N., Barry, M., Cleland, C. M., Pham-Singer, H., Ogedegbe, O., ... & Shelley, D. (2020). Patient-physician race/ethnicity concordance improves adherence to cardiovascular disease guidelines. *Health Services Research*, 55(Suppl 1), 51.
12. Gallardo-Peralta, L., Jorquerá, I. C., Morán, M. P., & Quiroz, B. U. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, (49).
13. Gichane, M. W., Griesemer, I., Cubanski, L., Egbuogu, B., McInnes, D. K., & Garvin, L. A. (2025). Increasing diversity, equity, and inclusion in the health and health services research workforce: a systematic scoping review. *Journal of General Internal Medicine*, 40(7), 1487-1497.
14. Willis, A. I., Foster, K. E., & Ibrahim, S. A. (2025). Building an Inclusive Future: Equity in Health and Health Services Research Workforce. *Journal of General Internal Medicine*, 40(7), 1485-1486.
15. Marjasuo, S., Holstila, M., & Hirvonen, J. (2025). Workplace equity in radiology: a nationwide survey by the Radiological Society of Finland. *Insights into Imaging*, 16(1), 106.
16. Schiariti, V. (2023). Equidad en la participación de las mujeres en investigación: Cómo fomentar diversidad e inclusión en la ciencia?. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 80(1), 1.
17. Brownson, R. C., Kannuthurai, S. J., Jacob, R. R., Cabassa, L. J., Coronado, G. D., Curran, G. M., ... & Haire-Joshu, D. (2025). Building capacity and equity in implementation science: evaluation of a national mentored training program. *Implementation Science*, 20(1), 35.
18. Moosa, A. B., Segura, C. M., Siddiqi, A. D., Patel, H., Chen, T. A., Rogova, A., ... & Reitzel, L. R. (2025). Helping Everyone Achieve a LifeTime of Health□Future Addiction Scientist Training Program Outcomes. *Health behavior and policy review*, 12(3), 1956-1974.
19. Hattery, A. J., Smith, E., Magnuson, S., Monterrosa, A., Kafonek, K., Shaw, C., ... & Kanewske, L. C. (2022). Diversity, equity, and inclusion in research teams: The good, the bad, and the ugly. *Race and justice*, 12(3), 505-530.
20. Nielsen, M. W., Alegria, S., Borjeson, L., Etzkowitz, H., Falk-Krzesinski, H. J., Joshi, A., ... & Schiebinger, L. (2017). Opinion: Gender diversity leads to better science (vol 114, pg 1740, 2017). *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 114(13), E2796-E2796.

