



La incorporación de la perspectiva de sexo y género en las Guías de Práctica Clínica

The Inclusion of Sex and Gender Perspective in the Clinical Practice Guidelines

AUTORES

(1) Ana M. González Ramos (2) Patricia Gavín Benavent (2) Soledad Isern de Val

FILIACIONES

- (1) Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). CÓRDOBA, ESPAÑA.
(2) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA). ZARAGOZA, ESPAÑA.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Acceso abierto al dataset en: <https://digital.csic.es/handle/10261/391147>



FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido elaborado a partir de la investigación titulada *La dimensión social y de género en la salud y la medicina. El caso de las guías de salud como instrumentos de atención biomédica*, liderada por la autora de correspondencia y financiada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2022101140).

CORRESPONDENCIA

Ana M. González Ramos agonzalezramos@iesa.csic.es
Plaza Campo Santo de los Mártires, 7. CP 14004. Córdoba, España.

CITA SUGERIDA

González Ramos AM, Gavín Benavent P, Isern de Val S. La incorporación de la perspectiva de sexo y género en las Guías de Práctica Clínica. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 28 de agosto e202508045.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // El objetivo de este trabajo fue conocer la exclusión y/o tipos de inclusión de la perspectiva de sexo y género en las guías de práctica clínica (GPC), de manera que evidenciamos la carencia de esta perspectiva históricamente, derivada de un modo del conocimiento centrado en lo masculino principalmente, y que está cambiando gracias a la consciencia de la necesidad de abordar las diferencias entre las personas en materia de salud.

MÉTODOS // Se aplicó una herramienta de búsqueda sistemática sobre documentos web (*scraping*), para analizar las GPC del Catálogo de GPC en el Sistema Nacional de Salud (gestionado por GuíaSalud) de manera automática y sin sesgos de las personas investigadoras. El *scraping* permitió buscar palabras claves y contextualizarlas dentro del documento. Sobre las bases de datos resultantes se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo.

RESULTADOS // De las 21 GPC examinadas, 11 no incorporaban evidencias donde se señalaban diferencias o similitudes entre hombres y mujeres. Las que incluían alguna evidencia, lo hacían de diferentes maneras: 2 excluían a los hombres; 1 incluía ejemplos de sexo y género e interseccionalidad; 3 incluyeron evidencias de sexo o género; 3 usaron lenguaje inclusivo; y 1 mostró interseccionalidad sin enfoque de sexo/género en su redacción.

CONCLUSIONES // Las 10 guías con inclusión de sexo y género presentan diferencias respecto a qué consideran importante constatar en cuanto a variaciones en salud de la población relacionadas con el sexo, el género o la interseccionalidad. Siendo importante señalar que la inclusión de sexo y género parece responder al hecho de que la guía plantea una pregunta de investigación pertinente.

PALABRAS CLAVE // Guías de práctica clínica; Sesgo de sexo; Sesgo de género; Práctica basada en la evidencia; Salud de las mujeres; Salud de los hombres; Garantía de la calidad de atención de salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // The aim of this study was to identify the exclusion and/or types of inclusion of a sex and gender perspective in clinical practice guidelines (CPGs) in order to highlight the lack of this perspective, derived from historically male-centered model of knowledge, which is changing due to the awareness of addressing health differences between people.

METHODS // A systematic search tool for web documents (*scraping*) was applied to analyze the CPGs catalogue of the National Health System (by GuíaSalud) automatically and free of researcher bias. Scraping was able to search key words and contextualize them within the document. A quantitative and qualitative analysis was carried out on the output databases.

RESULTS // From 21 CPGs reviewed, 11 did not incorporate evidence on differences or similarities between men and women. Those that included some evidence did so in different ways: 2 excluded men, 1 included examples of sex, gender and intersectionality, 3 included sex or gender evidence, 3 used gender marked language, and 1 showed intersectionality without a sex/gender focus in its wording.

CONCLUSIONS // The 10 guidelines with sex and gender inclusion differ in what they consider important to evidence on health variations of the population related to sex, gender and intersectionality. Significantly, the inclusion of sex and gender seems to respond to the fact that the guide poses a relevant research question.

KEYWORDS // Clinical practice guideline; Sex bias; Gender bias; Evidence-based practice; Women health; Men health; Quality Assurance in Health Care.

NOTAS

INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) tienen como finalidad optimizar la atención sanitaria, la evaluación de los riesgos y la estimación de los beneficios que presentan diferentes alternativas según la evidencia científica y la práctica clínica (1,2). De acuerdo con Timmermans (3), ofrecen un marco interpretativo que guía a los profesionales en su trabajo asistencial (calidad epistémica), garantizan qué protocolos de actuación son más idóneos (estrategia corporativa) y permiten la traslación de la evidencia a la asistencia al personal sanitario en activo, así como como material de formación y estudio en facultades y centros de educación sanitaria. Son, en definitiva, herramientas para la toma de decisiones durante la asistencia sanitaria fundamental para los profesionales y la población usuaria (4). Todas estas utilidades inciden en la necesidad de recoger una información completa, en particular, que recopile las variaciones que se producen en la salud de la población relacionadas con razones biológicas (sexo, edad, etc.) y sociales (roles de género, hábitos y estilos de vida relacionados, valores y costumbres, estereotipos y discriminaciones, entre otras) (5,6).

La incorporación de un marco analítico o perspectiva de sexo y de género (PSG) en las GPC ofrece una información indispensable sobre la salud de la población, indicando qué variaciones necesitan tenerse en cuenta entre hombres y mujeres, así como hom-

bres o mujeres que forman parte de un grupo étnico, etario, socioeconómico, es decir, considerando la interseccionalidad (7,8). El examen de la PSG no pone en cuestión la calidad de la recopilación recogida en la guía sino que incide en la necesidad de atender a la revelación del mayor número de dimensiones o variaciones conocidas en la investigación en medicina. El sexo y el género son factores fundamentales de la salud humana, pues intervienen en los factores de riesgo y calidad de vida de la población (5,9,10,11,12,13). Los trabajos sobre la incorporación de la PSG en las guías y recomendaciones han dado lugar a un número limitado de investigaciones, pero demuestran un interés creciente (14,15,16,17). Sobre todo, se realizaron revisiones sistemáticas que han puesto de manifiesto la escasa atención o el uso incorrecto (15,16,17). Sin embargo, la importancia de incorporar una PSG en las GPC se reconoce, por ejemplo, en el manual de elaboración de las GPC del Sistema Nacional de Salud (2). Esta investigación analizó la presencia de la PSG en las GPC del Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) gestionado por GuíaSalud.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo empírico consistió en la recopilación y selección de las GPC del catálogo de GPC del SNS alojadas en el Portal GuíaSalud (www.guiasalud.es). GuíaSalud se define como un organismo que tiene por misión potenciar la oferta de productos

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisión de profesionales y pacientes, así como impulsar la creación de redes de colaboradores y la cooperación entre entidades relacionadas con la decisión basada en la evidencia.

En el momento de la búsqueda (junio de 2022) la plataforma alojaba 106 GPC desde el año 2004. Se estableció como primer criterio de exclusión la caducidad de las GPC, estableciéndose como criterio de inclusión que hubiesen sido publicadas cinco años antes de la fecha de búsqueda. Así, entre 2018-2022 se hallaron 21 GPC (20 en estricto sentido, más una guía de Salud Pública) que constituyeron la base del presente análisis. Esas GPC suponen la totalidad de guías españolas actualizadas en ese momento (2022) en GuíaSalud, de modo que pueden considerarse un estudio de casos completo del caso español.

A través del *scraping* se extrajo el texto de las guías obtenidas del portal GuíaSalud. El *scraping* es una técnica informática de búsqueda automatizada y extracción de información de documentos y código fuente de los sitios web. Estos programas simulan la navegación de un humano en la red, a partir de la identificación de ciertas palabras claves, relacionadas con el tema de interés. Sobre esta información, se ejecutó un análisis de los documentos usando técnicas de NLP (*Natural Language Programming*). Las herramientas NLP han permitido un análisis eficiente, sin temor a incluir sesgos subjetivos y/o errores manuales pues la búsqueda es automática a partir de las palabras claves propuestas. Mediante las técnicas combinadas de *scraping* y NLP se obtienen, identifican y organizan datos

procedentes de múltiples fuentes sin importar su formato, empleando librerías *Python* reconocidas en el contexto profesional y con amplio respaldo de la comunidad académica. Proporciona un análisis eficiente de grandes conjuntos de datos. Para hacerse una idea de la dimensión, las 21 GPC constituyen un conjunto de datos grande, con 187 palabras identificadas citadas 3.895 veces a lo largo de más de 3.300 páginas. El *scraping* se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2022 y primero de 2023.

Anteriormente a la búsqueda, se preparó un catálogo de palabras claves, indicadores de la inclusión de las categorías sexo y género; previamente se testó en los manuales GRADE (*Grade of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation*) y Manual Metodológico de Elaboración de GPC en el SNS (2,18). Fruto de ese testeo se comprobó la importancia de las metodologías de elaboración de guías en la incorporación de evidencias de sexo/género en las GPC (18).

Los resultados del análisis presentan gran variabilidad de temáticas, enfoques y metodologías empleadas en las 21 GPC. El *scraping* identificó las palabras, el número de veces citadas en cada documento y las frases completas donde se citaban, mostrando el sentido y el contexto en que se mencionaban.

Tras revisar un conjunto de palabras más amplio, y detectar que no aparecían en ninguna GPC, las palabras usadas como motor del *scraping* fueron las siguientes (59): "sexo", "sexos", "género", "generos", "genero", "sexual", "sexuales", "homosexual", "homosexuales", "hombre", "hombres", "varón", "varon", "varones", "mujer", "mujeres",

“hembra”, “hembras”, “masculino”, “masculinos”, “femenino”, “femeninos”, “femeninas”, “femenina”, “madre”, “madres”, “padres”, “padres”, “embarazada”, “embarazadas”, “embarazo”, “embarazos”, “gestante”, “gestantes”, “intersexual”, “intersexuales”, “niño”, “niños”, “niña”, “niñas”, “niño/a”, “niños/as”, “hijo/a”, “hijo”, “hijos”, “hija”, “hijas”, “chicas”, “male”, “female”, “mother”, “parents”, “father”, “girl”, “child”, “children”, “boy”, “kid”, “kids”.

Sobre esas palabras, se decidió eliminar información repetitiva o que ocasionaba ruido (por ejemplo, si quienes escribieron el manual trabajan en el “Hospital Niño Jesús”, en esa ocasión, la palabra “niño” no arrojaba información significativa para el análisis). Así, se excluyeron esas palabras cuando aparecían en las notas a pie, bibliografía, eran nombres propios o bien la afiliación institucional del equipo de desarrolladores. En cambio, se incluyó toda la variabilidad morfológica aparecida en las 21 GPC (por ejemplo, embarazo, embarazada), las marcas de género y número (niña, niñas, niño, niños y niño/a), así como otras categorías no referidas a las mujeres exclusivamente (madre, pero también padre, padres, madres, etc.).

El análisis de datos se llevó a cabo de manera reiterativa, reflejando distintas etapas: 1) de familiarización con las GPC evaluando la oportunidad de utilizar esta herramienta de análisis; 2) sistematización mecánica y automática de la búsqueda (*scraping*), que a su vez conllevaron diversos ajustes de la herramienta y sucesivas búsquedas completas y sistemáticas bajo cada nueva palabra o parámetro identificado que afinaba el análisis o creaba ruido; 3) una vez completado la fase de

scraping sobre las 21 GPC, análisis de la información agregada, que permitió la clasificación de la información de manera cuantitativa (sistematizando el recuento) y de manera cualitativa (valorando la información que aportaba las palabras en su contexto).

La información resultante se dispuso en dos ficheros (2 hojas de datos, con 21 pestañas), donde quedó vertida la inclusión de las 59 palabras de las 21 GPCs: el primer fichero contiene las palabras, la frecuencia (número de veces que aparece en la GPC) y número de página/s donde aparece/n (así, por ejemplo, las tres columnas reflejan que en la GPC la palabra “género” aparece “3” veces, en las páginas “51, 67, 58”); el segundo, las palabras identificadas y la frase completa (por ejemplo, si “género” aparece 3 veces, las 3 primeras filas contiene las frases literales de las páginas 51, 67 y 58).

Sobre el análisis cuantitativo se procedió a contrastar las siguientes hipótesis:

1. Aquellas GPC con más número de palabras relacionadas con una PSG ofrecerán una frecuencia total de palabras PSG mayor.
2. Aquellas GPC elaboradas por un equipo de redacción con igual número de autores y autoras o mayoría de mujeres producirá documentos más sensibles a incluir PSG. Siendo PSG 1 el número de palabras y PSG 2 el número de frecuencias total de palabras.
3. Las GPC más recientes serán más proclives a presentar una PSG 1 y 2.

4. Aquellas GPC que utilizan metodología GRADE frente a otras metodologías presentarán una mayor atención a la PSG 1 y 2.

El análisis cualitativo valoró la utilización de esas palabras en su contexto (por ejemplo, se mencionó en una tabla mostrando el ratio de incidencia, mostraba un ejemplo o caso, se especificó cómo incide o varía en hombres y mujeres, se señaló que la evidencia muestra ruido en los resultados, indicaba un seguimiento de la norma sobre la utilización de lenguaje inclusivo, etc.); de esta manera se identificó qué casos añadían conocimiento relevante desde una PSG.

RESULTADOS

Se procedió al análisis de Chi-Cuadrado para comprobar las diversas hipótesis, encontrándose asociación estadística únicamente entre el número de palabras y la frecuencia ($P < 0,000$). No se encontró relación de dependencia entre el resto de categorías: el número de palabras y la autoría femenina o equilibrada de las GPC ($p = 0,671$), el número de palabras y la metodología utilizada ($p = 0,515$), el número de palabras y el año de publicación ($p = 0,203$), la frecuencia o apariciones totales de las palabras con la metodología utilizada ($p = 0,540$), con la autoría femenina o equilibrada ($0,583$), y respecto al año de publicación ($p = 0,202$).

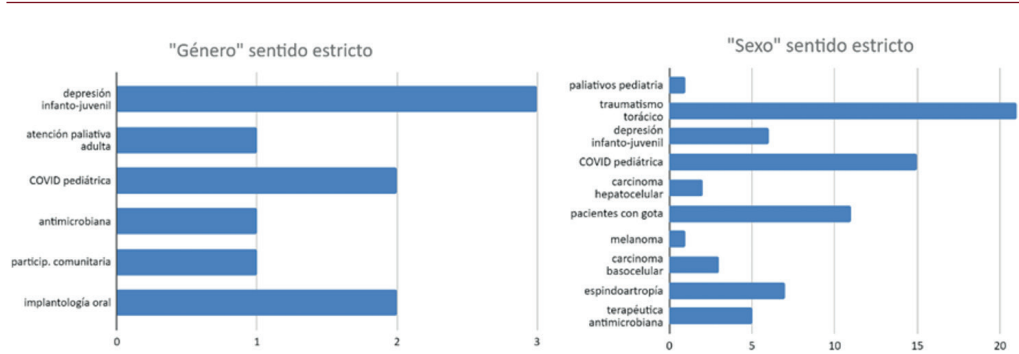
El análisis cualitativo del contexto y la literalidad de las frases permitió refinar los hallazgos (fase 2 indicada en la metodología). En primer lugar, en cuanto a la polisemia de las palabras: por ejemplo, "género" en la GPC 578 a veces se refiere al género del patógeno

y otras al rol de género de una persona y "sexo" se refiere en ocasiones a la práctica de "sexo anal". Dados distintos casos de polisemia en las GPC, se estableció una nueva categoría que señala la utilización de las palabras "sexo" y "género" en sentido estricto; es decir, cuando se refiere sin lugar a dudas al sexo de una persona o animal, y a los roles de hombres y mujeres como factores de incidencia o riesgo (respectivamente). La **FIGURA 1** muestra la utilización de esas dos palabras en sentido estricto: la palabra "género" en 6 GPC hasta un máximo de 3 veces (así, en la guía sobre depresión infantil y juvenil el género sólo se mencionó en tres ocasiones) y "sexo" en 10 GPC. Esto apunta a que las personas que elaboraron las GPC pudieran tener en cuenta, al menos, en ciertos casos, la incorporación de esta perspectiva.

En segundo lugar, el análisis cualitativo también permitió identificar ejemplos de buenas prácticas relacionadas con la PSG en las guías. La inclusión de la PSG no mostró relación con la temática. Un ejemplo es la guía para pacientes con gota: "*En la búsqueda de los estudios publicados aparecía el papel o rol que juega el ideal de masculinidad y cómo algunos hombres muestran su rechazo para acudir al médico, por 'vergüenza'*" (19) (p. 114). Este ejemplo ilustra cómo algunas guías abordan la perspectiva de género de manera específica y contextualizada.

Se encontró que aquellas GPC que planteaban preguntas de investigación pertinentes incluían PSG. Un ejemplo es la GPC de espondiloartritis axial: "*En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuáles son los factores pronósticos de respuesta al tratamiento biológico?*" (19), estableciendo una posible

Figura 1
Distribución de las palabras sexo y género en sentido estricto.



Fuente: elaboración propia.

relación con el sexo: “[d]iversos estudios apuntan a que los individuos de sexo masculino presentarían una mejor respuesta terapéutica. Por el contrario, el sexo femenino y una mayor discapacidad al inicio del tratamiento (BASFI inicial elevado) se asociarían a menor respuesta terapéutica” (20) (p. 44).

De las 10 GPC donde se encontró evidencia de PSG, 2 excluían a los hombres (cáncer de mama y anticoncepción hormonal e intrauterina), 1 incluía ejemplos de sexo y género e interseccionalidad (pacientes con gota), 3 incluían evidencias de sexo y/o género (espondiloartropía, terapéutica antimicrobiana y COVID-19 en pediatría), 3 usaban lenguaje inclusivo (cuidados paliativos pediátricos, depresión infanto-juvenil y hemocultivo) y 1 mostró interseccionalidad sin enfoque de sexo/género (en realidad, se trata de una guía de participación comunitaria). Si la interseccionalidad de sexo/género en salud (8) se refiere, por ejemplo, a la cronicidad

de una mujer de edad avanzada que padece gota, etc. (donde se incluyen las variables edad, sexo y estado de salud que, de manera solapada, van creando situaciones de vulnerabilidad para esa persona), cuando se afirma que la guía incluye información sobre interseccionalidad sin consideración de las variables sexo/género, nos referimos a que se incorporan distintas características de salud de la población que se solapaban entre sí creando una mayor desigualdad, pero entre esos factores no se cuenta el hecho de ser hombre o mujer. Por ejemplo, se refiere la salud de la población migrante desempleada y sin hogar (donde los factores de interseccionalidad tenidos en cuenta son estatus migrante, ocupación desempleada de la persona, carencia de habitabilidad, pero desconociendo el sexo/género).

La información resumida del conjunto de las 21 GPC se encuentra en la **TABLA 1.**

Tabla 1
 Resumen de información relacionada con las 21 GPC de GuíaSalud.

| | GPC | Nº palabras | Nº total | Autoría | Inclusión PSG |
|-----|--------------------------------|--------------------|-----------------|----------------|----------------------|
| 585 | Anticoncepción | 14 | 727 | A/O | |
| 611 | Cáncer mama | 9 | 351 | ? | |
| 605 | Pacientes con gota | 11 | 68 | O/A | |
| 577 | Espondiloartropía | 17 | 64 | A/O | |
| 578 | Terapéutica antimicrobiana | 30 | 960 | A | |
| 614 | COVID pediátrico | 22 | 470 | A/O | |
| 618 | Cuidado paliativo pediátrico | 24 | 641 | A | |
| 575 | Depresión infanto-juvenil | 20 | 500 | A/O | |
| 601 | Hemocultivo | 8 | 43 | A/O | |
| 579 | Participación comunitaria | 3 | 5 | A | |
| 612 | Atención paliativa adulta | 7 | 11 | A/O | |
| 604 | Traumatismo torácico | 5 | 30 | A/O | |
| 617 | Farmacología de la EPOC | 0 | 0 | 0 | |
| 609 | Carcinoma hepatocelular | 5 | 8 | O/A | |
| 608 | Periodontitis | 1 | 1 | O/A | |
| 606 | Vía subcutánea | 1 | 1 | A | |
| 613 | Antibiótico implantología oral | 5 | 8 | O/A | |
| 600 | Melanoma | 1 | 1 | ? | |
| 586 | Carcinoma basocelular | 3 | 5 | O/A | |
| 584 | Carcinoma Merkel | 0 | 0 | A | |
| 582 | Artritis reumatoide | 1 | 1 | ? | |

Fuente: elaboración propia. **Nota:** Las filas iluminadas en amarillo muestran las GPC que siguen una metodología GRADE; se iluminan en azul aquellas redactadas con un equipo equilibrado o mayoría de autoras. Los tonos de verde y sepia de la última columna representan hallazgos de inclusión de PSG; además, el número de palabras claves identificadas y la frecuencia total en cada GPC.

DISCUSIÓN

El análisis cuantitativo y cualitativo de las 21 GPC permite comprobar la incorporación de una PSG que muestra distintos enfoques. La mitad de las GPC no presentan ninguna, es decir, se ignora qué conocimiento se tiene sobre las categorías sexo y género en los temas de salud abordados. Por lo que se confirma el reclamo de diversas autoras sobre la necesidad de atender en mayor medida a la brecha del conocimiento en torno a la salud (9,12,13).

A pesar de ello, se identifican buenas prácticas, dispersas en el sentido de falta de sistematicidad y cumplimiento en todos los casos, que reflejan un incremento de la atención desde diversos ámbitos de la práctica clínica.

Las temáticas aparecen como relevantes solo en algunos casos. Si bien es cierto que ciertas dolencias hiperdimensionan la mención a las mujeres, como el cáncer de mama, otros temas demuestran *miopía* (21), como el caso de la atención paliativa, donde se ignora las diferencias entre hombres y mujeres al referirse a masculino universal de manera generalizada (22). Precisamente, por ser menos habitual la menor incidencia de diagnósticos masculinos de cáncer de mama o casos femeninos de úlceras pépticas, podrían motivar mayor interés profesional en la búsqueda de evidencias y recomendaciones extraídas de las GPC.

Otra evidencia muestra el esfuerzo creciente por escribir con lenguaje inclusivo. Pero es necesario puntualizar que la utilización de lenguaje inclusivo no es lo mismo que considerar e incluir una PSG en la elaboración de la

guía. Más aún, puede dar lugar a confusiones porque se sistematiza el lenguaje inclusivo cuando no se sabe con certeza si la incidencia es la misma para hombres y mujeres, o si difieren y las evidencias muestran variaciones relevantes (22).

Si bien la ausencia de la PSG no cuestiona la calidad de la evidencia registrada en una GPC, denota una información incompleta de la que pueden derivarse impactos negativos en la salud de las personas. La inclusión de las variables sexo y género en la práctica clínica supone el reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres, que abarcan tanto aspectos fisiológicos y epidemiológicos como sociales y culturales (5,12). Incluir una perspectiva interseccional añade, además, mejores estrategias de Salud Pública orientadas a las necesidades particulares de poblaciones con distintos factores de riesgo (8,14). En definitiva, insistir en la relevancia y oportunidad de que las GPC trasladen información validada, así como aquellas lagunas (es decir, la falta de evidencias que sin embargo sería deseable constatar), en función del sexo y género de la población, incluyendo la interseccionalidad.

En conclusión, la incorporación con la PSG se relaciona con la inclusión de una pregunta de investigación que conlleva la atención a las variaciones relacionadas con la población y la visibilización de variaciones relevantes que inciden en la salud y cuidados de la población relativas al sexo y al género. Por esta razón, se propone formar y entrenar a las personas que elaborarán las GPC con un enfoque sensible a las dimensiones sexo, género e *interseccionalidad*. La confusión debido a la escasa formación y la máxima exposi-

ción en relación al debate sobre sexo, género, identidad de género, etc. puede obstaculizar la decisión de afrontar preguntas de investigación apropiadas. Se recomienda que se incluya en las metodologías para la elaboración de guías la inclusión de preguntas de investigación relevantes para hacer emerger evidencias relacionadas con el sexo, género e interseccionalidad de la población. Por último, la inclusión de la PSG debería ser considerada un criterio de evaluación de las GPC en cuanto que forma parte de la garantía de calidad de atención de la salud.

Estos resultados se encuadran al ámbito español, lo cual representa la información del momento, considerado completo, pero, como cualquier estudio de casos, puede considerarse una limitación del estudio pues están adscritos a un contexto sociotemporal que lo explica y dificulta su generalización (23). Otra limitación del estudio se relaciona con la falta de significación de las hipótesis, pues 21 GPC es un número estadísticamente reducido, lo que puede afectar a la dificultad de haber encontrado asociaciones entre las variables. Es por eso que hemos emprendido otro estudio con diseño similar en una plataforma internacional con un mayor número de GPC y en inglés. Finalmente, también puede haber una limitación en relación a las palabras elegidas; en los últimos años (17,24), distintos estudios han propuesto reflexiones sobre qué significa el género en el ámbito de la salud clínica. En cierto modo, hay una discusión política que se solapa con la justificación científica o tecnológica difícil de distinguir. En este estudio de casos se propone, porque se encontraron evidencias en las GPC, "sexo" e "intersex", pero no "gender diverse", u otras categorías similares (17). ©

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ.1996; vol 312: 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
2. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanales/elaboracion_2/?capitulo
3. Timmermans S. *Evidence-Based medicine. Sociological explorations*. En: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, Timmermans S, editores. *Handbook of Medical Sociology*, 2010. Vanderbilt Press; c2010. p. 309-323.
4. Turner T, Misso M, Harris C, Green S. *Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches*. Implement Sci.2008; Oct 27; 3:45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-45>
5. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization. 2010. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28559672/>
6. Stankiewicz A, Herel M, DesMeules M. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: A Snapshot of Canadian Actions 2015*. Health Promotion & Chronic Disease Prevention in Canada, 35(7). 2015. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.7.03>
7. Crenshaw K. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*. Stanford Law Review. 1991;43(6),1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
8. Bauer GR. *Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity*. Soc Sci Med. 2014 Jun;110:10-7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
9. Werbinski JL. *Knowledge resources in sex and gender health*. En: Jenkins MR y Newman CB (eds). *How sex and gender impact clinical practice. An evidence-based guide to patient care*. Cambridge, MA, USA: Academic Press, 2021,pp. 325-331.

10. EOI (Eukal Osasun Ikerjuntza). *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación e innovación sanitaria 2024*; <https://www.bioaraba.org/wp-content/uploads/2024/05/GUIA-INCORPORACION-DE-LA-PERSPECTIVA-DE-GENERO-EN-LA-INVESTIGACION-E-INNOVACION-SANITARIA.pdf> [08/05/2025].

11. UN Human Rights. Office of the High Commissioner. *Integrating a Gender Perspective into Human Rights Investigations. Guidance and Practice*. 2018. *Integrating Gender Perspective_SP.pdf* [08/05/2025].

12. Krieger N. *Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?* *Int J Epidemiol*.2003;32:652-657. <https://doi.org/10.1093/ije/dy156>

13. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García Calvente MM, Miqueo C, Montero I, Ortiz R, Ruiz E, Ronda I, Valls C. *A framework to analyse gender bias in epidemiological research*. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(suppl II):ii46-ii53. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>

14. Moerman CJ, Deurenberg R, Haafkens JA. *Locating sex-specific evidence on clinical questions in MEDLINE: a search filter for use on OvidSP™*. *BMC Med Res Methodol*.2009;9:25. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-25>

15. Keuken D, Bindels P, Klazinga N, Haafkens J. *A systematic approach for uptake of evidence on sex-specific issues in guidelines-a pilot study*. *J Eval Clin Pract*. 2012; Apr;18(2):369-377. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01591.x>

16. Gogovor A, Zomahoun H, Tachala V, Ekanmian G *et al.* *Sex and gender considerations in reporting guidelines for health research: a systematic review*. *Biol Sex Differ*.2021;12,62. <https://doi.org/10.1186/s13293-021-00404-0>

17. Naghipour A, Gemander M, Becher E *et al.* *Consideration of sex and gender in European clinical practice guidelines in internal*

medicine: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2023;13:e071388. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071388>

18. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, editores. *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations*. Updated October 2013.

19. SER (Sociedad Española de Reumatología - Spanish Society of Rheumatology). *Guía de Práctica Clínica. Manejo de Pacientes con Gota*. 2020; https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/03/gpc_605_gota_ser_compl.pdf [16/07/2023].

20. SER (Sociedad Española de Reumatología - Spanish Society of Rheumatology). *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica*. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_577_ESPOGUIA-actualizaci%DO%B2n-2017_compl.pdf [16/07/2023].

21. Valls-Llobet C. *La salud bio-psico-social re-generada*. Cuadernos de psicología. *Int J Psych*.2010;12,2: 175-181. <https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/215015>

22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. *Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días*. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2021. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

23. Nissen T, Rolf W. *The clinical case report: a review of its merits and limitations*. 2014; *BMC Res Notes* Apr 23;7:264. doi: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-264>

24. Hamberg K. *Gender Bias in Medicine*. *Women's Health*. 2008; 4(3):237-243. doi: <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>