XLV
CONGRESO DE LA SEMFYC
MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA, MURO Y FUEGO: SOMOS MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

¿Y QUÉ HAY DE LAS MUJERES?

Repensando la clínica desde la salud diferencial

Lorena Prieto Gallego (GdT Salud integral de las mujeres)

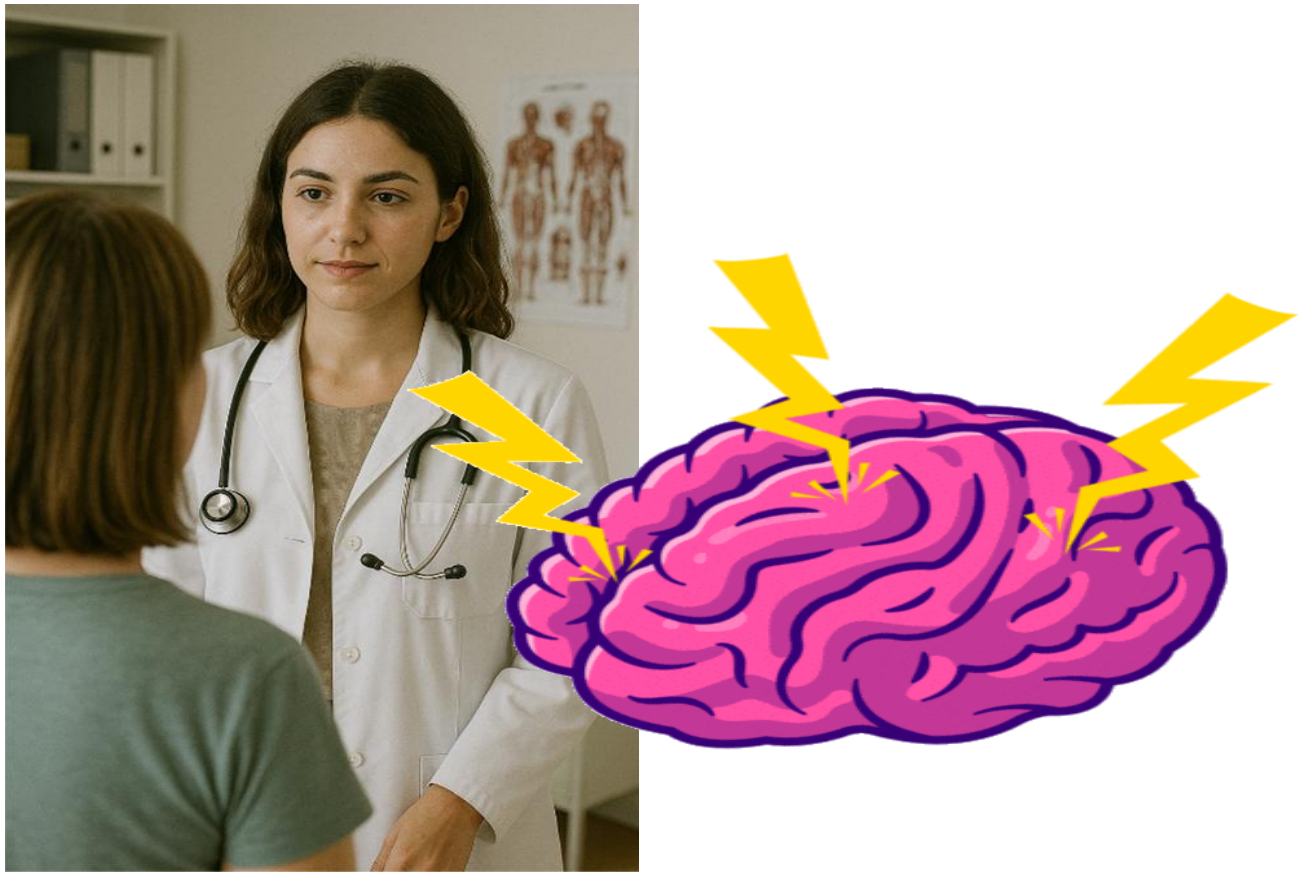
Mar Noguerol (GdT Digestivo)

Maria Medina Abellán (GdT Reumatologia)

Marta Gonzalez (GdT Neurologia)

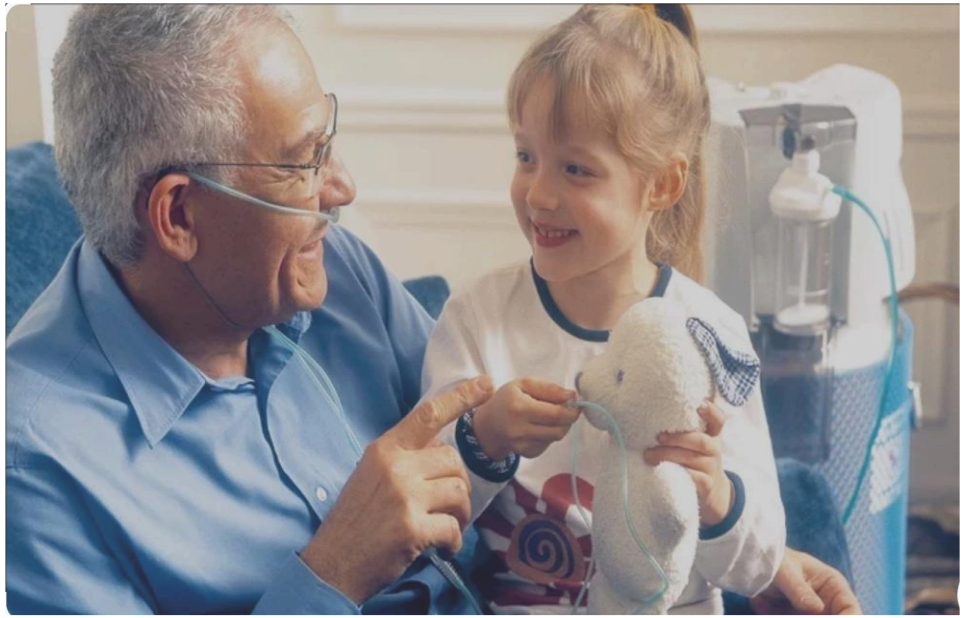
MODERA: Anna Pujol Flores (GdT Salud integral de las mujeres)

Antes de empezar…



¿En quién pensáis si os digo que acude a vuestra consulta alguien con EPOC?

PERFIL CLÁSICO
Hombre mayor, fumador, con tos crónica y disnea progresiva que necesita oxígeno



Patrón que aprendimos en la facultad y que sigue dominando la literatura médica

¿Y si viene esta mujer a la consulta?

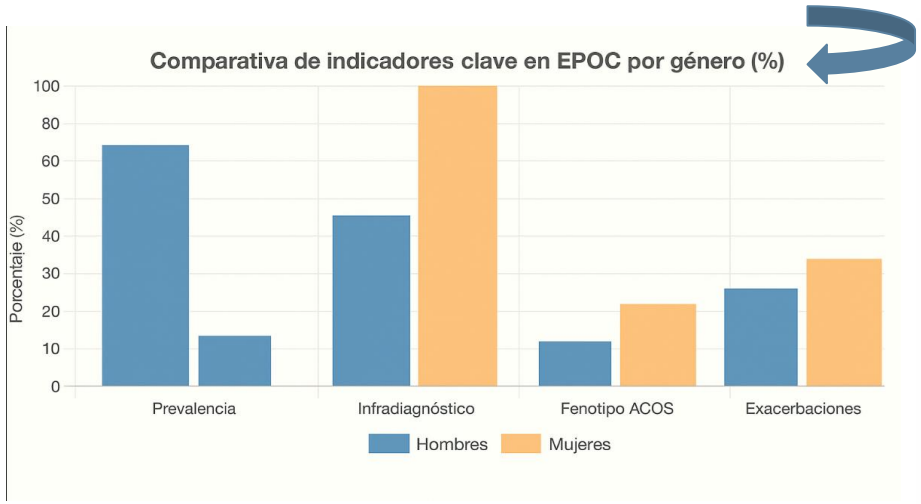
Matilde llega sin cita a consulta porque lleva un tiempo con disnea. Hace dos días que tiene más mucosidad y hoy nota que está peor. Hoy su hija le ha dicho que venga a vernos.

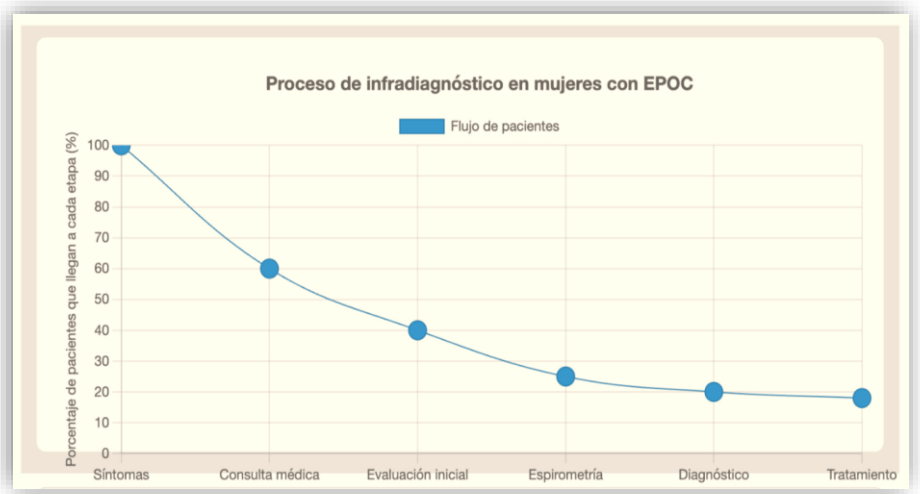
Es una paciente conocida, porque viene de manera habitual y sabemos que fuma a escondidas desde adolescente. Ahora fuma más desde que su padre vive con ella, tras la muerte de su madre.

- *"Mi padre está muy trabajoso y yo, agotada. Sabes que nunca vengo así sin cita pero, mi niña que ha venido esta semana a ayudarme, me ha obligado…y es que no tienes cita hasta dentro de dos semanas"*

¿QUÉ PENSAMOS PRIMERO?
¿Un TEP? ¿Un infarto? ¿Una infección respiratoria? ¿O pensamos en ansiedad?

EPOC: las diferencias que no podemos ignorar





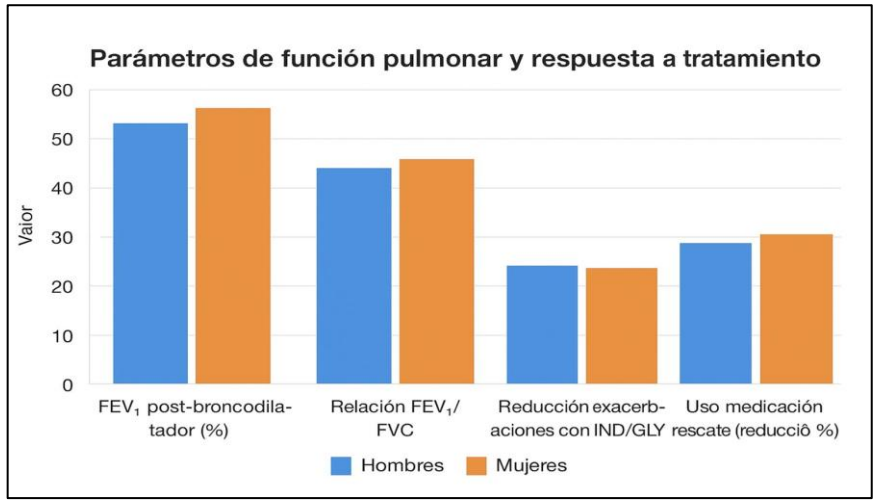
- 17.9% de mujeres españolas
- Media de 62 años
- **100% de tasa de infradiagnóstico**

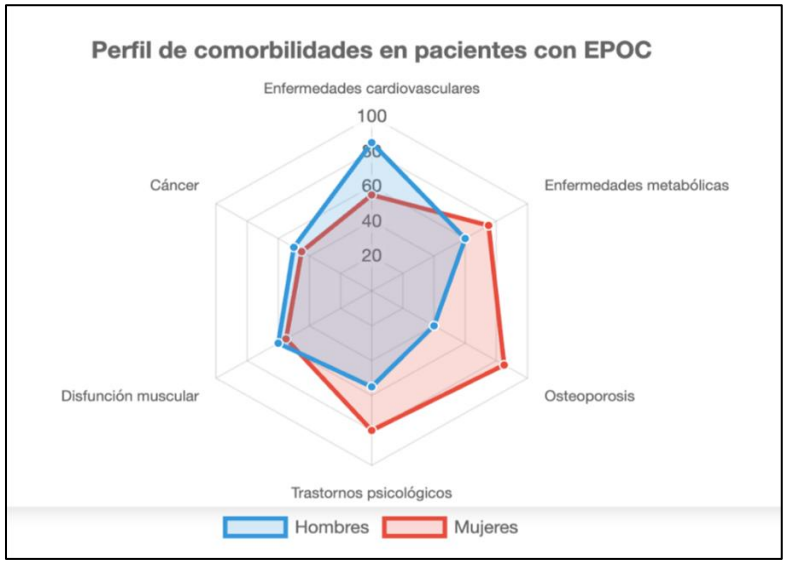
Estudio EPISCAN II y ESPIRAL-ES

Percepción sesgada de síntomas por parte de profesionales

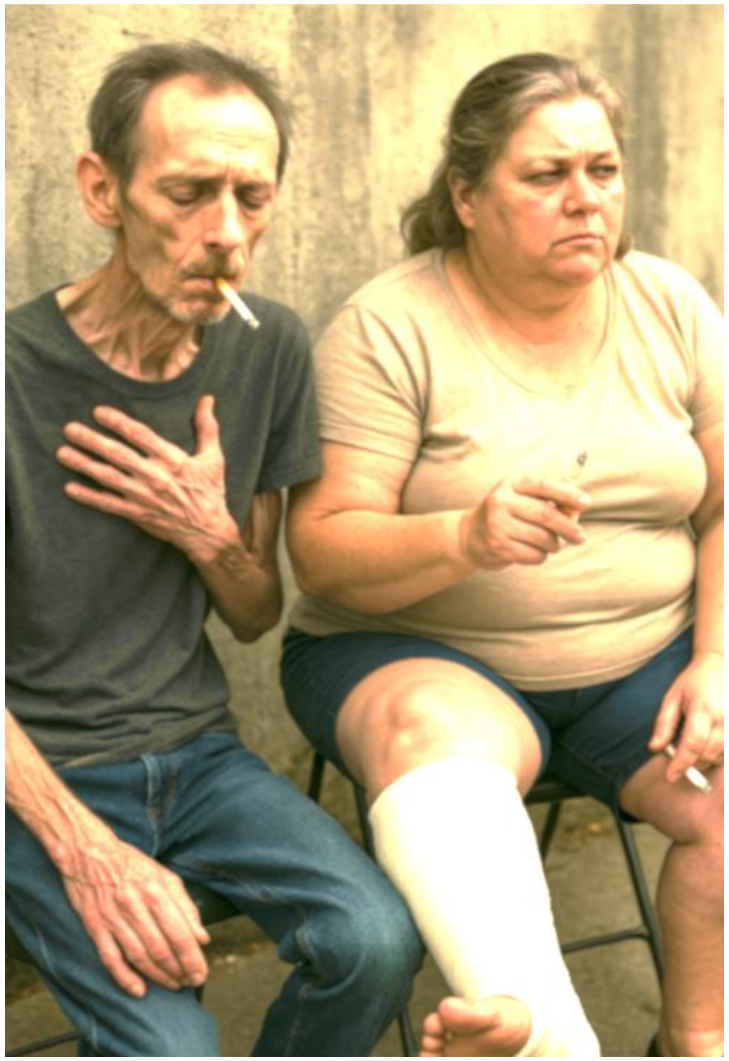
Falta de referencia en pruebas funcionales, **menos espirometrías**

Soriano, J. B., Alfageme, I., Miravitlles, M., de Lucas, P., Soler-Cataluña, J. J., García-Río, F., Casanova, C., Rodríguez González-Moro, J. M., Cosío, B. G., Sánchez, G., & Ancochea, J. (2021). Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Archivos de bronconeumología*, *57*(1), 61–69.





PARÁMETRO TERAPEÚTICO	HOMBRES	MUJERES
EDAD Y PERFIL BASAL	Mayor edad mayor gravedad y limitación	Más jóvenes, mejor FEV1
HISTORIAL DE EXACERBACIONES	Menor proporción con menos de 2 exac.	Mayor proporción con más de 2 exac.
REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES CON TRATAMIENTO	Reducción significativa	Reduccion significativa
USO DE MEDICACIÓN DE RESCATE	Similar reducción con triple terapia específica de estudio	Similar reducción con triple terapia específica de estudio.



Trigueros, J. A., Riesco, J. A., Alcázar-Navarrete, B., Campuzano, A., & Pérez, J. (2019). Clinical Features Of Women With COPD: Sex Differences In A Cross-Sectional Study In Spain ("The ESPIRAL-ES Study"). *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, *14*, 2469–2478

No solamente respiratorio

Sintomatología diferencial en SCA

Normalización/medicalización del dolor de las mujeres (ej. ciclo menstrual/parto)

XLV CONGRESO DE LA SEMFYC
MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA, MURO Y FUEGO: SOMOS MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Conceptos clave: hacia una medicina más equitativa

Androcentrismo científico

La **medicina** históricamente marcada por una visión **androcéntrica**, estableciendo al hombre (blanco) como el normal y referente.

- Síntomas "típicos" basados en presentación masculina
- Ensayos clínicos con predominio o exclusividad masculina
- Dosificación de fármacos sin ajuste por sexo
- Infradiagnóstico o sobremedicación de enfermedades en mujeres

Sesgos en la práctica clínica

Superación del concepto dicotómico de salud-enfermedad. Incorporación de enfoque biopsicosocial y perspectiva de los determinantes sociales de salud (**interseccionalidad**)

En medicina, significa entender que una mujer migrante de bajo nivel socioeconómico puede enfrentar barreras de acceso y sesgos diagnósticos múltiples y simultáneos que afectan su salud de manera particular.

Morbilidad diferencial en mujeres

Diferencias en cómo se **manifiestan**, **diagnostican** y **evolucionan** las enfermedades según características como el sexo, género, edad, etnia o nivel socioeconómico de las pacientes.

No se trata sólo de diferencias biológicas, sino también de cómo los determinantes sociales y los sesgos del sistema sanitario influyen en los resultados de salud de diferentes grupos poblacionales.

Reflexión crítica: Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminacuin de los centros sanitarios.

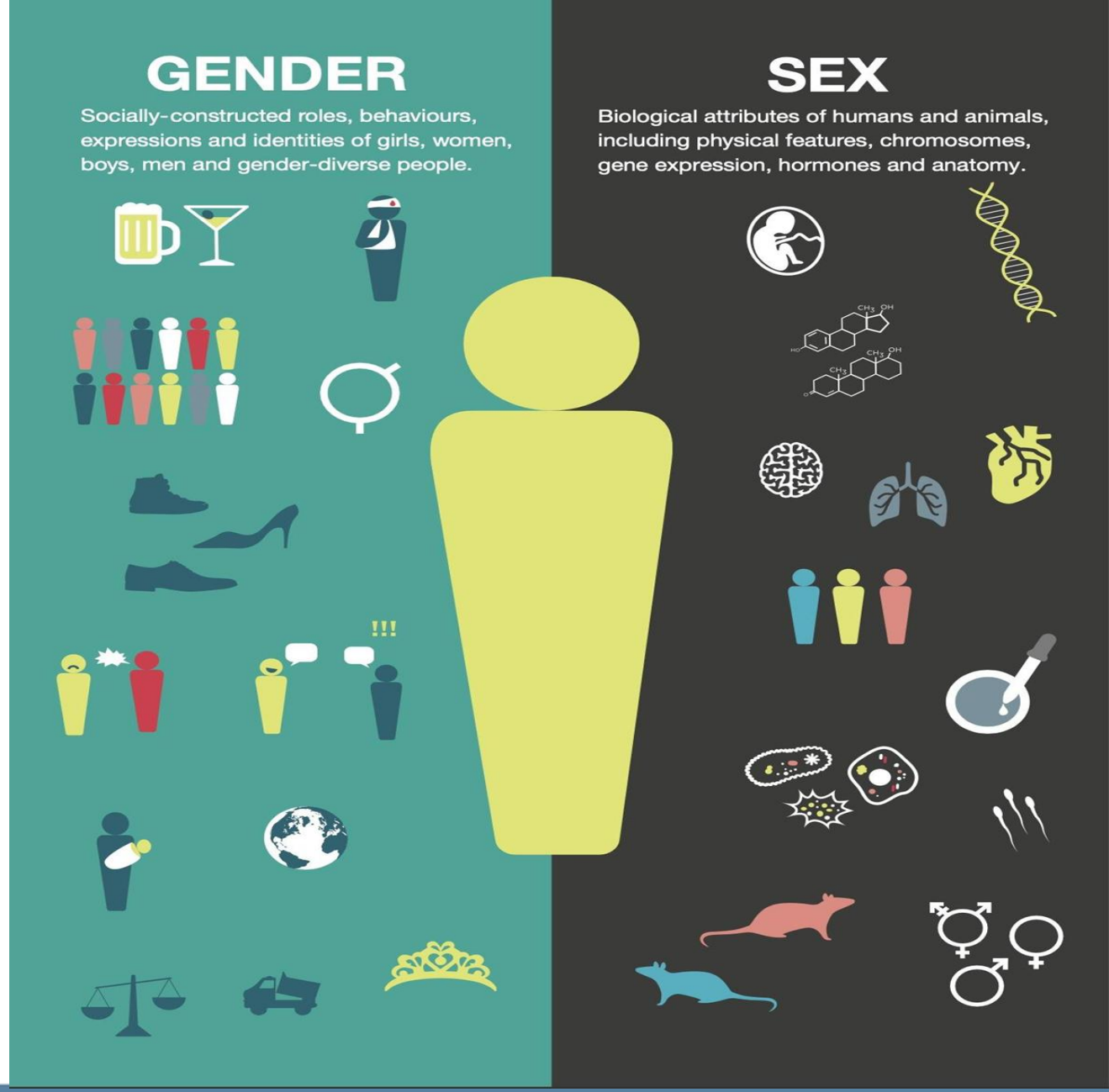
https://www.who.int/es/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings

Organización Mundial de la Salud

XLV
CONGRESO DE LA SEMFYC
MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

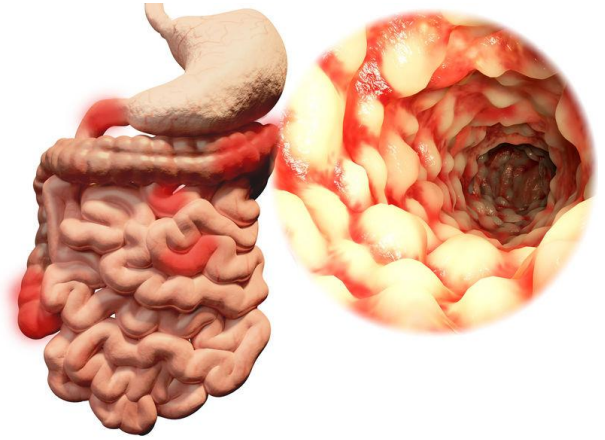
SEXO/ GÉNERO



…y para que quede más claro, os traemos algunos casos clínicos.

Caso clínico 1: resumen

- Mujer de 44 años que acude para recoger resultados de **calprotectina fecal elevada,** y que tenía ya citada en unos días una TC abdominopélvica.
- Citada nuevamente conmigo en consulta telefónica, le informo por tal medio de los resultados de la TC, en los que se observan datos de **enfermedad inflamatoria intestinal**, con una fístula enterovesical, por lo que la paciente tenía fecaluria y neumaturia, además del dolor abdominal con el que llevaba 4 años.



- El diagnóstico final fue de **Enfermedad de Crohn** con afectación ileocecal fistulizante (fístula enterovesical secundaria).
- Se inició adalimumab y está pendiente de cirugía.
- Se le pautó también tratamiento con B12 mensual y posteriormente con ácido fólico, y con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas, hasta la intervención quirúrgica.

Síntomas y manejo clínico

- La paciente había iniciado síntomas digestivos en septiembre de 2021, consistentes en **epigastralgia** con todas las comidas e incluso el agua, sin náuseas o vómitos, diarrea o pérdida de peso, de unos 2 meses de evolución.

- Se atribuyen a infección por *Helicobacter pylori* al tener un test del aliento positivo, tras aplicar la estrategia **"test and treat"**, actuación habitual en cualquier paciente con este perfil clínico.
- Tras haberse erradicado la infección, la paciente **siguió con los síntomas**. Tuvo múltiples tratamientos sintomáticos, como procinéticos, IBP, anti H2. Hasta que en noviembre de 2024 se le pide la calprotectina fecal, además de 3 SOHi y elastasa fecal.
- Por otro lado, se le había pedido una TC en Urología, donde había sido derivada por ITU de repetición y dolor pélvico, iniciadas aproximadamente en las mismas fechas que los síntomas digestivos. En dicha TC se observaron los signos de la enfermedad inflamatoria intestinal, y proporcionó el diagnóstico.

Entorno y antecedentes

- Entorno comunitario y familiar: cuando le comuniqué que tenía que ir a Urgencias y le cursé el volante, no quería ir porque tenía que recoger a sus hijos del colegio.
- La paciente se ha casado a principios de septiembre.
- Antecedentes familiares: Sin interés
- Antecedentes personales: CRU y migrañas

Reflexiones

- Destacar una demora diagnóstica importante (4 años), como sucede en muchos casos y está estudiado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
- Los síntomas eran inespecíficos, consta una exploración que destaca dolor a la palpación profunda en FID sin signos de irritación peritoneal.
- Se le hicieron 2 ecografías en el centro de salud, con una diferencia de 1 mes, encontrando en la 2ª un pequeño pólipo vesicular de 0,2 cm.
- No hay juicio diagnóstico en ningún curso clínico del episodio, que estaba codificado de epigastralgia.

Diferencias de sexo y género en las EII

- Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) muestran un sesgo de género, como varias otras enfermedades inmunomediadas.
- Las diferencias específicas de las mujeres influyen en la presentación y actividad de la enfermedad, lo que lleva a una progresión diferente entre hombres y mujeres.

Lungaro L, et al. Impact of Female Gender in Inflammatory Bowel Diseases: A Narrative Review. J Pers Med. 2023 Jan 17;13(2):165

Diferencias de sexo y género en las EII

Los factores genéticos están involucrados en la etiología de la EII:

- En grupos familiares de EII, se ha observado una **preponderancia femenina** (61% vs 54% comparado con la EII esporádica, respectivamente).
- El riesgo relativo aumentado para las mujeres está promovido por factores epigenéticos determinados por el sexo, responsables del patrón de transmisión de mujer a mujer.
- La predisposición genética femenina a desarrollar EII también está relacionada con **anomalías del cromosoma X**.

Zelinkova Z, et al. Maternal imprinting and female predominance in familial Crohn's disease. J Crohns Colitis. 2012 Aug;6(7):771-6.

Morbilidad diferencial en las EII

Las **manifestaciones extraintestinales** asociadas con la EII parecen ser dependientes del sexo y afectan más a las mujeres que a los hombres:

- Las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos oculares, eritema nodoso y pioderma gangrenoso que los hombres.
- Los hombres son más propensos a desarrollar colangitis esclerosante primaria y espondilitis anquilosante.
- La fatiga, un síntoma típico de la EII, parece estar más presente en mujeres que en hombres, independientemente de la anemia y el estado de actividad de la enfermedad.

Severs M, et al. Sex-Related Differences in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Results of 2 Prospective Cohort Studies. Inflamm Bowel Dis. 2018 May 18;24(6):1298-1306.

- Las mujeres con EII tienen una tasa de fertilidad comparable a la población general, excepto las mujeres con enfermedad activa o anastomosis ileoanal-bolsa, con tasas de infertilidad más altas.
- Los estudios sobre EII y embarazo son contradictorios.

- Los trastornos psiquiátricos y la angustia psicológica tienen una preponderancia femenina en la EII.
- Los cuestionarios de calidad de vida autoinformados muestran puntuaciones más bajas en mujeres que en hombres.
- Las mujeres con EII tienen peor calidad de vida, mayor distrés psicológico y menor actividad sexual que los pacientes varones.

Greuter T, et al; on behalf of Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology. Gender Differences in Inflammatory Bowel Disease. Digestion. 2020;101 Suppl 1:98-104.

Sesgos de género en el manejo y tratamiento

- Los datos clínicos muestran que el manejo y la terapia de la EII difieren entre hombres y mujeres.
- Las mujeres reciben menos tratamientos específicos para la EII que los hombres, mientras la cirugía abdominal mayor se realiza con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.
- En un estudio con 986 pacientes ambulatorios se observó que las mujeres recibieron menos tratamiento inmunosupresor a pesar de tener una mayor actividad de la enfermedad.

Blumenstein I, et al. Female patients suffering from inflammatory bowel diseases are treated less frequently with immunosuppressive medication and have a higher disease activity: a subgroup analysis of a large multi-centre, prospective, internet-based study. J Crohns Colitis. 2011 Jun;5(3):203-10

Manejo y tratamiento

- Los resultados de una revisión sistemática indican que los pacientes varones con EII tienen una probabilidad significativamente mayor de someterse a cirugía que las mujeres, aunque en general no tienen mayor probabilidad de ser hospitalizados.
- Las mujeres parecen tener una adherencia estadísticamente significativa menor a los tratamientos biológicos que los varones.
- Los profesionales sanitarios no deben subestimar el impacto del sexo en la utilización de la atención médica.

Rasmussen NF, et al. Impact of sex and socioeconomic status on the likelihood of surgery, hospitalization, and use of medications in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2024 Jun 24;13(1):164.

Morbilidad diferencial en otras patologías digestivas

- En la **enfermedad celíaca** en el momento del diagnóstico, el **sexo femenino se asoció significativamente** con:
  - malabsorción (OR 3,39)
  - mayor duración de la clínica antes del diagnóstico (OR 3,39),
  - pirosis (OR 2,99), dispepsia (OR 2,70), náuseas/vómitos (OR 3,53) y estreñimiento (**OR 4,84**)

- Tras 12-30 meses, las mujeres presentaron:
  - una mediana de IMC más baja
  - se realizaron controles histológicos con menor frecuencia
  - presentaron anemia e hipoferritinemia con mayor frecuencia que los varones
  - no se observaron diferencias significativas en cuanto a la presencia de síntomas gastrointestinales, la adherencia a la dieta sin gluten ni la puntuación Marsh.

- Las diferencias de género observadas al diagnóstico desaparecen en su mayoría durante el seguimiento y pueden resolverse con el tiempo.

Galli G, et al. Sex-Gender Differences in Adult Coeliac Disease at Diagnosis and Gluten-Free-Diet Follow-Up. Nutrients. 2022 Aug 4;14(15):3192.

Trastornos de salud tras diagnóstico de celiaquía

25.000.000 de mujeres estadounidenses ambulatorias sin EC y 9.368 con EC:

- Las mujeres con EC tenían mayor probabilidad de presentar afecciones de salud femenina posteriores:
  - insuficiencia ovárica primaria (OR 6,25)
  - menstruación ausente o irregular (OR 2,34)
  - síndrome de ovario poliquístico (OR 3,2)
  - infertilidad (OR 1,69)
  - trastornos menopáusicos (OR 2,85)
- Los profesionales clínicos debemos conocer estas asociaciones para detectar trastornos de salud femenina durante la atención longitudinal de la EC y derivar a un enfoque multidisciplinario con obstetricia y ginecología.

Nanah R, et al. Women's Health Disorders in a Coeliac Disease Population After Diagnosis-A Nationwide Cohort Analysis. Aliment Pharmacol Ther. 2025 May;61(10):1603-11.

Conclusiones a destacar

- Síntomas inespecíficos y presentación atípica del dolor.
- Sesgo de género en la interpretación del dolor. A las mujeres los síntomas gastrointestinales inespecíficos suelen atribuirseles con más frecuencia a los trastornos de la interacción intestino-cerebro.
- Impacto del tiempo de diagnóstico para la evolución de la enfermedad.

➔ El objetivo de este caso ha sido fomentar la reflexión sobre las diferencias específicas de la mujer en la salud digestiva, para mejorar el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de las pacientes.

➔ A la vez, establecer unos rasgos comunes a los demás casos que vamos a ir viendo y que van definiendo la morbilidad diferencial de las mujeres.

Caso clínico 2: resumen

Caso clínico 2: resumen

Hoy acude a tu consulta porque la Mutua no le soluciona su dolor

- Dolor comienza de forma insidiosa hace 18 meses.
- Empeora tras la jornada laboral.
- Irradia en ocasiones a glúteos y cara posterior muslos.
- Episodios de dolor cervical y torácico alto.

Continuación caso

Sigue viniendo a la consulta por lumbalgia. 6 meses

- Algunos días nota más rigidez
- El dolor empeora con la inactividad.
- Se despierta de madrugada: no sabe si por dolor o por estrés.
- Se encuentra más cansada en general.

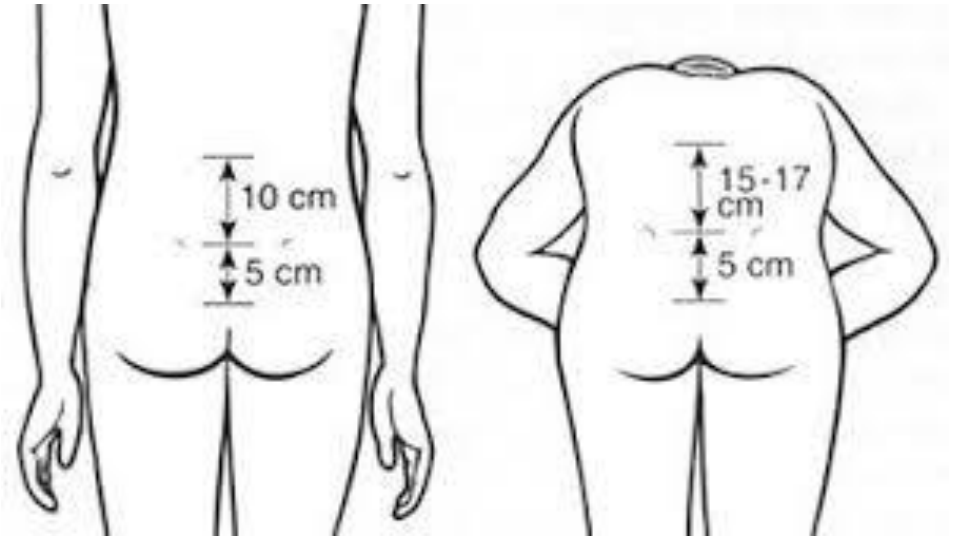
Continuación caso

Han pasado 8 meses más.

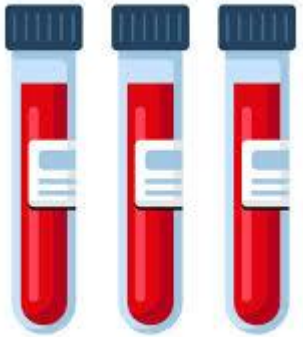
Viene a ver la analítica del marido.

Continuación caso

Vuelve a la consulta



Test de Schöber



Diagnóstico diferencial

Dolor lumbar crónico mecánico	Le duele la segunda mitad de la noche, empeora con el reposo y la actividad física le mejora el dolor.
Fibromialgia	El dolor generalizado es la manifestación más frecuente en la mujer ¿podría ser?
Espondilitis axial no radiográfica	Me cuadra el dolor y la Rx normal ¿podría ser?
Artritis psoriásica axial	No tiene lesiones cutáneas/ungueales pero las características clínicas son parecidas.

HOMBRES

- El 1º síntoma es con más frecuencia el dolor lumbar inflamatorio.
- A la hora del diagnóstico presenta más limitación de los movimientos.
- Manifestaciones extraarticulares: uveítis.

MUJERES

- Más frecuencia de dolores extraarticulares: entesitis, psoriasis, EII, *dolor generalizado*.
- **Esto produce retraso diagnóstico (6,1 ± 7,4 años vs 8,2 ± 8,9 años)**

1. Gender differences in axial spondyloarthritis: women are not so lucky. Rusman, T; van Vollenhoven, RF; van der Horst-Bruinsma. Current Rheumatology Report (2018) 20:35.
2. Recently diagnosed axial spondyloarthritis: gender differences and factors related to delay in diagnosis. Slodobin, G; Reyhan, I; Avshovich,N et al. Clin Rheumatol (2011) 30:1075-1080.
3. Sex and gender differences in axial spondyloarthritis: myths and truths. Rusman, T; van Bentum, RE; van der Horst-Bruinsma, IE. Rheumatology 2020; 59:iv38-iv46.

HOMBRES

- Edad: 27,4 años.
- Más alteraciones radiográficas
- Más progresión radiográfica.
- Más HLA B27+: predictor a una respuesta positiva al tratamiento y mayor tiempo de tratamiento con biológicos.

MUJERES

- Edad: 29´5 años.
- Más puntuación en índice de actividad de enfermedad (BASDAI).
- Peor calidad de vida (ASQoL).
- Peores tasas de respuesta con inhibidores de TNF.
- Peor adherencia terapéutica.
- Mayor deterioro laboral.

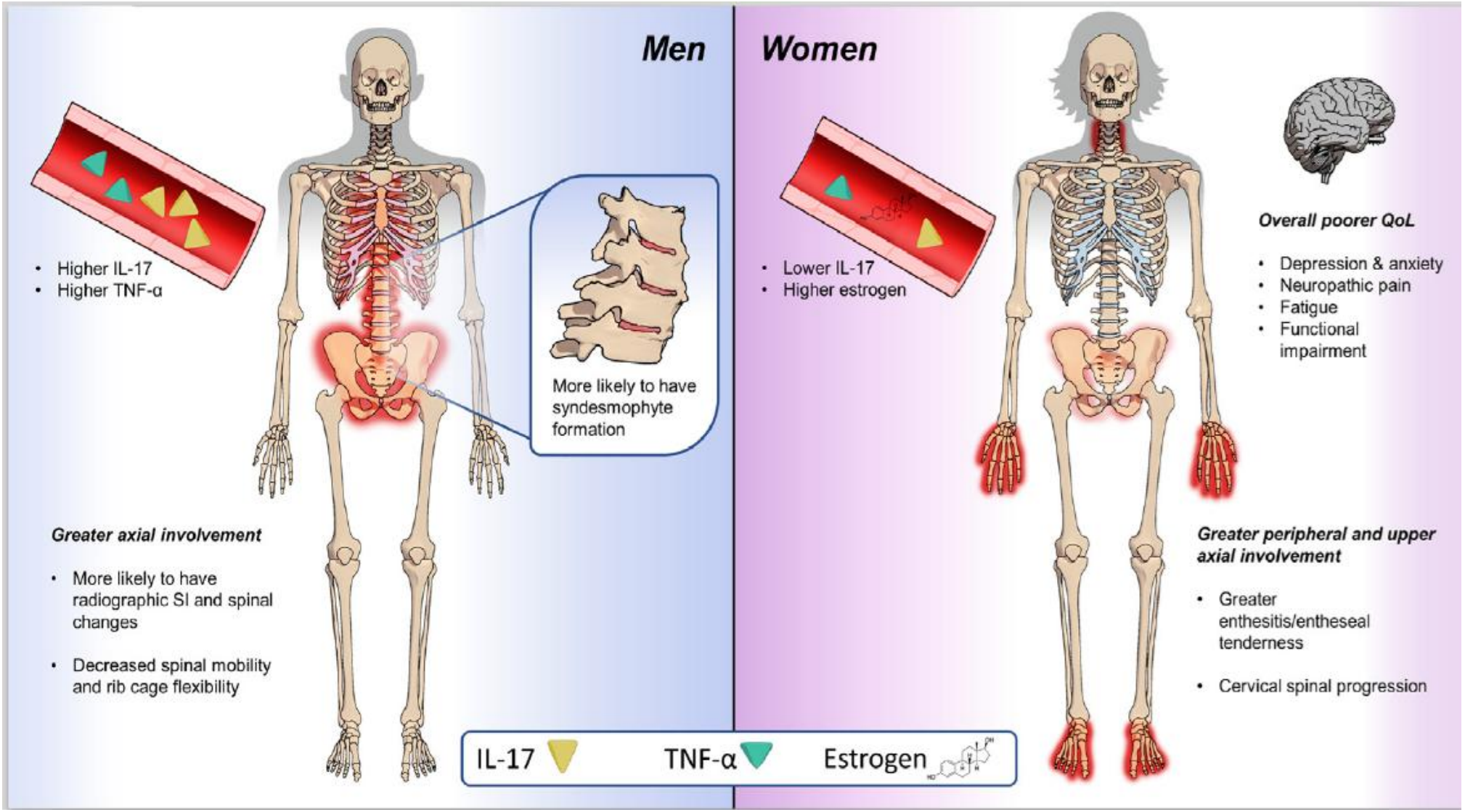
Leung, YY. Gender differences in disease activity and impact in axial spondyloarthritis. Editorial. The Journal of Rheumatology 2021; 48:1498-500.

Manifestations and comorbidities	Gender differences
Extraspinal manifestations	
AAU	No differences
Enthesitis	↑ in women
IBD	↑ in women
Psoriasis	↑ in women
Peripheral arthritis	↑ in women
Comorbidities	
Cardiovascular diseases	↑ in men and post-menopausal women
Osteoporosis	Equal risk, but underdiagnosis in (young) males

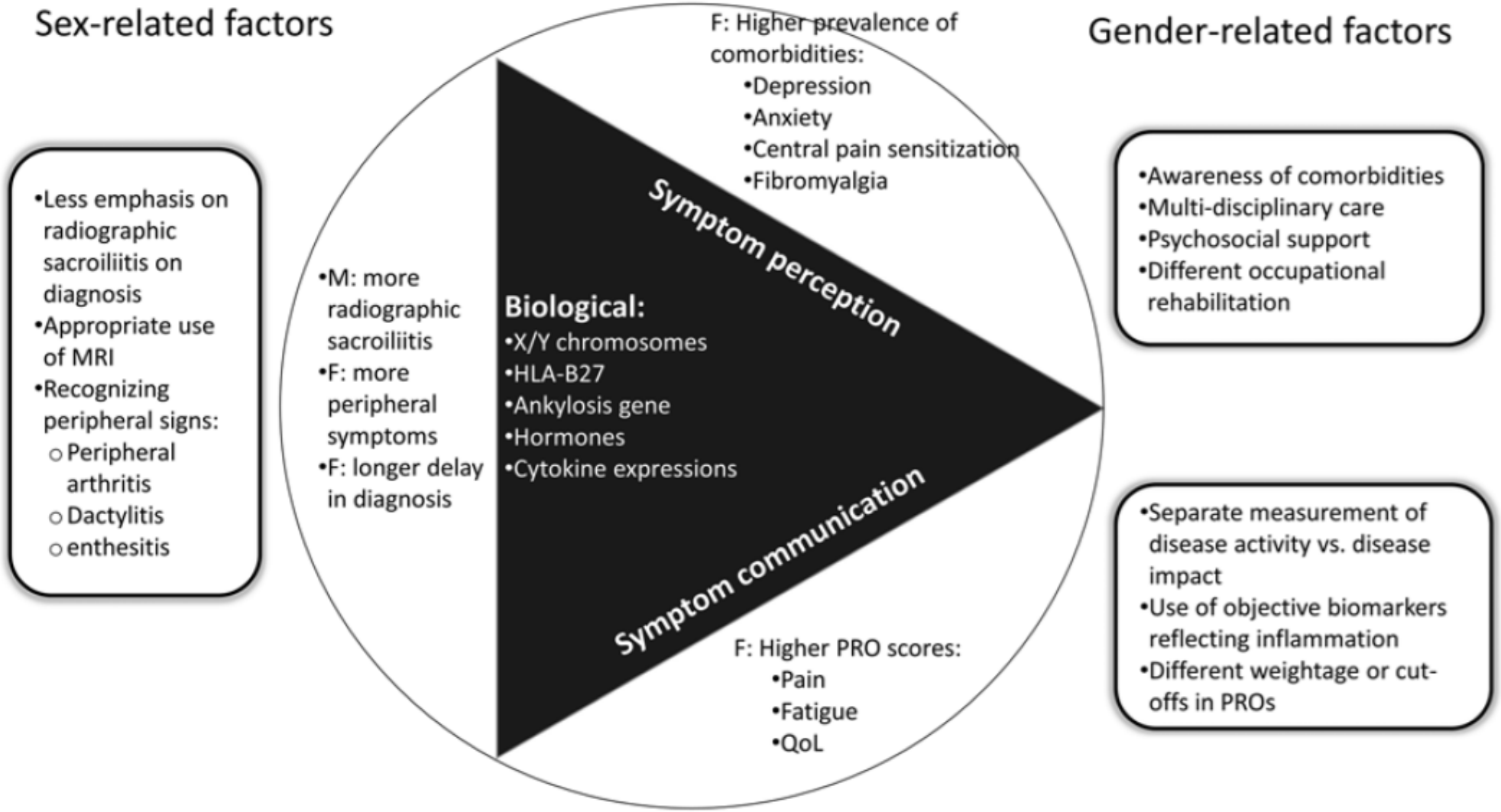
Disease activity at baseline	Gender differences
BASDAI	↑ in women
ASDAS-CRP	No difference
CRP-levels	↑ in men
ESR-levels	No difference
Function	
BASFI	No difference
Quality of life	
ASQoL	↓ in women
ASASHI	↓ in women
EuroQoL	No difference
SF-36	No difference
Physical	
BASMI	↑ in men
MASES	↑ in women

↑: higher scores; ↓: lower scores; ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life; ASASHI: Assessment of SpondyloArthritis international Society Health Index; MASES: Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score.

Sex and gender differences in axial spondyloarthritis: myths and truths. Rsuman, T-, van Betun, RE; van der Horst-Bruinsma, IE. Rheumatology 2020; 59:iv38-iv46.



Wright, GC; Kaine,,J; Deodhar, A. Understanding differences between men and women with axial spondyloarthritis. Seminars in Arthritis and rheumatism 50 (2020) 687-694.



Leung, YY. Gender differences in disease activity and impact in axial spondyloarthritis. Editorial. The Journal of Rheumatology 2021; 48:1498-500.

Caso clínico 3: Presentación

- Paciente de **80 años** que acude a consulta de MF el 09/05/2025 porque desde hace varios días presenta **mareo sin giro de objetos e inestabilidad a la marcha.**
- Sin síntomas auditivos, ni cardiológicos ni focalidad neurológica clara. Tampoco presenta náuseas ni cortejo vegetativo.
- Insomnio de conciliación (pero consigue dormir 5 horas seguidas)
- Temblores y astenia
- Ha dejado de conducir, de nadar y de salir a la calle sin acompañantes → ánimo deprimido

Caso clínico 3: Antecedentes

- **Nunca ha tenido episodios similares previos**
- Antecedentes personales:
  - HTA en tratamiento con valsartán
  - DM-2 en tratamiento con insulina
  - Insuficiencia renal leve
  - Gastritis crónica en tratamiento con omeprazol
  - Malabsorción B12 en tratamiento
  - No hábito tabáquico ni otros hábitos tóxicos
  - Vive en su domicilio; **independiente para AIVD**

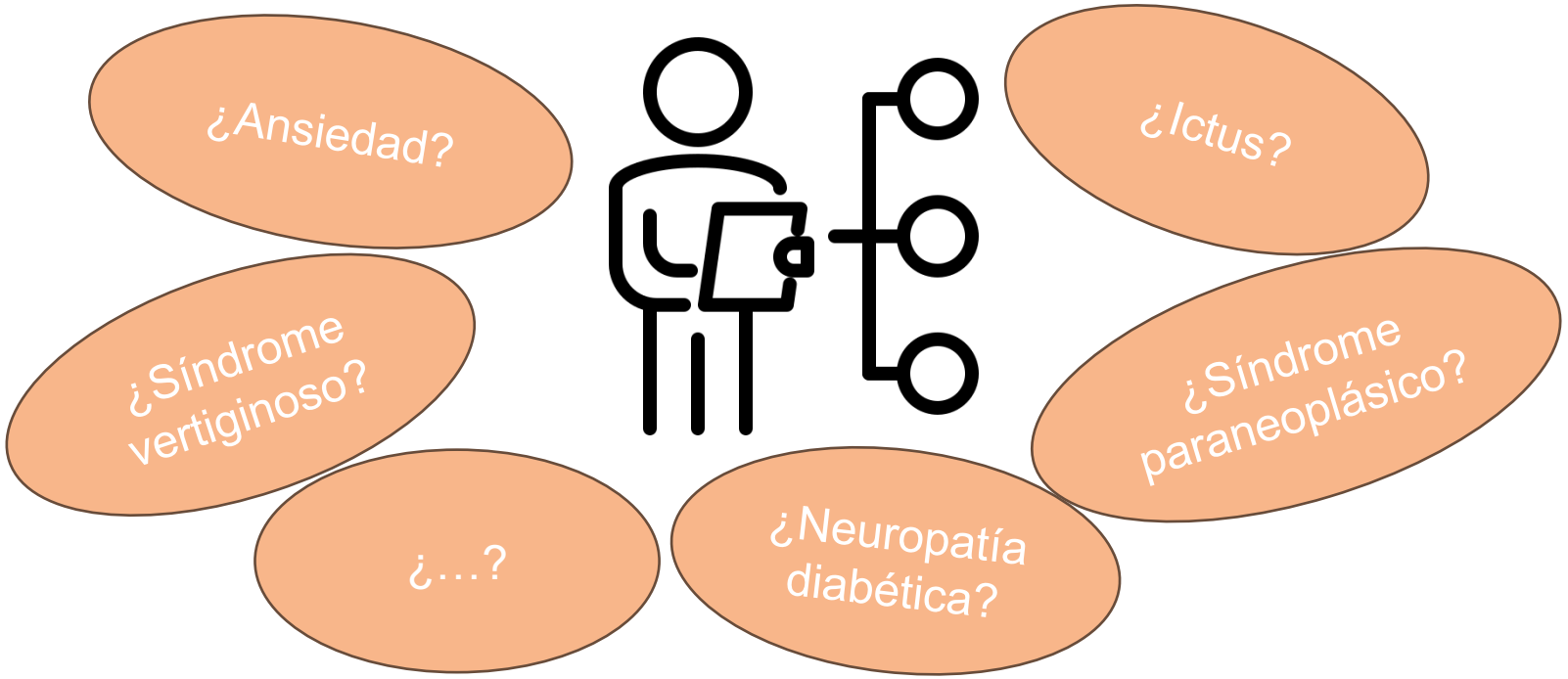
Caso clínico 3: Exploración física

- Exploración general sin alteraciones significativas
- Exploración neurológica básica: **marcha lenta sin otros hallazgos** reseñables. No deterioro cognitivo
- **ECG**: ritmo irregular, bloqueo rama derecha
- Se revisa analítica reciente:
  - Glucosa basal: 103
  - Urea: 62,6
  - Microalbuminuria negativa
  - Índice albúmina/ creatinina normal
  - TSH normal

Caso clínico 3: Diagnóstico diferencial

¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica?

¿Nos falta algún dato relevante para orientar esta sospecha?



Caso clínico 3: Evolución

- Se inicia tratamiento con **zolpidem 5mg**
- Persistencia de síntomas y empeoramiento del estado de ánimo.
  Plan: **derivación a salud mental**
- El 16/05/2025 decide acudir a **urgencias hospitalarias** donde se le realiza **TAC cerebral en el que se visualizan lesiones vasculares en ganglios basales derechos** por lo que se tramita ingreso hospitalario a cargo del servicio de neurología.
- Alta hospitalaria 23/05/2025**: síndrome rígido acinético.** Se añade a su tratamiento habitual levodopa 100mg/ carbidopa 25mg, 1 cp al día con aumento de dosis semanalmente hasta dosis óptima. Citan para primera revisión en consulta de neurología con NRL1 el 10/10/2025.

Caso clínico 3: Evolución

- Aumento de nerviosismo y empeoramiento insomnio (apenas duerme unos minutos en toda la noche)
- Alprazolam 0,25 mg → + pregabalina 25 mg → + mirtazapina 30mg
- ICNP NRL 2 : suspender levodopa
- Urgencias NRL 3: mantener levodopa y añadir clonazepam
- MF: aumenta a zolpidem 10 mg y añade trazodona 100mg. Deriva a UDR →PSQ

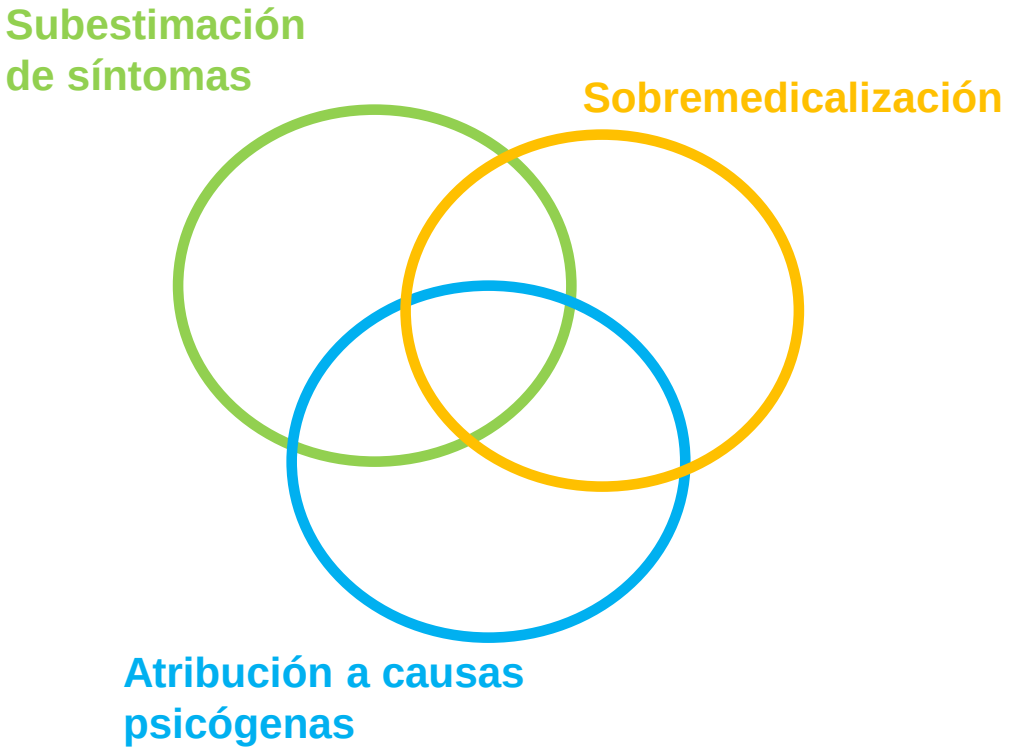
Caso clínico 3: Evolución

- 17/07: consulta PSQ → suspender zolpidem, trazodona y alprazolam. Pautan:
  - Lorazepam 1 mg ½-1/2-1/2
  - Lormetazepam 2 mg 0-0-1
  - Mirtazapina 30 mg 0-0-1
  - Mirtazapina 15 mg 1-0-0
  - Quetiapina 25 mg 0-0-1, a mayores, si precisa
- 29/07: consulta con NRL 4 (tramitada a través de un conocido) →continuar con descenso de levodopa, mantener tratamiento de PSQ.
- Revisión programada en consulta NRL1 (adelantada a 05/09)
  - Ya no toma nada de levodopa y duerme 5 horas seguidas.
  - **Síndrome rígido acinético izquierdo de etiología estructural. Probable hemorragia de ganglios basales derechos previa**. No precisa tratamiento farmacológico.

¿Qué dato relevante nos falta saber?

Caso clínico 3: Discusión

- Factores de riesgo vascular en mujeres
- Sintomatología neurológica subaguda/ inespecífica
- Mala tolerancia a medicación pautada
- Polimedicación
- Derivación a salud mental antes de descartar organicidad

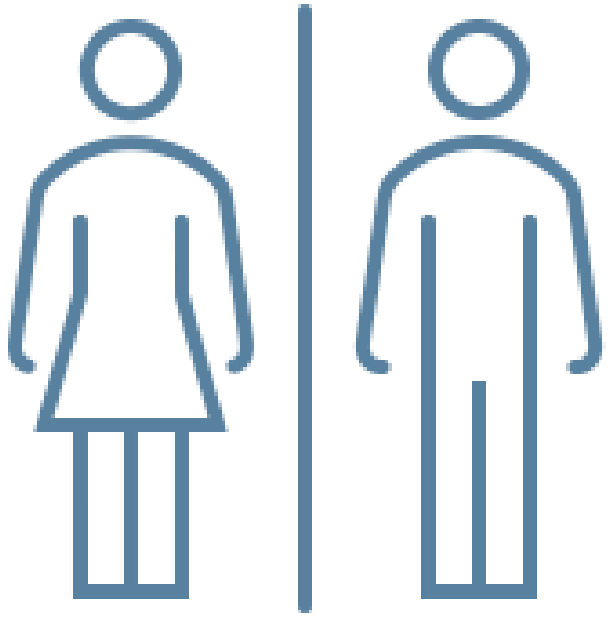


Enfermedad cerebrovascular

2ª causa de muerte en España 2024 (12.655, 5,9%)*

3ª causa de muerte en España 2024 (10.131, 4,6%)*

Síntomas de presentación menos focales → retraso diagnóstico → aumento secuelas → peor calidad de vida y mayor carga de enfermedad



Presentación con síntomas focales

Influencia factores hormonales en ictus isquémico → Aumento de incidencia en embarazo/ puerperio y tras menopausia

Factores de riesgo vascular clásicos

Fuente: INE. Estadísticas de defunciones según la causa de muerte. Año 2024. Datos provisionales

CONCLUSIONES FINALES

MAYOR CONCIENCIACIÓN

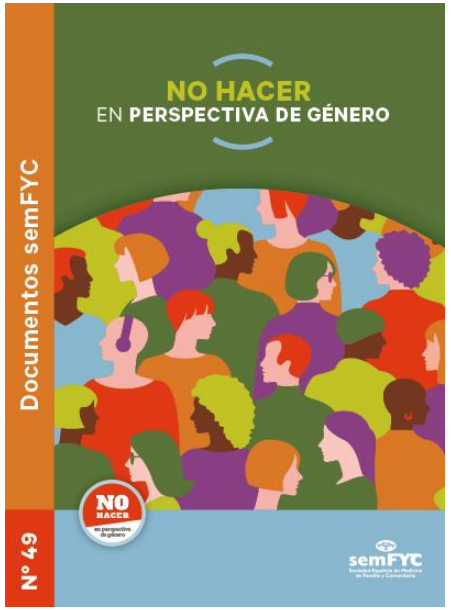
INCORPORACION DE PERSPECTIVA DE GÉNERO

MEJORAR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

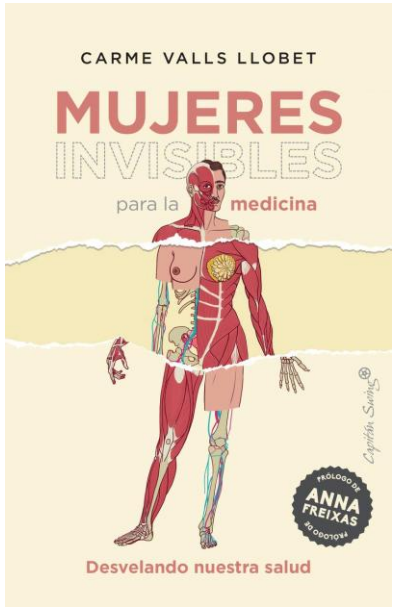
PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CONSTRUCCIÓN DE UNA MEDICINA MÁS EQUITATIVA

Lecturas recomendadas



Documento semFYC NO HACER
en perspectiva de género



Mujeres invisibles para la medicina
Carme Valls Llobet

Webs recomendadas

Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment

Gendered innovations de la Universidad de Stanford

Observatorio de salud y género de SOCALEMFYC

Gracias por vuestra atención

Alguna pregunta?

GdT Salud integral de las mujeres
GdT Digestivo
GdT Reumatologia
GdT Neurologia