



# EsMujer

Estrategia de Salud  
de la Mujer en España

---



# EsMujer

Estrategia de Salud  
de la Mujer en España

# ÈsMujer

Estrategia de Salud  
de la Mujer en España

Con el aval de



Con la colaboración de



Con el impulso de



## PRÓLOGO

---

La iniciativa **EsMujer. Estrategia de Salud de la Mujer en España** tiene como objetivo generar un espacio de encuentro y reflexión entre diferentes expertos, pacientes y sus organizaciones, sociedades científicas y sector privado para elaborar el **Consenso en favor de una Estrategia de Salud de la Mujer en España. Abordaje integral de la salud de la mujer durante toda su vida**, que es el que se detalla a continuación.

A lo largo de estos meses hemos colaborado con expertos, coordinando los trabajos de redacción de este documento, para poner de manifiesto la necesidad que existe de abordar específicamente los problemas de salud que afectan a las mujeres en España, a través de una estrategia estatal que ofrezca un marco de referencia a otras iniciativas que ya existen. El objetivo último es contribuir a que las administraciones públicas puedan trabajar en el futuro en una propuesta de actuación coordinada, que ofrezca un abordaje integral a lo largo de toda la vida de la mujer, y que tenga en cuenta los aspectos clave que se deben tratar.

Así pues, en esta publicación se reúnen datos, estado de situación, propuestas de actuación, conclusiones y acciones urgentes que pretenden servir de guía para la elaboración de una estrategia que tenga en cuenta las diferentes brechas de género que existen en salud.

Por todo ello, se realiza un análisis de cómo las enfermedades más prevalentes afectan de manera diferenciada a las mujeres durante el curso de vida, cuáles son las principales brechas en la edad reproductiva con respecto a los miomas uterinos, la endometriosis y la adenomiosis, o qué alternativas existen para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio, que supone un tercio de la vida de una mujer.

Además, se pone el foco en los cambios que hay que realizar para reducir las brechas de género en la investigación preclínica y clínica, en la mejora de los diagnósticos y el diagnóstico precoz, en la adaptación de los tratamientos y los medicamentos a las condiciones de salud de la mujer, en el abordaje personalizado, en el impacto de los determinantes sociales en la salud de la mujer o en la importancia de la formación, la sensibilización y la concienciación en este sentido.

Las mujeres atraviesan distintas etapas biológicas y sociales que influyen de manera directa en su estado de salud y bienestar y cada fase presenta necesidades específicas que requieren un abordaje diferenciado, integral y continuado.

Por ello, EsMujer aspira a contribuir a que nuestro sistema sea cada vez más igualitario, equitativo, eficiente y adaptado a las necesidades reales de las mujeres. Para ello, resulta esencial avanzar en la reducción del infradiagnóstico de patologías prevalentes en la mujer que, pese a su elevada frecuencia e impacto, continúan mermando de forma significativa su calidad de vida.

*Fdo. Dr. Pluvio Coronado, presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; Dr. Francisco Carmona, Immediate Past-President de la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis; Dra. Esther de la Viuda, vocal de la Junta Directiva de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia*

---

## ÍNDICE

---

- O1** ● Introducción. Contexto y motivación del proyecto
- O2** ● Estado de situación sobre el abordaje de la salud de la mujer
- O3** ● ¿Por qué es necesaria una Estrategia de Salud de la Mujer en España?
- O4** ● ¿Qué aspectos debe contener la Estrategia de Salud de la Mujer en España?
  - A/ La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida
  - B/ Salud de la mujer en edad reproductiva: una brecha silenciosa con alto coste social
  - C/ La salud de la mujer en el climaterio
- O5** ● Llamada a la acción urgente
- O6** ● Conclusiones y agradecimientos
- O7** ● Bibliografía

# ÈsMujer

Estrategia de Salud  
de la Mujer en España



## INTRODUCCIÓN. CONTEXTO Y MOTIVACIÓN DEL PROYECTO.

Según el informe “Closing the Women’s Health Gap” (1), cerrar la brecha de salud entre hombres y mujeres podría generar un impacto económico estimado de hasta 1 billón de dólares anuales para 2040 en el mundo, al aumentar la productividad y reducir las pérdidas de años de vida saludable (75 millones de años de vida ajustados por discapacidad). Actualmente, esta brecha implica que las mujeres pasan un 25% más de su vida con mala salud en comparación con los hombres, lo cual tiene consecuencias significativas en su capacidad productiva y su calidad de vida.

El informe subraya que, aproximadamente, la mitad del impacto económico de la brecha en la salud de las mujeres proviene de diez condiciones de salud prioritarias como el síndrome premenstrual, los trastornos depresivos, la migraña, otras enfermedades ginecológicas, los trastornos de ansiedad, la enfermedad cardíaca isquémica, la artritis osteoartrítica, el asma, los trastornos por consumo de drogas o el cáncer de ovario. Al abordar estas condiciones, se podrían recuperar más de 24 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) cada año.

A ello se añade una cuestión de gran relevancia: los patrones de progresión de la enfermedad no son iguales en hombres y mujeres. Así lo demuestra el análisis poblacional “Population - wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women”, que evidenció que estas diferencias no se limitan a patologías concretas, sino que se observan de forma sistemática en múltiples enfermedades y a lo largo de su evolución clínica.

En general las mujeres tienden a recibir el primer diagnóstico hospitalario a una edad más avanzada que los hombres, y muchas trayectorias de enfermedad presentan secuencias, riesgos y tiempos de evolución distintos según el sexo.

Todo ello refuerza la necesidad de incorporar de manera sistemática el sexo como una variable clave en la investigación, en los modelos de enfermedad y en la práctica clínica, para avanzar hacia una atención más precisa, equitativa y adaptada a la realidad de las mujeres (2).

En este sentido, ya hay algunos antecedentes en el contexto europeo de administraciones públicas que están comprometidas con elaborar estrategias y planes específicos para abordar de manera integral la salud de las mujeres, a lo largo de toda la vida y con un enfoque holístico y transversal.



Así pues, el Reino Unido aprobó su Estrategia de Salud de la Mujer para Inglaterra en 2022 para un ámbito temporal de actuación de diez años y Países Bajos publicó la Estrategia Nacional de Salud de la Mujer 2025-2030 en 2025.

Por otro lado, Austria presentó un Plan de Acción para la Salud de la Mujer en 2017 e Irlanda hizo lo propio con su Plan de Acción de Salud de la Mujer 2022-2023 en 2022. Además, existen otras iniciativas específicas de salud de la mujer en Francia o en Dinamarca, dónde están trabajando en este último caso en crear el Centro Nacional de Salud de las Mujeres.

Por su parte, ante la importancia de abordar las especificidades de salud de la mujer en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, algunas comunidades autónomas han actualizado planes de salud, o de salud sexual y reproductiva, para incorporar el abordaje de algunas dolencias que afectan específicamente a las mujeres, pero la que ha avanzado en una estrategia integral específica es Asturias, que en 2024 aprobó la Estrategia de Salud de las Mujeres de Asturias 2024 – 2030.

De igual forma, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, en los últimos años, ha puesto el foco en el abordaje de la menopausia y también está actualizando la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS. Además, en el Parlamento Europeo se está debatiendo un informe de iniciativa propia sobre las desigualdades en salud.

Por todo lo anterior, la iniciativa EsMujer pretende aunar esfuerzos para reclamar la elaboración de una Estrategia en Salud de la Mujer en el SNS que aborde la brecha de género que existe en la atención sanitaria, así como en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las mujeres, contando con la participación de sociedades científicas, pacientes, clínicos e investigadores.

Como se ha dicho, la intención es contribuir al desarrollo de estos trabajos en el SNS, entre Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas.

Además de la implicación en la redacción del texto que han realizado los coordinadores del proyecto, el documento está avalado por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia (FEEM); la Asociación Española de Urología (AEU); Mujeres en Farma; el Observatorio de Salud; la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Neurología (SEN) y ha colaborado en el proyecto el Foro Español de Pacientes (FEP).

Igualmente, ha realizado aportaciones al mismo D<sup>a</sup> Isabel Ayala Viguera, directora gerente del Servicio Murciano de Salud. Finalmente, hay que indicar que la iniciativa *EsMujer. Estrategia de Salud de la Mujer en España* está impulsada por las compañías farmacéuticas Astellas Pharma, Organon y Theramex.



## ESTADO DE SITUACIÓN SOBRE EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LA MUJER

La brecha en salud femenina está presente a lo largo de toda la vida de la mujer: desde la adolescencia hasta la vejez. En la práctica, esto significa que, de media, las mujeres pasan más tiempo viviendo con problemas de salud que los hombres. A nivel mundial, se traduce en un impacto muy grande: equivale a unos 75 millones de años de vida perdidos cada año por vivir con enfermedad o discapacidad, lo que supone aproximadamente un 25% más de tiempo en mala salud o, dicho de forma más sencilla, unos 7 días más de mala salud por mujer cada año (1).

En la etapa reproductiva – aprox. entre los 15 y los 50 años – la mujer debe enfrentarse a condiciones como son la endometriosis, el síndrome premenstrual, sangrados uterinos por miomas o de tipo disfuncional, complicaciones durante el embarazo que crean morbilidad y mortalidad – 800 muertes diarias prevenibles, mayoritariamente en países de bajos ingresos, pero no ausentes en los de altos –. A ello se suman los trastornos del ánimo perinatales, entre ellos la depresión posparto y, con menor frecuencia, la psicosis puerperal, que requieren detección precoz, apoyo psicológico y una adecuada atención durante el puerperio, así como otros trastornos como las migrañas, las enfermedades cardiovasculares, autoinmunes o psíquicas, que representan aproximadamente el 56% de la carga total de enfermedad, probablemente infraestimada por la falta de datos desagregados por sexo (3,4).

En esta etapa, además, la carga de la patología ginecológica llamada “benigna” es especialmente relevante por sus consecuencias clínicas, funcionales y económicas. A escala global, se estimó en 2021 la existencia de 1.210 millones de casos prevalentes de enfermedades ginecológicas mayores en mujeres de 15 a 49 años, lo que refleja que no se trata de problemas aislados, sino de una carga asistencial sostenida y creciente en volumen.

De hecho, aunque la tasa global se haya mantenido relativamente estable desde 1990, el número absoluto de casos se ha duplicado, y la prevalencia aumenta con la edad hasta alcanzar un pico entre los 40 y



los 44 años, con un desplazamiento creciente de carga hacia mujeres más jóvenes, especialmente entre los 20 y los 29 años. Todo ello refuerza la necesidad de intervenciones más precoces y de circuitos asistenciales ágiles en plena etapa reproductiva y laboral (5).

Durante los años de vida laboral – aprox. entre los 20 y los 64 años, cuando se concentra cerca de la mitad del impacto total – muchas mujeres conviven con enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la diabetes, la osteoporosis o la depresión, que no solo afectan a su bienestar diario, sino también a su rendimiento y continuidad en el trabajo.

En este periodo, además, algunas condiciones empeoran o se vuelven más frecuentes alrededor de la peri y la posmenopausia, como ocurre con la depresión, cuyo riesgo puede ser hasta un 40% mayor. A todo ello se añade un problema clave: el diagnóstico suele llegar tarde, con retrasos que pueden ser muy relevantes (por ejemplo, alrededor de 2,5 años en algunos cánceres y de 4,5 años en diabetes), lo que dificulta un tratamiento precoz y empeora el impacto en la vida personal y laboral (6,7).

Asimismo, en muchas patologías ginecológicas una parte relevante del impacto pasa desapercibida, ya que no siempre se traduce en absentismo, sino en menor rendimiento diario. Esto hace que, si solo se consideran las bajas laborales, se infravalore el efecto real de estas condiciones. Además, la normalización de síntomas como el dolor o el sangrado abundante puede contribuir a retrasar el diagnóstico y favorecer complicaciones posteriores, como anemia, dolor crónico o deterioro funcional (8).

En la posmenopausia, el riesgo de cardiopatía, fracturas osteoporóticas y deterioro funcional puede verse agravado por un infratratamiento que se intensificó tras la interpretación inicial de los resultados del estudio “Women’s Health Initiative (WHI)”, un amplio ensayo clínico sobre terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas. Asimismo, en España la menopausia afecta a unos 8 millones de mujeres y entre el 80-90% tienen síntomas que impactan la salud cardiovascular y, en especial, los síntomas vasomotores afectan al 70-80% (9).

De igual forma, como ya se ha destacado anteriormente, el informe “Closing the Women’s Health Gap” muestra que reducir la brecha en salud femenina no solo es una cuestión sanitaria, sino también económica (1). Si se lograra cerrarla, la economía global podría ganar hasta 1 billón de dólares al año para 2040, un impacto equivalente a incorporar 137 millones de mujeres trabajando a tiempo completo, además de ahorrar cerca de 400.000 millones de dólares únicamente



1,210 millones

de casos prevalentes de enfermedades ginecológicas mayores en mujeres de 15 a 49 años.



hasta 4,5 años

de retraso diagnóstico en algunas enfermedades crónicas.

por la reducción de enfermedades crónicas. De hecho, algunos países avanzados ya están incorporando esta visión.

En el Reino Unido, por ejemplo, las guías NICE 2024 promueven un abordaje más personalizado de la menopausia y la endometriosis, mientras que en Estados Unidos las recomendaciones de la NAMS (North American Menopause Society) destacan que mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres también significa reducir los años vividos con discapacidad.

En este contexto, el retraso diagnóstico en patologías como la endometriosis o la adenomiosis constituye una de las brechas más consistentes y, al mismo tiempo, más corregibles del abordaje clínico, con demoras que en algunos estudios alcanzan una década. Reducir este retraso no solo mejora los resultados clínicos y el acceso a un tratamiento adecuado, sino que disminuye años de discapacidad y limita un impacto social y laboral acumulativo que se concentra precisamente en etapas clave de la vida de la mujer (10,11).

En definitiva, invertir en salud femenina no solo mejora la vida de las mujeres, sino que también tiene un impacto directo y positivo en la sociedad y en la economía.

## ¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA MUJER EN ESPAÑA?

La necesidad de desarrollar una estrategia específica para la salud de la mujer parte de una realidad todavía vigente: la persistencia de una brecha de género en salud, que va desde el desarrollo de los ensayos clínicos, en los que las mujeres están infrarrepresentadas, hasta el acceso a la atención médica y la obtención de un diagnóstico y tratamiento óptimo (1).

Sabemos que, en España, la primera causa de mortalidad en la mujer son las enfermedades cardiovasculares (12,13), en las que persiste la desigualdad de género tanto en los tratamientos, como en el seguimiento, controles y la probabilidad de derivación a programas de rehabilitación cardíaca (14).

Por su parte, el cáncer de mama constituye la segunda causa de muerte (12) y, al analizar ambas enfermedades, encontramos con que en su etiología tienen factores biológicos comunes, como

la inflamación crónica, el estrés oxidativo o cambios epigenéticos, que hace que compartan factores de riesgo que pueden ser modificables (15,18), lo que abre una importante ventana de oportunidad para realizar una prevención integral que se desarrolle desde la infancia y durante toda la vida.

Esta prevalencia debe apoyarse, de manera prioritaria, en la actuación sobre factores de riesgo modificables comunes a distintas patologías, entre ellos el consumo de alcohol (18,21), el tabaquismo (18,20,22), la inactividad física (15,16,17,18,19,21), la alimentación inadecuada (15,18) y la obesidad (15,19). Promover y facilitar la adopción de hábitos de vida saludables frente a estos factores contribuiría de forma significativa a disminuir la morbimortalidad de la mujer.



Asimismo, es fundamental impulsar políticas sanitarias específicas para la salud de la mujer, dado que determinados procesos propios ligados a su biología y a su ciclo vital aumentan de forma particular su vulnerabilidad al desarrollo de enfermedad cardiovascular, como el síndrome de ovario poliquístico, la insuficiencia ovárica prematura, las complicaciones del embarazo y del puerperio, y la menopausia (14). En este punto, cabe destacar que estas situaciones son parcialmente modificables mediante el diagnóstico correcto, el tratamiento precoz y la recomendación de mantener estilos de vida saludables.

Además, otro aspecto a considerar es que, a lo largo de su vida, la mujer puede realizar tratamientos hormonales en distintas etapas, como los anticonceptivos durante la edad fértil (22,23) o la terapia hormonal para el manejo de los síntomas de la menopausia (24).

En estos casos, lo más importante es realizar una elección individualizada, adaptada a las características y necesidades de cada mujer. Para ello, conviene seleccionar el tratamiento más adecuado en cada situación y seguir las recomendaciones recogidas en los “Criterios de Elegibilidad de la Terapia Hormonal de la Menopausia” (25) y en los “Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos” de la OMS, UK y USA (26,27).

Asimismo, no debe subestimarse el peso de los factores sociales en la salud de la mujer. Una situación socioeconómica desfavorable y un menor nivel educativo se asocian con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y, aunque el riesgo de cáncer de mama puede ser menor, su mortalidad resulta más elevada.

En ello probablemente influyen mayores dificultades para mantener los hábitos de vida saludables recomendados. Asimismo, el desempleo parece actuar como un factor de riesgo en sí mismo.

Aunque algunos estudios señalan también la relevancia del seguro médico como elemento de inequidad, este factor tiene en nuestro país una repercusión menor que en otros entornos, dadas las características de nuestro sistema sanitario.

Junto a ello, el entorno en el que se vive también condiciona de manera importante la salud. Residir en barrios con menor nivel socioeconómico puede dificultar la adopción de estilos de vida saludables, favoreciendo una alimentación de peor calidad, un mayor sedentarismo, la obesidad y hábitos tóxicos como el tabaquismo o el consumo de alcohol; todos ellos, como se ha señalado, factores de riesgo tanto cardiovascular como de cáncer de mama.

A este conjunto de condicionantes se suma el impacto del estrés crónico, cuyo efecto negativo sobre la salud está bien establecido. Entre los factores estresantes, merece una atención especial la soledad, una realidad cada vez más frecuente en la actualidad y que no afecta únicamente a las personas mayores, sino también a mujeres en otras etapas de la vida (21).

En conjunto, la persistencia de esta brecha de género, la existencia de riesgos biológicos específicos, la influencia de los determinantes sociales y la necesidad de una prevención y atención más personalizadas justifica el desarrollo de una Estrategia de Salud de la Mujer en España, capaz de dar una respuesta integral, coordinada y basada en evidencia a lo largo de todo el ciclo vital.

“La brecha de género en salud sigue condicionando el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida de millones de mujeres”.

## ¿QUÉ ASPECTOS DEBE CONTENER LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA MUJER EN ESPAÑA?

### **A** La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

De acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad correspondientes a 2023 y de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA), y como ya se ha señalado anteriormente, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en las mujeres en España, con especial relevancia del ictus, tal como recoge también el “Libro Blanco de Salud y Género”; la segunda causa de muerte es el cáncer de mama. En este marco, la patología cerebrovascular se erige actualmente como uno de los principales desafíos de salud pública para la población femenina en España.

El ictus destaca no solo por su relevancia clínica y su letalidad absoluta, sino también porque trasciende las cifras de mortalidad y constituye una causa fundamental de discapacidad grave y adquirida en la mujer, con un impacto profundo sobre la autonomía funcional y una carga sociosanitaria de primer orden (12,13,67).

“Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en mujeres en España”

Asimismo, la relación entre el cáncer de mama y la enfermedad cardiovascular merece una consideración especial.

El creciente número de mujeres supervivientes de cáncer de mama, consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos, ha puesto de relieve un hecho relevante: estas mujeres presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que, especialmente en edades avanzadas, puede llegar a constituir una amenaza incluso mayor que el propio cáncer.



### A La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

Aunque en la actualidad existen programas de cardio-oncología, su orientación se centra en el abordaje de la enfermedad cardiovascular una vez aparece, por lo que resulta necesario reforzar la prevención precoz de la cardiotoxicidad y promover una mayor investigación en este ámbito (18).

En este contexto, la Estrategia de Salud de la Mujer debe incorporar de forma prioritaria medidas orientadas a la prevención, la detección precoz y el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Para ello, resulta necesario atender tanto a los factores compartidos por hombres y mujeres – como la hipertensión, la diabetes, la dislipemia, las enfermedades autoinmunes o los trastornos de ansiedad y depresión, estos últimos especialmente frecuentes en la mujer – como a aquellos que presentan una expresión diferencial por sexo. Este enfoque permitiría avanzar en la reducción de la brecha de salud, la prevención de eventos cerebrovasculares y cardiovasculares, y la mejora de la esperanza de vida con calidad de las mujeres (14,15,16,17,18,21).

No obstante, el abordaje de la salud de la mujer en las enfermedades prevalentes a lo largo del curso de la vida no puede limitarse únicamente a la enfermedad cardiovascular y al cáncer de mama.

La prevención, la detección precoz y el control de los factores de riesgo, son pilares esenciales para mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres.



Existen otros procesos de elevada frecuencia e impacto – muchos de ellos estrechamente vinculados a etapas concretas del ciclo vital femenino – que condicionan de forma significativa la salud, la autonomía, la calidad de vida y la participación social y laboral de las mujeres.

A este respecto, por ejemplo, la migraña constituye una patología con una clara mayor afectación en las mujeres, cuya prevalencia es más del doble que en los varones. En España, se estima una prevalencia del 17% en mujeres y del 8% en hombres, en línea con la observada en otros países occidentales.

Su frecuencia aumenta desde la adolescencia, alcanza su máxima expresión entre la tercera y la cuarta década de la vida y posteriormente desciende, aunque cada vez se observa con mayor frecuencia también en edades más avanzadas (28).

## A La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), la migraña afecta en nuestro país a más de cinco millones de personas, de las cuales el 80% son mujeres. Aunque la mayoría presenta formas episódicas, se estima que alrededor de un millón de personas evoluciona hacia una migraña crónica (28).

En este sentido, la migraña no solo es muy frecuente, sino también una de las enfermedades que más discapacidad genera en el mundo: se considera la sexta patología más prevalente y la segunda causa de discapacidad, además de situarse entre las diez condiciones médicas con mayor impacto económico global (1).

Su carga económica es muy elevada, ya que incluye tanto los costes sanitarios directos como los que asumen los propios pacientes, además de las pérdidas de productividad por absentismo y presentismo, que pueden reducir hasta en un 50% el rendimiento laboral habitual (28).

Este impacto es aún mayor en la migraña crónica. En España, se ha observado que las personas con migraña crónica presentan más del doble de bajas laborales que quienes padecen migraña episódica, y pierden muchos más días de trabajo al año. A ello se suma una importante reducción de la efectividad laboral, cuyo coste puede ser incluso superior al de las propias bajas (28). Además, la migraña afecta de forma notable a la calidad de vida: a partir de cuatro días de cefalea al mes ya se asocia con una mayor discapacidad y con una clara repercusión en la vida diaria (28).

Asimismo, cabe destacar que la migraña en la mujer está estrechamente relacionada con los cambios hormonales, por lo que puede empeorar en momentos como la menstruación o la perimenopausia. Además, puede presentarse con aura o sin ella, una diferencia importante porque la migraña con aura se asocia a un mayor riesgo de ictus isquémico (29).

**5M**  
de personas  
afectadas por la  
migraña en España

**80%**  
son mujeres

## A La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

En relación con el ciclo menstrual, se distinguen dos formas: la migraña menstrual pura, cuando aparece solo en los días próximos a la menstruación, y la migraña relacionada con la menstruación, cuando además puede presentarse en otros momentos del ciclo; en ambos casos, lo más habitual es que sea sin aura (30). De forma similar, la transición a la menopausia constituye otro momento de especial relevancia, ya que las fluctuaciones hormonales propias de esta etapa también pueden favorecer un empeoramiento de la migraña (31,32).

Tras la menopausia, su evolución es variable, aunque parece más probable que mejore cuando esta se produce de forma espontánea que cuando es consecuencia de una cirugía (32,33).

Ante esta situación, conviene destacar los avances logrados en el desarrollo de tratamientos dirigidos a la migraña, que han permitido mejorar de forma significativa el control de los síntomas, la calidad de vida y la productividad de las mujeres afectadas. Entre las opciones terapéuticas disponibles se incluyen también los tratamientos hormonales, que pueden resultar de utilidad en determinadas mujeres, especialmente cuando la migraña guarda una relación clara con el ciclo menstrual o con las fluctuaciones hormonales propias de la transición a la menopausia.



## A La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

“La salud de la mujer requiere un abordaje individualizado en cada etapa vital.”

En estos casos, su indicación debe realizarse siempre de forma individualizada, teniendo en cuenta la etapa vital de la mujer, sus características clínicas, sus factores de riesgo y sus preferencias, y siguiendo los criterios de elegibilidad establecidos para garantizar la opción más adecuada y segura en cada situación (34,35).

Por otro lado, también resulta de interés abordar la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva en la vida de las mujeres. En este ámbito, preocupa especialmente el incremento de las infecciones de transmisión sexual (36,37). Si bien es cierto que su frecuencia global es mayor en los hombres, en las mujeres su impacto sobre la salud puede ser especialmente relevante, ya que pueden dar lugar a complicaciones como infertilidad, dolor pélvico crónico, embarazo ectópico o problemas durante la gestación.

Asimismo, la Estrategia de Salud de la Mujer debe abordar con carácter prioritario la inequidad existente en las enfermedades neurodegenerativas, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, donde la brecha de género resulta especialmente relevante. Según el informe “Neurología y Mujer” de la Sociedad Española de Neurología (SEN), dos de cada tres personas diagnosticadas de Alzheimer son mujeres, una prevalencia que no puede explicarse únicamente por la mayor longevidad femenina.

Existen factores biológicos, hormonales y metabólicos específicos, actualmente en estudio, que podrían incrementar la vulnerabilidad del cerebro femenino ante el deterioro cognitivo (61).

El impacto social de la demencia en España presenta, además, una dimensión marcadamente femenina.

## A La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

La mujer no solo padece la enfermedad con mayor frecuencia y, en muchos casos, con una mayor carga de morbilidad, sino que también asume de forma mayoritaria el rol de cuidadora principal, lo que genera una “doble carga” que puede comprometer su propia salud física y mental. En consecuencia, la adecuación de la respuesta pública ante las demencias requiere impulsar investigaciones con perspectiva de sexo y consolidar redes sociosanitarias capaces de dar respuesta a la morbilidad diferencial observada en la población femenina (61).

Por último, dicha estrategia también debe abordar de forma específica la urología funcional y oncológica femenina, dado que comprende un conjunto de patologías altamente prevalentes, crónicas e infradiagnosticadas que afectan de manera significativa a la calidad de vida de las mujeres y su expectativa vital.

Estas condiciones presentan una estrecha relación con factores hormonales, obstétricos, neurológicos y asociados al envejecimiento, y generan un impacto clínico, social y económico relevante.

Entre las patologías más relevantes en urología funcional femenina se encuentran las infecciones urinarias de repetición, muy frecuentes en la mujer desde la adolescencia hasta edades avanzadas y asociadas a recurrencia de síntomas, deterioro del bienestar y uso frecuente de recursos sanitario (62).

También destacan las disfunciones del suelo pélvico vinculadas al embarazo y al parto, como el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo, que pueden repercutir de forma importante en la funcionalidad, la salud sexual, el bienestar emocional y la participación social.

**2 de cada 3**  
personas con  
Alzheimer son  
mujeres.

“ La mujer  
afrenta una doble  
carga frente al  
Alzheimer: mayor  
prevalencia de la  
enfermedad y mayor  
responsabilidad en  
los cuidados.”

## A La salud de la mujer en enfermedades prevalentes a lo largo del curso de vida

A ellas se suman la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta, especialmente prevalentes en mujeres de edad avanzada y en determinadas situaciones clínicas, con un impacto relevante sobre la autonomía, la productividad y la carga asistencial (63).

Asimismo, deben considerarse otras patologías urológicas de alto impacto, como el síndrome de dolor pélvico crónico y la cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa, entidades complejas y con frecuencia infradiagnosticadas, asociadas a deterioro funcional, comorbilidad psicológica y elevado consumo de recursos sanitarios (64).

Dentro de la urología oncológica femenina, hay que destacar el cáncer de vejiga en la mujer, que presenta peor pronóstico vital debido fundamentalmente al retraso diagnóstico y factores biológicos propios de la mujer (65).

También requiere una atención específica la litiasis urinaria – especialmente la de origen infeccioso – (66) y las disfunciones miccionales, por su carga asistencial, riesgo de recurrencias y posibles complicaciones en etapas o situaciones de mayor vulnerabilidad, como el embarazo, la patología neurológica o determinados contextos de inmunosupresión (63).

En conjunto, estas realidades evidencian que la salud de la mujer no puede abordarse de forma fragmentada ni limitada a momentos concretos, sino desde una perspectiva integral y longitudinal.

La carga que suponen estas enfermedades, su relación con las distintas etapas del ciclo vital femenino y su repercusión sobre la calidad de vida, la autonomía y la participación social y laboral evidencian la necesidad de impulsar medidas orientadas a la prevención, al diagnóstico precoz, a la atención personalizada y a la reducción de desigualdades.

“

La salud de la mujer no puede abordarse de forma fragmentada; debe hacerse desde una perspectiva integral y longitudinal”.



## ¿QUÉ ASPECTOS DEBE CONTENER LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA MUJER EN ESPAÑA?

### **B** Salud de la mujer en edad reproductiva: una brecha silenciosa con alto coste social

Durante décadas se ha asumido que la salud femenina mejora simplemente porque las mujeres viven más que los hombres. Sin embargo, los datos muestran una realidad más compleja: las mujeres viven más años, pero pasan una mayor proporción de su vida con peor estado de salud. Así, en la Unión Europea, en 2023 la esperanza de vida de las mujeres fue de 84 años, frente a 78,7 años en los hombres, mientras que los años de vida saludable apenas mostraron diferencias: 63,3 años en las mujeres y 62,8 en los hombres (38).

A este respecto, en la edad adulta, durante los años reproductivos (excluyendo la adolescencia y la postmenopausia) existen patologías altamente prevalentes que afectan de forma profunda la calidad de vida, la productividad y, como sugiere la evidencia reciente, incluso la esperanza de vida (39). Entre ellas destacan los miomas uterinos, la endometriosis y la adenomiosis (40,41), enfermedades benignas desde el punto de vista oncológico, pero no desde el punto de vista vital, funcional ni económico.

La Organización Mundial de la Salud estima que la endometriosis afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva en el mundo, lo que equivale a unos 190 millones de mujeres (42). Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por dolor pélvico severo, dismenorrea incapacitante, dispareunia e infertilidad.

Más allá de la clínica, el impacto en calidad de vida es comparable al de enfermedades crónicas como la diabetes o la enfermedad inflamatoria intestinal (43).

Un estudio multicéntrico internacional, en el que el Dr. Francisco Carmona Herrera, coordinador de la Iniciativa EsMujer, participó y que fue publicado en *Fertility and Sterility*, mostró que las mujeres con endometriosis pierden una media de 10,8 horas de trabajo por semana, tanto por absentismo como por presentismo (40).

La carga no es solo sintomática. Datos recientes confirman que la endometriosis genera millones de años vividos con discapacidad (DALYs), reflejando su impacto sostenido sobre la funcionalidad y la vida diaria de las mujeres en plena etapa productiva (44). Aunque las tasas de incidencia o prevalencia puedan mostrar variaciones según regiones y periodos analizados, la carga global de enfermedad sigue siendo elevada en mujeres en edad reproductiva.

Más aún, las proyecciones apuntan a un posible incremento en los años vividos con discapacidad y en la mortalidad asociada en las próximas décadas, lo que subraya la necesidad de políticas públicas específicas, estrategias de prevención estructuradas y una priorización real de la salud ginecológica en las agendas sanitarias.

**84 años**  
*de esperanza de vida*

**63,3 años**  
*de vida*  
**SALUDABLE**

## B Salud de la mujer en edad reproductiva: una brecha silenciosa con alto coste social.

Ignorar esta tendencia no solo perpetúa el sufrimiento individual, sino que compromete la sostenibilidad social y económica a medio y largo plazo (45).

Por su parte, los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino. Se estima que hasta un 70%–75% de las mujeres desarrollarán miomas a lo largo de su vida, aunque no todos serán sintomáticos (41).

Cuando lo son, producen sangrado menstrual abundante, anemia crónica, dolor pélvico y alteraciones reproductivas. En una encuesta nacional realizada en Estados Unidos, el 28% de las mujeres con miomas sintomáticos declaró haber perdido trabajo debido a sus síntomas, y el tiempo medio hasta buscar atención médica fue de 3,6 años (46).

Es una enfermedad extremadamente prevalente, pero raramente considerada una prioridad estratégica sanitaria.

De igual forma, la adenomiosis ha sido históricamente infraestimada por dificultades diagnósticas. Una revisión sistemática reciente mostró prevalencias en mujeres sintomáticas que oscilan entre 20% y 35% de media, con amplias variaciones según criterios diagnósticos (47).

Comparte con miomas y endometriosis síntomas como dolor intenso y sangrado abundante, lo que contribuye a retrasos diagnósticos y subregistro.

Uno de los rasgos más consistentes en estas patologías es el retraso diagnóstico. En endometriosis, el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo es de aproximadamente 6-8 años en países desarrollados (40).

Durante ese tiempo, las mujeres consultan múltiples profesionales y normalizan el dolor como parte inherente de la menstruación.

Este retraso no es neutro. La evidencia científica reciente demuestra que el dolor femenino es sistemáticamente infratratado. Otro estudio reciente publicado en 2024 evidenció la existencia de un sesgo de género en la prescripción de analgésicos en servicios de urgencias, con menor probabilidad de recibir tratamiento adecuado las pacientes de sexo femenino (48).

Las consecuencias son acumulativas: años de dolor crónico, anemia persistente, impacto psicológico y deterioro laboral antes de recibir diagnóstico y tratamiento adecuados.

Pero la brecha es también económica. En Europa, el coste anual medio por mujer con endometriosis tratada en centros de referencia se estimó en 9.579 euros, siendo los costes indirectos por pérdida de productividad superiores a los costes sanitarios directos (43). En Estados Unidos, el coste anual total atribuido a los miomas uterinos se ha estimado entre 5.900 y 34.400 millones de dólares, incluyendo los gastos derivados de la atención sanitaria, la pérdida laboral y las complicaciones obstétricas (49).

“El retraso diagnóstico sigue siendo uno de los principales desafíos en las patologías ginecológicas benignas”.

## B Salud de la mujer en edad reproductiva: una brecha silenciosa con alto coste social.

En España, un análisis de hospitalizaciones por endometriosis mostró un coste medio por ingreso de 3.566 euros, sin incluir costes indirectos (50).

Cuando se incorporan los costes por absentismo, presentismo, tratamientos repetidos y cirugías, la magnitud económica es considerable. Sin embargo, estos datos raramente aparecen en los debates presupuestarios sanitarios.

Tradicionalmente estas enfermedades son consideradas benignas, pero datos recientes cuestionan esta percepción. Un estudio prospectivo publicado en BMJ en 2024, basado en más de 110.000 mujeres del Nurses' Health Study II con seguimiento de tres décadas, mostró que la endometriosis confirmada por laparoscopia se asociaba con un aumento del riesgo de mortalidad prematura (HR ajustada 1,31). Además, tanto la endometriosis como los miomas se asociaron con mayor mortalidad por cáncer ginecológico (39).

Aunque los mecanismos no están completamente esclarecidos, estos datos obligan a replantear la idea de que se trata simplemente de enfermedades "molestas" pero no relevantes en términos de supervivencia.

Pese a su altísima prevalencia, patologías como endometriosis y miomas han recibido históricamente una financiación en investigación desproporcionadamente baja en comparación con su carga de enfermedad.

La combinación de factores como normalización del dolor menstrual, fragmentación asistencial, menor inversión y sesgos en la investigación biomédica perpetúa una brecha estructural.

## **B** Salud de la mujer en edad reproductiva: una brecha silenciosa con alto coste social.

Así pues, miomas uterinos, endometriosis y adenomiosis no son problemas “íntimos” ni marginales. Son enfermedades crónicas altamente prevalentes que afectan a millones de mujeres en plena etapa productiva de su vida, con impacto demostrado en calidad de vida, productividad, salud mental y, según evidencia reciente, incluso en supervivencia.

La brecha de género en salud no se mide solo en años de vida, sino en años de vida vividos con dolor, anemia, fatiga y limitaciones funcionales.

Abordar estas patologías como prioridad sanitaria no es únicamente una cuestión de equidad. Es una cuestión de salud pública, sostenibilidad económica y justicia social.



## ¿QUÉ ASPECTOS DEBE CONTENER LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA MUJER EN ESPAÑA?

### La salud de la mujer en el climaterio

La menopausia es una fase crucial en la vida de la mujer que marca el cese permanente de la menstruación.

Este proceso biológico es el resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica y con ello el descenso de estrógenos y ocurre, por lo general, alrededor de los 50 años, aunque presenta amplias variaciones individuales.

La transición hacia la menopausia no es uniforme y suele presentarse con fluctuaciones hormonales que generan alteraciones en la menstruación y baches amenorreicos (etapa de la perimenopausia) hasta el cese de la menstruación comenzando así la etapa de la postmenopausia tras 12 meses de ausencia completa de la misma (51).

Teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida, las mujeres pasan hoy en día más de un tercio de su existencia en esta etapa, lo que subraya la importancia de un abordaje integral que trascienda lo meramente fisiológico.

El llamado síndrome menopáusico o climatérico abarca un conjunto de síntomas que afectan tanto la salud física como la mental y por ello el bienestar de la mujer.

Los **síntomas vasomotores (VMS), representados por los sofocos y las sudoraciones nocturnas**, son los más comunes y afectan hasta al 80% de las mujeres durante la transición a la menopausia (52).

Estos síntomas suelen comenzar en la perimenopausia, alcanzan su punto máximo en el momento del cese menstrual y persisten una media de 4.5

años, aunque en un tercio de las mujeres pueden prolongarse durante más de una década (53).

Más allá de los sofocos, existen otros síntomas frecuentes que afectan a la calidad de vida de la mujer (9, 52):

- **Alteraciones del sueño:** el insomnio es una de las quejas más recurrentes y está estrechamente ligado a la intensidad de los sofocos.
- **Salud psicológica:** se observa una tendencia a la irritabilidad, cambios de humor, tristeza e incluso episodios de depresión y ansiedad.



## La salud de la mujer en el climaterio

- **Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM):** incluye síntomas urinarios, vaginales y sexuales derivados del déficit estrogénico crónico, como la sequedad vaginal, el dolor durante el coito (dispareunia), las molestias al orinar o la incontinencia de orina. A diferencia de los sofocos, estos síntomas suelen ser progresivos si no se tratan, por lo que su impacto en la calidad de vida justifica un abordaje precoz.
- **Manifestaciones físicas:** dolores articulares y musculares, sequedad de la piel y lo que muchas mujeres describen como "niebla mental" o pérdida de concentración.

La menopausia impacta significativamente en el bienestar general, la vida laboral, las relaciones interpersonales y la autoestima de la mujer.

Para medir este impacto de manera objetiva en el ámbito clínico, se utilizan herramientas validadas. En España la recomendada es la Escala Cervantes-SF. Los estudios realizados en población España muestran que el 50% de las mujeres peri y posmenopáusicas ven su calidad de vida afectada en un 39% o más debido a los síntomas climatéricos (9, 54).

La gravedad de los sofocos es el principal motor del deterioro de la calidad de vida. Cuando los síntomas son moderados o graves, se observa un incremento significativo en la discapacidad para realizar actividades diarias y una pérdida de productividad laboral. De hecho, los datos sugieren que las mujeres con síntomas intensos tienen una mayor probabilidad de ausentismo y de tomar decisiones laborales drásticas debido a su malestar (55).

La experiencia de la menopausia no es uniforme; está modulada por diversos factores sociodemográficos y de estilo de vida.

El estudio "**Mi Menopausia**", con una muestra de más casi 7,000 mujeres, ha identificado variables clave que influyen en el impacto de los síntomas climatéricos en la calidad de vida, como estar obesa, estar histerectomizada/ooforectomizada, estar sufriendo depresión/ansiedad, sufrido fracturas y no tener contacto sexual. Por el contrario, son factores que favorecen la calidad de vida tener estudios universitarios, tener pareja y mantener relaciones sexuales (9).

“Sofocos, alteraciones del sueño y síndrome genitourinario: síntomas frecuentes con un alto impacto en la calidad de vida de las mujeres.”



## La salud de la mujer en el climaterio

Durante años, el tratamiento de la menopausia estuvo rodeado de controversia. En 2002, la publicación del estudio WHI generó una alarma social al asociar la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) con un aumento del riesgo de cáncer de mama y trombosis (56). Esto provocó un rechazo generalizado tanto de pacientes como de médicos, dejando a millones de mujeres sin una opción terapéutica eficaz para sus síntomas (57).

Sin embargo, en las últimas dos décadas, la revisión crítica de la evidencia ha permitido rehabilitar la THM. Actualmente, el consenso internacional afirma que los beneficios de la THM superan los riesgos en mujeres sintomáticas sanas menores de 60 años o que se encuentran dentro de los primeros diez años tras el inicio de la menopausia (la denominada "ventana de oportunidad") (24).

La THM sigue siendo el tratamiento más eficaz para los síntomas climatéricos y en especial los VMS, reduciéndolos en aproximadamente un 75%.

Además de aliviar los síntomas climatéricos, la THM tiene beneficios preventivos fundamentales, como son la osteoporosis reduciendo el riesgo de fracturas; mejora la salud cardiovascular cuando se inicia a tiempo ya que ayuda a frenar la progresión de la aterosclerosis y reduce la mortalidad general (24, 58).

Eso sí: no todas las hormonas son iguales. A día de hoy, se tiende a preferir las llamadas hormonas naturales o bioidénticas, ya que se parecen mucho a las que produce el propio cuerpo siempre que estén bien controladas y prescritas. De igual forma, se recomienda evitar las hormonas no reguladas o preparaciones sin control, porque no ofrecen las mismas garantías.

Por otro lado, cabe destacar que actualmente existe también una alternativa farmacológica no hormonal (perteneciente a una nueva clase terapéutica) para el control de los sofocos, recomendada por las guías clínicas al mismo nivel que la terapia hormonal (59, 68), que además puede contribuir a mejorar las alteraciones del sueño asociadas a los síntomas vasomotores; y también existen otras opciones farmacológicas que pueden ser útiles en determinados casos, aunque con un efecto habitualmente más moderado.

En general, en toda mujer en transición a la menopausia siempre es recomendable un adecuado estilo de vida mediante dieta para mantener un peso adecuado y realizar ejercicio físico regular. El abordaje actual promovido por las sociedades médicas como la AEEM implica una personalización total. Para ello, se han desarrollado herramientas para medir la calidad de vida, menoguías y criterios de elegibilidad específicos para que los profesionales puedan prescribir THM de forma segura incluso en mujeres con condiciones médicas previas (25).

La menopausia ya no debe verse como un proceso de declive inevitable, sino como una etapa vital que requiere atención médica proactiva, formación de los profesionales y las mujeres, creación de unidades especializadas, políticas de apoyo institucional y fomento de la investigación (60). El conocimiento actual permite afirmar que existen tratamientos seguros y eficaces que no solo eliminan los síntomas molestos como los sofocos, sino que también protegen la salud a largo plazo. Superar el estigma de las hormonas y fomentar la educación tanto de las mujeres como de los profesionales de la salud es fundamental para garantizar que cada mujer pueda vivir esta transición con la mayor calidad de vida posible.

## LLAMADA A LA ACCIÓN URGENTE

La Iniciativa EsMujer. Estrategia de Salud de la Mujer en España tiene como objetivo hacer un llamamiento claro y urgente a transformar el abordaje de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida y situar la calidad de vida de la mujer como eje central. En este contexto, se han definido una serie de líneas de acción sobre las cuales es necesario avanzar y en las que se puede ahondar en lo que deseamos que sea la futura Estrategia de Salud de la Mujer en el Sistema Nacional de Salud:

- 01 Dotar al Observatorio de Salud de las Mujeres** de un mayor presupuesto, estructura y recursos humanos que favorezca el impulso de la investigación, la generación de datos y el desarrollo y seguimiento de una Estrategia de Salud de la Mujer basada en evidencia científica.
- 02 Promover la investigación biomédica sin sesgo de sexo**, garantizando la inclusión y el análisis específico de mujeres en los estudios científicos para generar evidencia clínica más representativa y aplicable.
- 03 Fomentar la promoción de hábitos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer**, fomentando la abstinencia tabáquica y la evitación del humo ambiental, la reducción del consumo de alcohol, la práctica regular de actividad física, el mantenimiento de un peso saludable y la adopción de una dieta cardiosaludable de patrón mediterráneo.
- 04 Reforzar la capacitación en los programas formativos universitarios y la formación continuada de los profesionales sanitarios en salud de la mujer a lo largo de todas las etapas de la vida**, desde la Atención Primaria hasta las distintas especialidades implicadas, para mejorar la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el abordaje terapéutico, la comunicación clínica y la atención integral, individualizada y basada en la evidencia.
- 05 Impulsar la capacitación diagnóstica basada en imagen** mediante un plan formativo acreditado para profesionales de Ginecología, Radiología y Atención Primaria, priorizando la ecografía transvaginal experta y el uso adecuado de la resonancia magnética. A la vez que se garantiza una cartera terapéutica equitativa y basada en la evidencia, con acceso homogéneo a técnicas diagnósticas, tratamientos médicos y quirúrgicos mínimamente invasivos, así como a opciones de preservación de la fertilidad cuando estén indicadas.
- 06 Establecer circuitos asistenciales explícitos entre Atención Primaria, Ginecología y Unidades de referencia**, con criterios de derivación temprana y señales de alerta que permitan reducir el retraso diagnóstico en patologías ginecológicas de alta carga.
- 07 Reforzar la prevención y el control precoz de los principales factores de riesgo cardiometabólico en la mujer**, garantizando el seguimiento adecuado de la tensión arterial, el perfil lipídico, la glucemia, el sobrepeso y la obesidad, con especial atención a las distintas etapas de mayor vulnerabilidad a lo largo de la vida.

**08 Incorporar indicadores comunes de calidad, equidad y resultados en salud en urología funcional y femenina**, incluyendo tiempos hasta el diagnóstico, acceso a rehabilitación de suelo pélvico, reducción del uso inapropiado de antibióticos, tiempos de estudio de hematuria, ingresos por litiasis recurrente y resultados reportados por las pacientes en calidad de vida y experiencia asistencial.

**09 Fomentar programas estructurados de prevención, detección y rehabilitación de las disfunciones del suelo pélvico** asociadas al embarazo, el parto, el puerperio y el envejecimiento, garantizando el acceso equitativo a la rehabilitación del suelo pélvico y a tratamientos médicos y quirúrgicos mínimamente invasivos cuando estén indicados.

**10 Impulsar**, tal y como recoge el informe “Closing the Women’s Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies”, **una respuesta prioritaria frente a las diez condiciones que concentran una parte relevante de la brecha en salud de las mujeres**, es decir, el síndrome premenstrual; el trastorno depresivo; la migraña, las enfermedades ginecológicas; los trastornos de ansiedad; la cardiopatía isquémica, la osteoartritis, el asma, los trastornos por consumo de drogas y el cáncer de ovario.

**11 Trabajar en acciones de sensibilización y concienciación social** sobre la salud de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital, visibilizando sus necesidades específicas en cada etapa, promoviendo un mayor conocimiento sobre los principales síntomas y factores de riesgo, y favoreciendo la desestigmatización de procesos históricamente invisibilizados o normalizados.

**12 Incorporar de forma prioritaria la salud mental en la Estrategia de Salud de la Mujer**, impulsando medidas de prevención, detección precoz y atención integral de los problemas de salud mental más prevalentes, especialmente en etapas de mayor vulnerabilidad.

**13 Impulsar medidas específicas para reducir las desigualdades sociales** que condicionan la salud de la mujer, actuando sobre los determinantes sociales, territoriales y económicos que limitan el acceso a la prevención, al diagnóstico y a los tratamientos.



## Edad Reproductiva



**Estandarizar la atención al dolor menstrual intenso, los miomas y el sangrado uterino anormal** mediante protocolos clínicos y rutas asistenciales específicas que eviten su normalización, reduzcan la variabilidad, incorporen la evaluación del impacto funcional y garanticen un abordaje integral de la anemia y la preservación uterina cuando esté indicada.



**Impulsar campañas sanitarias específicas** sobre dolor menstrual y sangrado abundante no normal, dirigidas tanto a mujeres en edad reproductiva como a profesionales sanitarios, para mejorar la concienciación, facilitar la consulta precoz y favorecer una derivación adecuada.



**Implantar un cuadro mínimo común de indicadores nacionales y autonómicos de calidad y equidad** que permita medir, comparar y corregir retrasos y desigualdades en la atención, incluyendo el tiempo desde la primera consulta hasta la sospecha y la confirmación diagnóstica, los tiempos de espera para ecografía y resonancia magnética, el control del dolor, la prevalencia de anemia ferropénica asociada al sangrado uterino anormal y la variabilidad territorial.



**Integrar la salud menstrual en el entorno laboral** mediante medidas de flexibilidad temporal y organizativa ante sintomatología relevante.



**Incorporar un capítulo específico de patología ginecológica benigna** de alta carga, que incluya endometriosis, miomas, adenomiosis, síndrome de ovario poliquístico e infertilidad femenina, con objetivos medibles orientados a reducir el tiempo hasta el diagnóstico, disminuir la anemia asociada al sangrado uterino anormal, mejorar el control del dolor y aumentar la calidad de vida reportada por las pacientes.



**Promover un uso adecuado, individualizado y basado en la evidencia de los tratamientos hormonales** durante la edad reproductiva, garantizando una correcta valoración clínica, seguimiento y acceso a la información.

## Climaterio



**Crear unidades de menopausia multidisciplinares** en hospitales y centros de atención primaria para mejorar la detección temprana de enfermedades crónicas, potenciar la calidad de vida, realizar un tratamiento personalizado y un seguimiento integral.



**Impulsar la formación sanitaria obligatoria sobre menopausia** para el personal facultativo que atiende a la mujer en esta etapa como médicos de atención primaria, matronas, especialistas en ginecología, farmacéuticos o endocrinos, entre otros.



**Realizar análisis de cohortes longitudinales** de mujeres con menopausia para seguir su evolución en salud física, mental, laboral y de calidad de vida.



**Considerar la incontinencia urinaria una enfermedad crónica**, especialmente prevalente en edades avanzadas de la mujer, facilitando el acceso equitativo a absorbentes, pañales, consultas, tratamiento, entre otros.



**Fomentar el acceso equitativo a todo tipo de soluciones farmacológicas y no farmacológicas para la menopausia** garantizando que todas las mujeres, independientemente de su lugar de residencia o nivel de recursos, dispongan de información, diagnósticos y tratamientos adecuados. Solo así se puede asegurar un abordaje integral y eficaz de esta etapa de la vida, reduciendo desigualdades y mejorando la calidad de vida de quienes la atraviesan.

## CONCLUSIONES

La futura Estrategia de Salud de la Mujer en el Sistema Nacional de Salud, tal y como se propone en este documento, debe partir de un reconocimiento inequívoco de la persistencia de una brecha de género en salud que atraviesa todas las etapas de la vida de la mujer y condiciona su bienestar, su autonomía, su participación social y laboral y, en definitiva, su calidad de vida.

Este marco de referencia, que consideramos deben elaborar el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, contando con la participación de todos los actores implicados en la materia, debe ofrecer una respuesta integral, coordinada y basada en la evidencia, incorporando una perspectiva de ciclo vital y prestando especial atención tanto a las enfermedades más prevalentes como a aquellas condiciones específicas de la salud de la mujer que siguen infradiagnosticadas, sin un abordaje clínico claro o muy invisibilizadas.

En este sentido, resulta prioritario reforzar la prevención y el abordaje precoz de los principales problemas de salud que afectan a las mujeres, con especial atención a la enfermedad cardiovascular, el cáncer de mama, la salud mental, la migraña, la salud sexual y reproductiva y las patologías ginecológicas benignas de alta carga, como la endometriosis, los miomas uterinos, la adenomiosis o el síndrome de ovario poliquístico.

Del mismo modo, la futura Estrategia de Salud de la Mujer en el SNS debe contemplar de forma específica el climaterio y la menopausia como una etapa clave en la vida de la mujer, garantizando un abordaje individualizado, multidisciplinar y equitativo que permita mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones a largo plazo.

Para ello, se realizan algunas propuestas que han de ser tenidas en cuenta en el futuro texto y que consideran imprescindible impulsar una investigación biomédica libre de sesgo de sexo, mejorar la disponibilidad de datos desagregados, reforzar la formación continuada de los profesionales sanitarios en materia de salud de la mujer y establecer circuitos asistenciales más ágiles, coordinados y homogéneos en todo el territorio. Asimismo, la Estrategia deberá actuar sobre los determinantes sociales, territoriales y económicos que condicionan la salud de la mujer y dificultan el acceso en condiciones de equidad a la prevención, al diagnóstico y a los tratamientos cuando estos son necesarios.



## CONCLUSIONES

Junto a esta visión estratégica, el documento plantea una llamada a la acción urgente con medidas concretas para implementar en la práctica clínica diaria. Entre las medidas más inmediatas destacan el refuerzo del Observatorio de Salud de las Mujeres, la promoción de hábitos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital, la implantación de protocolos y rutas asistenciales específicas para evitar la normalización del dolor menstrual intenso y del sangrado uterino anormal, la mejora de la capacidad diagnóstica basada en imagen, la creación de circuitos de derivación temprana entre Atención Primaria, Ginecología y unidades de referencia, la incorporación del abordaje de la salud mental en esta visión

integral de la salud de la mujer; y el impulso de unidades multidisciplinarias de menopausia, incluyendo acciones formativas obligatorias para los profesionales implicados en el abordaje de la salud de la mujer en esta etapa vital.

En definitiva, avanzar hacia la elaboración de una Estrategia de Salud de la Mujer en el SNS, que establezca un marco común de referencia y actuación en España ofreciendo una visión integral de la salud de la mujer, como están realizando los países de nuestro entorno y plantea Asturias de forma pionera. Este compromiso no es solo una cuestión de equidad, sino también de salud pública, eficiencia del sistema sanitario y justicia social.



## AGRADECIMIENTOS

*Queremos agradecer de manera especial a todos los implicados en esta iniciativa que pone de manifiesto la necesidad ineludible de abordar lo que es urgente e importante a la vez.*



A las compañías farmacéuticas que han impulsado el proyecto



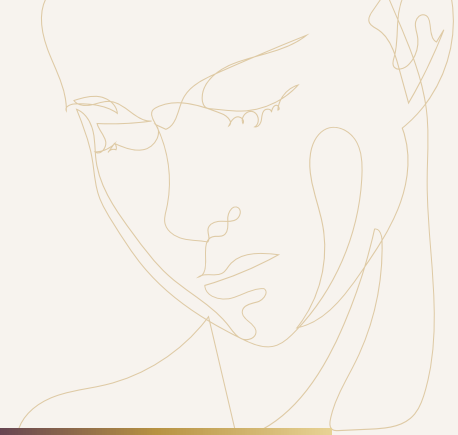
A las sociedades científicas y organizaciones que avalan este documento y que han colaborado para hacerlo más robusto y completo



A los responsables institucionales y políticos que han compartido su opinión y apoyo a la iniciativa

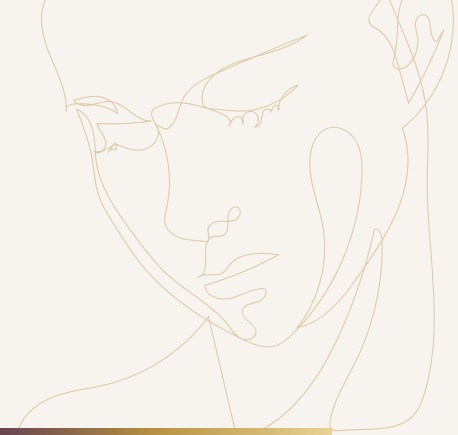


A todas las personas que han contribuido a que la elaboración de este documento sea una realidad.



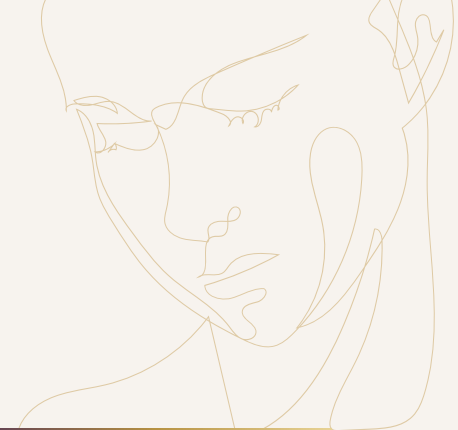
## Bibliografía

1. World Economic Forum, McKinsey Health Institute. Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies. Insight Report. January 2024.
2. Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F. K. H., Baldi, P., & Brunak, S. (2019). Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nature Communications*, 10, 666. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41467-019-08475-9>
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2015 [Internet]. New York: UNICEF; 2014 Nov 20. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/state-worlds-children-2015/>
4. World Health Organization; United Nations Children's Fund (UNICEF); United Nations Population Fund (UNFPA); World Bank Group; United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 Feb 23 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
5. He X, Su J, Wang K, Liang Y, Wang L. Global, regional, and national prevalence and trends of gynecological diseases among women of childbearing age from 1990 to 2021: An analysis of the global burden of disease study 2021. *PLoS One*. 2025 Aug 1;20(8):e0329336. doi: 10.1371/journal.pone.0329336. PMID: 40748862; PMCID: PMC12316229.
6. Hoveling LA, Schuurman M, Siesling S, van Asselt KM, Bode C. Diagnostic delay in women with cancer: What do we know and which factors contribute? *Breast*. 2025 Apr;80:104427. doi: 10.1016/j.breast.2025.104427. Epub 2025 Feb 19. PMID: 39987718; PMCID: PMC11904510.
7. Ligthart S, Hasbani NR, Ahmadizar F, van Herpt TTW, Leening MJG, Uitterlinden AG, Sijbrands EJG, Morrison AC, Boerwinkle E, Pankow JS, Selvin E, Ikram MA, Kavousi M, de Vries PS, Dehghan A. Genetic susceptibility, obesity and lifetime risk of type 2 diabetes: The ARIC study and Rotterdam Study. *Diabet Med*. 2021 Oct;38(10):e14639. doi: 10.1111/dme.14639. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34245042; PMCID: PMC8429251.
8. Schoep ME, Adang EMM, Maas JWM, De Bie B, Aarts JWM, Nieboer TE. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ Open*. 2019 Jun 27;9(6):e026186. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026186. PMID: 31248919; PMCID: PMC6597634.
9. Coronado PJ, Fasero M, Mendoza N, González SP, Sánchez-Méndez S, Presa J, Jurado AR, de la Viuda E, Quereda F; REIM ("Red Española de Investigación en Menopausia"). Quality of life at peri- and postmenopause: analysis of the results from app "Mi Menopausia". *Maturitas*. 2025 Jun;197:108267. doi: 10.1016/j.maturitas.2025.108267. Epub 2025 Apr 19. PMID: 40267603.
10. Bijloo I, de Smit NS, Yarde F, Hehenkamp WJK, van Vilsteren C, Khor DZW, Benedetto C, Leonardi M, Regan L, Tellum T, Huirne JAF. Why investing in women's health is a societal imperative. *Lancet*. 2026 Mar 7;407(10532):926-929. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00404-6. PMID: 41794423.
11. Breton Z, Gouesbet S, Indersie E, Gabillet M, Tran VT, Aflak N, Borghese B, Petit E, Roman H, Millepied AC, Nève De Mevergnies M, Kvaskoff M. Endometriosis Diagnostic Delay and Its Correlates: Results from the ComPaRe-Endometriosis Cohort. *J Womens Health (Larchmt)*. 2026 Jan;35(2):172-188. doi: 10.1177/15409996251380129. Epub 2026 Feb 2. PMID: 40999898.
12. Ministerio de Sanidad. Principales causas de muerte (tasa ajustada por edad) según sexo y comunidad autónoma [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/fr/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla3.htm>
13. Sociedad Española de Arteriosclerosis. El ictus es la primera causa de muerte de las mujeres en España [Internet]. 2024 Mar 8. Disponible en: <https://www.se-arteriosclerosis.org/el-ictus-es-la-primer-causa-de-muerte-de-las-mujeres-en-espana>
14. Sambola A, Campuzano R, Castro A, Goya M, Coronado P, Fernández-Olmo R, María-Tablado MÁ, Ortiz-Cortés C, Ortolà X, Pallarés-Carratalá V, Pijuan-Domenech A, Plata RM, Sánchez-Hernández RM, Siurana JM, Timoteo C, Viejo-Hernández B. Primary and secondary cardiovascular prevention through life cycles in women. Consensus document of the SEC-GT CVD in Women, ACP-SEC, SEGO, AEEM, SEEN, semFYC, SEMERGEN, AEP, and AEM. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2025 Jul;78(7):639-651. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2025.01.005. Epub 2025 Jan 25. PMID: 39870204.
15. Koene RJ, Prizment AE, Blaes A, Konety SH. Shared Risk Factors in Cardiovascular Disease and Cancer. *Circulation*. 2016 Mar 15;133(11):1104-14. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.020406. PMID: 26976915; PMCID: PMC4800750.
16. Blaes A, Prizment A, Koene RJ, Konety S. Cardio-oncology Related to Heart Failure: Common Risk Factors Between Cancer and Cardiovascular Disease. *Heart Fail Clin*. 2017 Apr;13(2):367-380. doi: 10.1016/j.hfc.2016.12.006. PMID: 28279422; PMCID: PMC5547738.
17. Alhuneafat L, Guha A, Blaes A, Konety SH. Cancer and Cardiovascular Disease: Shared Risk Factors, Mechanisms, and Clinical Implications: JACC: CardioOncology State-of-the-Art Review. *JACC CardioOncol*. 2025 Aug;7(5):453-469. doi: 10.1016/j.jacc.2025.07.001. PMID: 40841102; PMCID: PMC12441630.
18. Mehta L, Watson Karol E., Barac A, Beckie TM, Vera Bittner, Cruz-Flores S, Dent S, Kondapalli L, Ky B, Okwuosa T, Piña I L, Santos Volgman A, MD, American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Cardiovascular Disease and Breast Cancer: Where These Entities Intersect. *Circulation*. 2018 February 20; 137(8): e30-e66. doi:10.1161/CIR.0000000000000556.
19. Lammert J, Grill S, Kiechle M. Modifiable Lifestyle Factors: Opportunities for (Hereditary) Breast Cancer Prevention –a Narrative Review. *Breast Care* 2018;13:109–114 DOI: 10.1159/000488995.



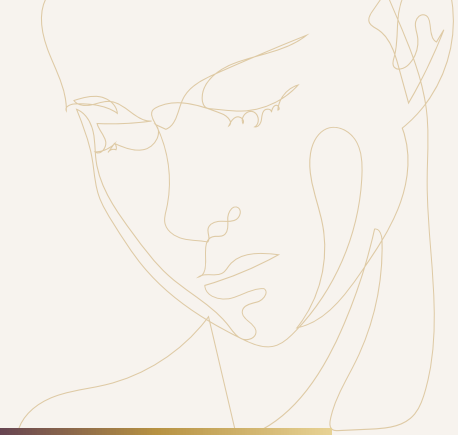
## Bibliografía

- 20.** Rainey L, Eriksson M, Trinh T, Czene K, Broeders MJM, van der Waal D, Hall P. The impact of alcohol consumption and physical activity on breast cancer: The role of breast cancer risk. *Int J Cancer*. 2020 Aug 15;147(4):931-939. doi: 10.1002/ijc.32846. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31863475; PMCID: PMC7383781.
- 21.** Obeidat O, Charles KR, Akhter N, Tong A. Social Risk Factors That Increase Cardiovascular and Breast Cancer Risk. *Curr Cardiol Rep*. 2023 Oct;25(10):1269-1280. doi: 10.1007/s11886-023-01957-9. Epub 2023 Oct 6. PMID: 37801282; PMCID: PMC10651549.
- 22.** Llamas Sillero P, coord.; Martínez I, Tàssies M, Blanco A, Fernández B, Bonanad S, Gavín O, et al. Trombosis en la mujer: una visión integral y práctica [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia; 2024. Disponible en: <https://seth.es/libro-trombosis-mujer-vision-integral-practica/>
- 23.** FSRH Guideline (January 2019, amended October 2023) Combined Hormonal Contraception. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2019; 45:Suppl 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.srh-2018-CHC>
- 24.** The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022 Jul 1;29(7):767-794. doi: 10.1097/GME.0000000000002028. PMID: 35797481.
- 25.** Mendoza N, Ramírez I, de la Viuda E, Coronado P, Baquedano L, Llanaez P, Nieto V, Otero B, Sánchez-Méndez S, de Frutos VÁ, Andraca L, Barriga P, Benítez Z, Bombas T, Cancelo MJ, Cano A, Branco CC, Correa M, Doval JL, Fasero M, Fiol G, Garelló NC, Genazzani AR, Gómez AI, Gómez MÁ, González S, Goulis DG, Guinot M, Hernández LR, Herrero S, Iglesias E, Jurado AR, Lete I, Lubián D, Martínez M, Nieto A, Nieto L, Palacios S, Pedreira M, Pérez-Campos E, Plá MJ, Presa J, Quereda F, Ribes M, Romero P, Roca B, Sánchez-Capilla A, Sánchez-Borrego R, Santaballa A, Santamaría A, Simoncini T, Tinahones F, Calaf J. Eligibility criteria for Menopausal Hormone Therapy (MHT): a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHT in women with medical conditions. *MHT Eligibility Criteria Group*. *Maturitas*. 2022 Dec;166:65-85. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.08.008. Epub 2022 Aug 30. PMID: 36081216.
- 26.** Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2025. PMID: 41325508.
- 27.** UK Medical eligibility criteria for contraceptive use. COSRH 2025. Disponible en: <https://www.cosrh.org/Public/Public/Standards-and-Guidance/uk-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use-ukmec.aspx>
- 28.** J. García Ull, S. Mederer Hengstl, M. J. Monzón Monguilod, coordinadores J. M. Láinez Andrés y J. Viguera Romero. Epidemiología, Impacto socioeconómico y Clasificación de las cefaleas. En: Robert Belvís Nieto y Pablo Irimia Seira. *Manual de práctica clínica en Cefaleas: Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la SEN 2026*. Pozuelo de Alarcon (Madrid): Editorial UFV Universidad Francisco de Vitoria; 2026. P 19-52. Disponible en: [https://www.sen.es/pdf/2026/Manual\\_Cefaleas\\_2026.pdf](https://www.sen.es/pdf/2026/Manual_Cefaleas_2026.pdf)
- 29.** Sacco et al. Hormonal contraceptives and risk of ischemic stroke in women with migraine: a consensus statement from the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC). *The Journal of Headache and Pain* (2017) 18:108.
- 30.** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*. Cephalalgia. 2018;38:1-21.
- 31.** Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, Airola G, Schiapparelli P, Benedetto C. Estrogen, migraine, and vascular risk. *Neurol Sci*. 2018 Jun;39(Suppl 1):11-20. doi: 10.1007/s10072-018-3333-2. PMID: 29904828.
- 32.** Waliszewska-Prosół M, Grandi G, Ornello R, Raffaelli B, Straburzyński M, Tana C, Martelletti P. Menopause, Perimenopause, and Migraine: Understanding the Intersections and Implications for Treatment. *Neurol Ther*. 2025 Jun;14(3):665-680. doi: 10.1007/s40120-025-00720-2. Epub 2025 Mar 14. PMID: 40085393; PMCID: PMC12089631.
- 33.** Ripa P, Ornello R, Degan D, Tiseo C, Stewart J, Pistoia F, Carolei A, Sacco S. Migraine in menopausal women: a systematic review. *Int J Womens Health*. 2015 Aug 20;7:773-82. doi: 10.2147/IJWH.S70073. PMID: 26316824; PMCID: PMC4548761.
- 34.** Vetvik KG, MacGregor EA, Lundqvist C, Russell MB. Contraceptive-induced amenorrhoea leads to reduced migraine frequency in women with menstrual migraine without aura. *J Headache Pain*. 2014 May 17;15(1):30. doi: 10.1186/1129-2377-15-30. PMID: 24884461; PMCID: PMC4038831.
- 35.** De Leo V, Scolaro V, Musacchio MC, Di Sabatino A, Morgante G, Cianci A. Combined oral contraceptives in women with menstrual migraine without aura. *Fertil Steril*. 2011 Oct;96(4):917-20. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.07.1089. Epub 2011 Aug 16. PMID: 21843889.
- 36.** Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2024. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2025.
- 37.** Hillier SL, Bernstein KT, Aral S. A Review of the Challenges and Complexities in the Diagnosis, Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis of Pelvic Inflammatory Disease. *J Infect Dis*. 2021 Aug 16;224(12 Suppl 2):S23-S28. doi: 10.1093/infdis/jiab116. PMID: 34396398; PMCID: PMC8365114.
- 38.** Eurostat. Healthy life years statistics. *Statistics Explained*. Unión Europea; actualizado en 2025. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics) (consultado feb 2026).
- 39.** Wang YX, Farland LV, Gaskins AJ, Wang S, Terry KL, Rexrode KM, Rich-Edwards JW, Tamimi R, Chavarro JE, Missmer SA. Endometriosis and uterine fibroids and risk of premature mortality: prospective cohort study. *BMJ*. 2024 Nov 20;387:e078797. doi: 10.1136/bmj-2023-078797. PMID: 39567014; PMCID: PMC11577545.



## Bibliografía

- 40.** Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, Jenkinson C, Kennedy SH, Zondervan KT; World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011.
- 41.** Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Jun 23;2:16043. doi: 10.1038/nrdp.2016.43. PMID: 27335259.
- 42.** World Health Organization. Endometriosis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Oct 15. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/endometriosis>
- 43.** Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, Brodzsky V, Canis M, Colombo GL, DeLeire T, Falcone T, Graham B, Halis G, Horne A, Kanj O, Kjer JJ, Kristensen J, Lebovic D, Mueller M, Viganò P, Wulschleger M, D'Hooghe T. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod*. 2012 May;27(5):1292-9. doi: 10.1093/humrep/des073. Epub 2012 Mar 14. Erratum in: *Hum Reprod*. 2014 Sep;29(9):2073. PMID: 22422778.
- 44.** Xu S, Zhang Y, Ye P, Huang Q, Wang Y, Zhang Y, Yang C, Ding J. Global, regional, and national burden of endometriosis among women of childbearing age from 1990 to 2021: a cross-sectional analysis from the 2021 global burden of disease study. *Int J Surg*. 2025 Sep 1;111(9):5927-5940. doi: 10.1097/JS9.0000000000002647. Epub 2025 Jun 17. PMID: 40540534; PMCID: PMC12430804.
- 45.** Yu X, Shi L, Deng X, Zhang Y and Wang H (2025). Global burden of endometriosis from 1990 to 2021 and projections to 2050: a comprehensive analysis based on the global burden of disease study 2021. *Front. Glob. Women's Health* 6:1613468. doi: 10.3389/fgwh.2025.1613468.
- 46.** Borah BJ, Nicholson WK, Bradley L, Stewart EA. The impact of uterine leiomyomas: a national survey of affected women. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Oct;209(4):319.e1-319.e20. doi: 10.1016/j.ajog.2013.07.017. Epub 2013 Jul 24. PMID: 23891629; PMCID: PMC4167669.
- 47.** Loring M, Chen TY, Isaacson KB. A Systematic Review of Adenomyosis: It Is Time to Reassess What We Thought We Knew about the Disease. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Mar;28(3):644-655. doi: 10.1016/j.jmig.2020.10.012. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33371949.
- 48.** Guzikovits M, Gordon-Hecker T, Rekhman D, Salameh S, Israel S, Shayo M, Gozal D, Pery A, Gileles-Hillel A, Choshen-Hillel S. Sex bias in pain management decisions. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2024 Aug 13;121(33):e2401331121. doi: 10.1073/pnas.2401331121. Epub 2024 Aug 5. PMID: 39102546; PMCID: PMC11331074.
- 49.** Cardozo ER, Clark AD, Banks NK, Henne MB, Stegmann BJ, Segars JH. The estimated annual cost of uterine leiomyomata in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Mar;206(3):211.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2011.12.002. Epub 2011 Dec 11. PMID: 22244472; PMCID: PMC3292655.
- 50.** Darbà J, Marsà A. Hospital care of endometriosis in Spain: a retrospective multicenter analysis of patient characteristics and costs. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2022 Apr;22(3):481-488. doi: 10.1080/14737167.2021.1936502. Epub 2021 Jun 7. PMID: 34043465.
- 51.** Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, Sluss PM, de Villiers TJ; STRAW 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*. 2012 Apr;19(4):387-95. doi: 10.1097/gme.0b013e31824d8f40. PMID: 22343510; PMCID: PMC3340903.
- 52.** Baquedano L, Coronado P, De la Viuda E, Sánchez S, Otero B, Ramírez I, Llana P, Mendoza N. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. *Climacteric*. 2023 Feb;26(1):47-54. doi: 10.1080/13697137.2022.2139598. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36351874.
- 53.** Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, Hess R, Joffe H, Kravitz HM, Tepper PG, Thurston RC; Study of Women's Health Across the Nation. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):531-9. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8063. PMID: 25686030; PMCID: PMC4433164.
- 54.** Coronado PJ, Monroy M, Fasero M, Sánchez-Borrego R, Palacios S, Rejas J, Ruiz MA; AEEM collaborative group for the study of psychometric validation of the Cervantes Short-Form. Population-based norms for the Cervantes-SF short-form questionnaire assessing health-related quality of life in menopause. *Maturitas*. 2021 Apr;146:34-41. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.01.004. Epub 2021 Jan 30. PMID: 33722362.
- 55.** Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, Schultz NM. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*. 2021 May 24;28(8):875-882. doi: 10.1097/GME.0000000000001793. Erratum in: *Menopause*. 2022 Jun 01;29(6):759. doi: 10.1097/GME.0000000000001996. PMID: 34033602; PMCID: PMC8746897.
- 56.** Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-333.
- 57.** Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK, et al. Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-Term Follow-Up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA*. 2020;324(4):369-380.
- 58.** Simon JA, Davis SR, Lindén Hirschberg A, Kiesel L, Pompei LM, Reginster JY, Simoncini T, Hillard T. State of the art in menopause: current best practice approaches from the IMS World Congress 2024, Melbourne. *Climacteric*. 2025 Apr;28(2):98-103. doi: 10.1080/13697137.2025.2457993. Epub 2025 Feb 10. PMID: 39928407.



## Bibliografía

- 59.** M. Fasero, M. Sanchez, L. Baquedano, I. Gippini, D. Fuentes, C. Navarro, E. Beltrán, M. Lilue, I. Porcel, C. Pingarrón, M. Herrero, P. Romero, T. Ortega, E. Carretero, S. Palacios, N. Mdoza, P.J. Coronado. Management of menopausal hot flushes. Recommendations from the Spanish Menopause Society, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X, Volume 25, 2025, 100366, ISSN 2590-1613, 2590-1613, <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2025.100366>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S259016132500002X>
- 60.** Di Carlo C, Cagnacci A, Gambacciani M, Palacios S, Rebelo C, Coronado P, Presa J, Sánchez S, Fatela A, Gomes Ferreira M, Nappi RE. Persistent gaps in menopause care: current recommendations of the POESIT group. Maturitas. 2025 Aug;199:108607. doi: 10.1016/j.maturitas.2025.108607. Epub 2025 May 23. PMID: 40451051.
- 61.** Sociedad Española de Neurología (SEN). Manual de Neurología y Mujer. Madrid: SEN; 2020.
- 62.** Bonkat, G.; Kranz, J.; Cai, T. et al. Urological Infections. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, London 2026. ISBN 978-94-92671-32-5.
- 63.** Harding C.; Lapitan M.C.; Arlandis, S. et al. Non-Neurogenic Female LUTS. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, London 2026. ISBN 978-94-92671-32-5.
- 64.** Engeler, D; Baranowski, A.P.; Berghmans, B. et al. Chronic Pelvic Pain. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, London 2026. ISBN 978-94-92671-32-5.
- 65.** Gontero, P; Baard, J; Birtle, A et al. Non-Muscle Invasive Bladder Cancer. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, London 2026. ISBN 978-94-92671-32-5.
- 66.** Skolarikos, A; Davis, N.F.; Gambaro, G et al. Urolithiasis. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, London 2026. ISBN 978-94-92671-32-5.
- 67.** Observatorio de Salud. Libro blanco salud y género. Madrid: Observatorio de Salud; 2025. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefndmkaj/https://observatoriodesalud.es/wp-content/uploads/2025/12/Libro-blanco-salud-y-genero.pdf>
- 68.** Palacios,S.; Fasero,M; Coronado,P; Gonzalez,S.; Sanchez,S; de la Viuda,E; Jurado,A.R; Presa,J; Quereda,F; Marcos,M; Pingarron,C. Recomendaciones para el manejo de los síntomas vasomotores de la menopausia en la práctica clínica. Medicina de Familia. SEMERGEN Vol. 51. Núm. 9.(Diciembre 2025). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-recomendaciones-el-manejo-sintomas-vasomotores-S1138359325001509>





# ÈsMujer

Estrategia de Salud  
de la Mujer en España