

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA TRABAJO

FIN DE GRADO EN MEDICINA



**Título del Trabajo fin de Grado:**

ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ÚLTIMAS 10 GUÍAS EUROPEAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

**AUTORA:** María Ruiz Pastor

**TUTORA:** Elisa Chilet Rosell

**COTUTOR:** Ildfonso Hernández Aguado

**Departamento:** Salud Pública

Curso Académico 2023/2024

Convocatoria de Junio

## ÍNDICE

### 1. Introducción y Objetivos

#### 1.1. Introducción

#### 1.2. Objetivos

### 2. Material y métodos

### 3. Resultados

### 4. Discusión

### 5. Conclusiones

### 6. Bibliografía

### 7. Anexo



## RESUMEN

Las desigualdades surgidas en condición al género en la atención sanitaria son conocidas desde hace más de tres décadas, si bien la inclusión de sensibilidad en este campo está lejos de haberse alcanzado. Esto se traduce en retrasos diagnósticos, una reducción de la atención sanitaria e incluso un menor acceso a procedimientos invasivos en el caso de las mujeres. Respecto a la patología cardiovascular, ha aumentado notablemente el conocimiento acerca de las diferencias en la aparición y manejo de diversas condiciones entre sexos, si bien no encontramos en la literatura una evaluación extensa sobre las recomendaciones dirigidas a disminuir estas desigualdades. Para incorporar la perspectiva de equidad, es necesario mejorar el conocimiento acerca de los fenómenos estructurales que determinan las desigualdades y la inequidad. Entre ellos, un aspecto concreto de gran impacto en la acción clínica, son las guías de práctica clínica. Es por ello que, mediante la utilización de un instrumento basado en la propuesta de Rico et. al de 2013, este estudio tiene como principal objetivo analizar la perspectiva de género de las 10 últimas guías europeas de práctica clínica de patología cardiovascular publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Se ha realizado una base de datos con los resultados de aplicar esta encuesta clasificando en función de la sensibilidad al género cada uno de los ítems considerados en las guías clínicas. El análisis de las guías consideradas evidenció una perspectiva de género insuficiente en términos generales; obteniendo 8 de las 10 guías analizadas un porcentaje global de sensibilidad al género <50%. Sin embargo, la Guía de Práctica Clínica de prevención de enfermedades cardiovasculares, cumplió el 82% de los ítems de la perspectiva de género. El apartado de las guías que mayor consideración tiene respecto al género es la formulación de recomendaciones, si bien es cierto que se detectan sesgos de presunción de homogeneidad en la elaboración de preguntas clínicas, así como universalización de resultados como consecuencia de una sub-representación de la mujer evidente en la mayor proporción de estudios de referencia. Se concluye que es necesario ampliar la consideración de género tanto en investigación como en la inclusión de los resultados a la práctica clínica mediante la elaboración de Guías de Práctica Clínica con un enfoque basado en la equidad, medidas que trasciendan la individualidad y vayan destinadas a disminuir las desigualdades a nivel colectivo y estrategias que permitan evaluar el posterior impacto de estas guías.

**Palabras clave:** diferencias de género, diferencias de sexo, guías de práctica clínica, equidad, patología cardiovascular.

## ABSTRACT

Gender inequalities in health care have been known for more than three decades, although the inclusion of sensitivity in this field is far from being achieved. In clinical practice, this translates into prehospital delays, a reduction in health care and even less access to invasive procedures in the case of women. As far as cardiovascular pathology is concerned, knowledge about the differences in the appearance and management of various conditions between sexes has increased notably, although it is not exposed in the literature an extensive evaluation of the recommendations aimed at reducing these inequalities. In order to incorporate a perspective based in equity, it is necessary to improve knowledge about the structural features that determine inequalities and inequity. Among these, a specific aspect of great impact on clinical action is the clinical practice guidelines. For this reason, using a survey instrument based in Rico's et. al suggestion from 2013, the main objective of this study was to analyze the gender perspective of the 10 most recent European clinical practice guidelines on cardiovascular pathology published by the European Society of Cardiology (ESC). The results of this survey were classified according to the gender sensitivity of each of the items considered in the database, which shows that the gender perspective is insufficient in general terms, with 8 of the 10 guidelines analyzed having an overall percentage of gender sensitivity <50%. However, these results are far from the case of the Clinical Practice Guideline on the prevention of cardiovascular diseases, which has shown a gender perspective that complies with 82% of the items considered. On the other hand, the study reveals that the section of the guidelines in which most consideration is given to gender is the formulation of recommendations, although it is true that biases are detected in the presumption of homogeneity in the formulation of clinical questions, as well as universalization of results as a consequence of an evident underrepresentation of women in the greater proportion of reference clinical trials. Therefore, there is a need to broaden the consideration of gender both in research and in the inclusion of the results in clinical practice by means such as the development of Clinical Practice Guidelines with an equity-based approach, measures that transcend individuality and are aimed at reducing inequalities at the collective level, and strategies that allow the subsequent impact of these guidelines to be evaluated.

**Key words:** gender differences, sex differences, clinical practice guidelines, equity, cardiovascular pathology.

# 1. Introducción y Objetivos

## 1.1. Introducción

En todas las sociedades establecidas a lo largo de la historia del desarrollo humano, las relaciones entre personas han sido condicionadas por diferentes tipos de circunstancias biológicas y sociales como el sexo, la identidad de género, la edad, la etnia, el estatus social, el lugar de origen, el contexto cultural, religioso, etc. Cuando se construyen relaciones jerárquicas en base a estas características, se da lugar a diferentes fenómenos señalados como "ismos": sexismo, racismo, clasismo, etc. que conducen a violaciones de los derechos humanos y, por tanto, a desigualdades tanto sociales como en materia de salud por situaciones de inequidad.

Cuando nos referimos a estas desigualdades en condición al género en la atención sanitaria, estamos hablando de sesgos de género. Este concepto nació dentro de la atención sanitaria en el año 1991, refiriéndose a aquellas situaciones en las cuales se realiza un mayor esfuerzo diagnóstico y/o terapéutico en un sexo con respecto al otro ante una igual necesidad sanitaria en hombres y mujeres, lo cual contribuye a la generación de nuevas desigualdades; o bien a perpetuarlas en el tiempo. (1) La identificación de estas es una de las estrategias primordiales para la incorporación de perspectiva y análisis de género tanto en atención sanitaria, como en la educación médica e investigación.

Asimismo, resulta crucial distinguir entre "sexo" y "género", ya que suelen confundirse en la literatura científica. El sexo se refiere a las características biológicas del individuo, determinadas por configuraciones cromosómicas y procesos fisiológicos. A pesar de ser fundamental en la fisiología humana, el sexo suele ser pasado por alto como variable en ensayos clínicos, lo que impacta la atención médica personalizada. Por otro lado, el género, dimensión influenciada por la construcción sociocultural y política, determinando las relaciones entre personas y su acceso a recursos sanitarios según una jerarquía social. Identificar las interacciones entre sexo y género es esencial ya que afectan la expresión de estados de salud y enfermedad, y es necesario diferenciarlos pues pueden justificar sesgos de género en la atención sanitaria. (1)

En lo que se refiere a la patología cardiovascular, la asunción del hombre como prototipo al considerar este tipo de patología como enfermedades masculinas, ha llevado a la carencia de investigación clínica y epidemiológica con perspectiva de género a nivel histórico. Durante los últimos 10 años, ha aumentado el conocimiento acerca de las diferencias en presentación y manejo entre sexos, si bien se siguen generando sesgos en el diagnóstico y tratamiento en el proceso asistencial (2). Todo esto tras confirmarse la existencia de diferencias biológicas significativas entre sexos. Desde una perspectiva amplia, muchas comorbilidades médicas, incluidos los trastornos endocrinos como el hipotiroidismo y la diabetes, y los trastornos psiquiátricos como la depresión, manifiestan diferencias por sexo que pueden condicionar una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, y están asociados con un aumento del riesgo cardiovascular. (3) Además, en una escala de riesgo

relativo, las comorbilidades, en general, confieren un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en las mujeres que en los hombres (4)

La falta de sospecha de enfermedades cardíacas en pacientes femeninas también ha llevado a una falta de conciencia acerca de estas enfermedades entre las propias mujeres, e incluso entre el personal sanitario, lo que ha resultado en desigualdades de género en el acceso a la asistencia; incluyendo retrasos prehospitales prolongados o directamente una reducción de la atención sanitaria en estas pacientes. Se ha visto, además, que a las mujeres con enfermedades de tipo cardíaco se les realiza menor cantidad de procedimientos diagnósticos invasivos y terapéuticos incluso tras ajustar por otros factores de confusión como por ejemplo la edad. A este fenómeno de infra tratamiento de las pacientes con enfermedad cardiovascular se le denomina "Síndrome de Yentl" (5), si bien es cierto que, en los últimos años, afortunadamente, se han reducido las diferencias de género con relación al cateterismo cardíaco e intervenciones percutáneas coronarias. (1)

El ejemplo que podríamos considerar más representativo dentro del bloque de cardiología podría ser el síndrome coronario agudo (SCA). Pese a haberse estudiado y, por tanto, haber obtenido una mayor comprensión de las diferencias específicas de fisiopatología, presentación clínica, factores de riesgo, pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas del SCA en cada sexo, se siguen observando peores resultados derivados de la asistencia sanitaria en las mujeres que en los hombres. (6) Esta disparidad nos podría hacer pensar o bien que los conocimientos actuales son insuficientes acerca de las diferencias de sexo, o bien que existe una necesidad de eliminar el sesgo de género subconsciente en los patrones de derivación y mejorar la aplicación de la investigación existente y la información que esta nos aporta en la práctica clínica.

Para incorporar la perspectiva de equidad, en este caso en cuestión de género, es necesario mejorar el conocimiento acerca de los fenómenos estructurales que determinan las desigualdades y la inequidad. Entre ellos, un aspecto concreto de gran impacto en la acción clínica, son las guías de práctica clínica (GPC) (7) Estas guías son instrumentos que pretenden ayudar a mejorar la asistencia y atención sanitaria, basándose en las mejores evidencias científicas disponibles de forma actualizada. Independientemente de la posible interferencia de otros intereses y agendas ajenos, (8). es preciso inquirir acerca de la incorporación de la perspectiva de género en estos documentos para, en su caso, proponer modificaciones que las hagan más útiles para aplicar el criterio de equidad en clínica y así hacerlas también más efectivas.

## 1.2. Objetivos

Ante esta situación, se plantea este estudio con el fin de valorar la aplicación de los conocimientos existentes acerca de sesgos de género en patología cardiovascular, según las investigaciones actuales en la práctica clínica, mediante el análisis de perspectiva de género en las Guías de Práctica Clínica de referencia para los profesionales de la salud (GPC de la European Society of Cardiology (ESC)).

Objetivos secundarios:

- Determinar si existe una falta de recomendaciones para la práctica clínica que incluya perspectiva de género en patología cardiovascular.
- Valorar la perspectiva de equidad de estas GPC también con respecto a otros factores, posibles fuentes de desigualdades como la edad, etnia, religión, factores socioeconómicos, etc.
- Describir los tipos de sesgos específicos que se cometen en la elaboración de las GPC como la universalización de resultados y/o recomendaciones y la sub-representación de grupos minoritarios.
- Conocer si en la elaboración de las GPC europeas de cardiología se considera el posterior impacto de estas sobre hombres y mujeres.



## 2. Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo para el análisis de la perspectiva de género en las guías europeas de práctica clínica de patología cardiovascular más actuales.

Para la selección de las GPC a analizar se escogió el bloque de patología cardiovascular por ser uno de los más estudiados en lo que a perspectiva de género se refiere debido a su clara dicotomía sexual; habiendo suficiente evidencia científica de frecuentes presentaciones atípicas en la mujer, así como retrasos diagnósticos, menores tasas de acceso a procedimientos o técnicas invasivas, como se ha descrito anteriormente. Es por ello, que resulta un buen ejemplo para valorar si las diferencias por sexo y las cuestiones de género se valoran e incluyen en las principales recomendaciones para la práctica clínica de los profesionales de la salud o bien si están sujetas a sesgos de género pese a conocerse situaciones de desigualdad. Dado que se trata de un análisis de la realidad actual, hemos escogido las últimas 10 GPC publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología, como principal asociación científica en esta especialidad a nivel europeo (9).

Todo esto considerando o asumiendo que, dado que la investigación e inclusión de la perspectiva de género es algo todavía en proceso y que requiere de mayor desarrollo, las GPC previas tendrán una igual o menor consideración de género. Es necesario matizar, por otro lado, que en el caso de la GPC “Actualización enfocada de 2023 de las Directrices del CES 2021 para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica” tuvimos que valorarla de forma conjunta con la GPC base de 2021, dado que se trataba únicamente de una actualización de la misma. Se incluyeron en el estudio, por tanto, 10 GPC publicadas entre los años 2023 al 2021 y que hemos numerado para facilitar su análisis en este estudio.

**Tabla 1.** Listado y numeración utilizada para el análisis y la posterior mención de las diferentes GPC incluidas en el estudio.

Numeración	GPC
1	Endocarditis 2023
2	Síndromes coronarios agudos (ACS) 2023
3	CVD y diabetes 2023
4	Cardiomiopatías 2023
5	Update HF 2023 + 2021
6	Cardio-oncología 2022
7	Arritmias ventriculares y MS 2022
8	Cirugía no cardíaca 2022
9	Hipertensión pulmonar 2022
10	Prevención ECV 2021

GPC: Guía de Práctica Clínica, ACS: Acute Coronary Syndrom, CVD: Cardiovascular Disease, HF: heart failure, MS: Muerte Súbita, ECV: Enfermedad Cardiovascular.

Para obtener la información en cuanto al análisis de género, generamos un instrumento consistente en una encuesta basada en la propuesta del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (7), que se creó con la finalidad de estudiar la inequidad de género y sus consecuencias tanto en investigación como en su aplicación en la elaboración de GPC y, por tanto, de su calidad y validez. A su vez, este instrumento fue elaborado en base al marco conceptual BIAS FREE Framework propuesto por Margrit Eischler y Mary Anne Burke (10); organizándose en diferentes bloques de preguntas correspondientes a las fases de elaboración de una guía de práctica clínica, que pretenden la identificación de sesgos de género en cada una de ellas; tal y como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Lista de los apartados del instrumento junto con el número de ítems que presenta cada uno de ellos

Bloque	Número de ítems
Pregunta rectora	1
Priorización	1
Elaboración: alcance, objetivo y preguntas clínicas	9
Búsqueda, selección y síntesis de evidencia	1
Formulación de recomendaciones	4
Implementación y evaluación de impacto	1
Redacción de la GPC	1
Subapartados específicos	1

Cabe destacar que se añadió una última pregunta, correspondiente al último apartado, sobre si la perspectiva de género se trataba en las guías como condición especial; pudiendo considerar esto último una forma de sub-representación al tratar a la mujer como grupo minoritario excepcional. Esta pregunta vino motivada por la observación de que, con frecuencia, en las últimas guías europeas publicadas en el ámbito de la patología cardiovascular se trataba la perspectiva de género en apartados específicos al final de las mismas. El instrumento completo de este estudio queda disponible en el [Anexo 1](#).

El análisis de la perspectiva de género en las diferentes GPC mediante el uso de nuestro instrumento; se inició contestando sí, no o no aplicable a cada una de las preguntas. Para responder a alguna de las preguntas (3.4, 3.5 y 3.6) fue necesario tener una serie de consideraciones respecto a las diferencias biológicas, sociales y culturales entre los hombres y mujeres en cada una de las situaciones clínicas; por lo que se utilizó la ecuación de búsqueda: ((*sex differences*) OR (*gender differences*)) AND (*patología en cuestión*). Por ejemplo: (("sex differences"[All Fields]) OR ("gender differences"[All Fields])) AND ("heart failure"[All Fields]); utilizando Pubmed como principal base de datos.

Estos resultados fueron recogidos por medio de una base de datos, en la que se clasificaron las respuestas según su sensibilidad al género para cada ítem, tal y como se detalla en el Anexo 1. Posteriormente, se crearon tablas de resultados específicas tanto por GPC como por bloque de preguntas. En la tabla según la GPC, se evaluó el nivel de sensibilidad al género en cada bloque en función de cuántas preguntas del instrumento se consideraron sensibles, expresadas como una proporción y un

porcentaje del total de preguntas; excluyendo las preguntas no aplicables en todas las GPC (1 y 4.1). Por otro lado, en la tabla según el bloque del proceso estudiado de la guía, se registró el número de GPC sensibles a cada pregunta del cuestionario, con una proporción y un porcentaje correspondiente al total de guías. También se realizó esta evaluación para cada bloque como conjunto, incluyendo el número de referencia de la guía sensible a cada pregunta.



### 3. Resultados

#### 3.1. Según GPC.

La GPC de endocarditis obtuvo un puntaje total de sensibilidad al género del 29%, con una mayor sensibilidad a las cuestiones de género en la priorización de la guía, pero con bajas tasas de consideración en el resto de ámbitos de la GPC (tabla 3).

**Tabla 3.** Frecuencia de cumplimiento de los ítems que miden la sensibilidad de género según los bloques del instrumento utilizado para su análisis de las 10 últimas GPC de cardiología elaboradas por la Sociedad Europea de Cardiología

	Priorización (1 ítem) n (%)	Elaboración (9 ítems) n (%)	Recomendaciones (4 ítems) n (%)	Evaluación del impacto (1 ítem) n (%)	Redacción (1 ítem) n (%)	Subapartados específicos (1 ítem) n (%)	TOTAL (17 ítems)
Endocarditis 2023	1 (100)	3 (33)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (29%)
ACS 2023	1 (100)	6 (66)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (47%)
CVD y DM 2023	0 (0)	3 (33)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (29%)
Cardiomiopatías 2023	0 (0)	4 (44)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (35%)
Update HF 2023 + 2021	0 (0)	3 (33)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	6 (35%)
Cardio-oncología 2022	0 (0)	3 (33)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	6 (35%)
TV y MS 2022	0 (0)	3 (33)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	5 (29%)
Qx no cardíaca 2022	0 (0)	4 (44)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (29%)
HTP 2022	0 (0)	4 (44)	3 (75)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	8 (47%)
Prevención ECV 2021	1 (100)	8 (88)	4 (100)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	14 (82%)

Por otro lado, la GPC para Síndromes Coronarios Agudos (ACS) mostró un puntaje del 47% en sensibilidad de género según las preguntas de nuestro instrumento. Destacó una mayor conciencia de género en la priorización y la elaboración de la guía, pero su implicación en la formulación de recomendaciones fue muy baja. La GPC del manejo de ECV en pacientes con diabetes presentó un puntaje del 29% en sensibilidad de género, siendo el apartado de exposición de recomendaciones donde más se consideraron las posibles diferencias entre hombres y mujeres.

Además, tanto la GPC sobre Miocardiopatías como la actualización y GPC sobre Insuficiencia Cardíaca (Update HF) y las Directrices de la ESC sobre cardio-oncología mostraron una sensibilidad del 35%, con una distribución similar en la que destaca una mayor sensibilidad en la formulación de recomendaciones, además de en el bloque de subapartados en el caso de las dos últimas.

Las GPC de arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardíaca, y la de Cirugía no cardíaca: Evaluación y manejo cardiovascular, presentaron una baja sensibilidad de género del 29%, con predominio de la sensibilidad en la elaboración de la guía. Por otro lado, la GPC de hipertensión pulmonar mostró un 47% de sensibilidad de género, destacando en la formulación de recomendaciones y sin considerar a la mujer como una situación excepcional. Finalmente, la GPC de prevención de enfermedades cardiovasculares de 2021 mostró una perspectiva de género muy superior, con un 82% de sensibilidad en las preguntas del análisis, destacando en la priorización, la elaboración de la guía, la formulación de recomendaciones y la redacción de esta.

### 3.1. Según bloque del instrumento:

El análisis de la sensibilidad en cada uno de los bloques de preguntas del instrumento mostró que dos de ellas no fueron aplicables en la totalidad de las guías de práctica clínica, por lo que no fueron incluidas en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Frecuencia de cumplimiento de los Ítems que miden la sensibilidad de género de las 10 últimas GPC de cardiología elaboradas por la Sociedad Europea de Cardiología según el instrumento utilizado para su análisis.

	Porcentajes	GPC sensibles
<b>Priorización:</b> ¿Se han tenido en cuenta los problemas de salud identificados como importantes por las mujeres?	3/10 (30%)	1, 2, 10
<b>Elaboración</b>	41/90 (45%)	
Preg. 3.1: ¿Participan mujeres en el en el proceso de elaboración de la GPC?	10/10	1-10
Preg. 3.2: ¿Se tienen en cuenta, además de la información biomédica, otro tipo de enfoques que permiten analizar aspectos relacionados con el género que afectan a la salud y la enfermedad?	2/10	2, 10
Preg. 3.3: ¿Se aborda como enfermedad una condición que es natural en las mujeres?	10/10	1-10
Preg. 3.4: En caso de existir diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres que afecten a la condición clínica, ¿se han tenido en cuenta en la elaboración de las preguntas clínicas?	2/10	4, 10
Preg. 3.5: En caso de existir diferencias biológicas que influyan en la condición clínica objeto de la GPC, ¿se han tenido en cuenta a la hora de establecer las preguntas clínicas?	1/10	10
Preg. 3.6: En caso de existir diferencias biológicas, ¿se han exagerado estas diferencias?	10/10	1-10
Preg. 3.7: Cuando se valoran las variables de resultado, ¿Se ha considerado que su importancia puede ser diferente para hombres y mujeres?	1/10	2
Preg. 3.8: En caso de que existan subgrupos en los que la condición clínica se presente de un modo diferente debido a otros factores, ¿Se trata al grupo dominante y no dominante como si fuesen homogéneos?	4/10	2, 8, 9, 10
Preg. 3.9: ¿Los grupos no dominantes ¿Están sub-representados o excluidos?	1/10	10
<b>Formulación recomendaciones</b>	19/40 (47%)	
Preg. 5.1: En caso de haber una razón convincente para valorar el balance Riesgo-Beneficio de forma diferenciada para hombres y mujeres, ¿Se ha realizado?	4/10	3, 4, 9, 10
Preg. 5.2: ¿Se establecen recomendaciones dirigidas a las mujeres a partir de estudios en los que no han sido incluidas o en los que están subrepresentadas, sin valorar su aplicabilidad?	4/10	5, 6, 9, 10
Preg. 5.3: Cuando se establecen recomendaciones ¿Se trata a los hombres y mujeres como grupos homogéneos, sin tener en cuenta otros factores?	10/10	1-10
Preg. 5.4: ¿Se incluyen recomendaciones que trascienden el ámbito individual y que están dirigidas a producir cambios que disminuyan las desigualdades de género?	1/10	10
<b>Evaluación del impacto:</b> ¿Se planifica evaluar el impacto de la GPC en hombres y mujeres?	0/10 (0%)	
<b>Redacción:</b> En la redacción de la GPC ¿se hace un uso no sexista del lenguaje?	1/10 (10%)	10
<b>Subapartados específicos:</b> ¿Hay un apartado específico para tratar la perspectiva de género y/o presentación o recomendaciones específicas en la mujer?	4/10 (40%)	5, 6, 7, 9

En cuanto al análisis de las consideraciones de priorización en la elaboración de preguntas clínicas de las guías incluidas, solo tres de ellas evidenciaron tener en cuenta problemas identificados como importantes por las mujeres. Un ejemplo es la GPC sobre prevención en Enfermedades Cardiovasculares, que mencionaba explícitamente la influencia del género en la experiencia y el acceso a la atención sanitaria, incorporando así las preocupaciones específicas de salud relacionadas con el género en sus directrices. Además, con respecto a la elaboración de las guías, el análisis global reveló que la sensibilidad de género apenas alcanzó el 45% del máximo posible, mostrando una gran variabilidad en el cumplimiento de las diferentes preguntas planteadas según nuestro instrumento.

Si bien en los procesos de elaboración de todas las guías han participado mujeres, se observó que solo en dos de ellas se consideraron enfoques adicionales, como el social y antropológico, además de la información biomédica. Estas guías fueron la GPC de ACS, que tuvo en cuenta factores socioeconómicos, y la GPC de prevención de ECV, que destacó la importancia de considerar la modificación del estilo de vida, los factores psicosociales y los determinantes sociales de la salud. Por otro lado, se detectó que ninguna de las guías abordó como enfermedad una condición natural entre las mujeres, y solo dos de ellas consideraron las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres al elaborar preguntas clínicas: la GPC de miocardiopatías y la GPC de prevención de ECV. Sin embargo, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que influyen en la condición objeto de las guías solo se tuvieron en cuenta en la GPC de prevención de ECV. Además, se evaluó si se habían exagerado estas diferencias, concluyendo que ninguna de las guías valoradas en el estudio incurrió en esta práctica.

También se analizó la posible presunción de homogeneidad en la elaboración de preguntas clínicas, observando que solo el 40% de las guías hicieron distinciones según otros factores influyentes. No obstante, cabe destacar que en aquellos casos en los que se mencionan diferencias, a excepción de la GPC de prevención de ECV, lo hacen como comentarios puntuales acerca de un factor concreto; no siendo tan conscientes del contexto global del paciente como puede hacernos pensar la sensibilidad a esta pregunta.

En cuanto a la representación de los grupos no dominantes en la elaboración de las guías, se encontró que solo la GPC de prevención de ECV mencionaba una planificación para considerar especialmente las diferencias en edad, sexo, género, esperanza de vida, factores de riesgo y diferencias étnicas y geográficas. Respecto a la formulación de recomendaciones, se destacó que esta sección mostró una sensibilidad del 47%, siendo este el apartado con mayor perspectiva de género a nivel general; que sigue sin alcanzar, sin embargo, el 50%. El análisis también reveló que el 40% de las guías consideraron el balance riesgo-beneficio de forma diferenciada para hombres y mujeres en algunas de sus consideraciones, lo cual no implica que lleve a cabo en todas ellas.

En relación con la universalización de resultados y recomendaciones, se evidenció que el 60% de las guías establecieron recomendaciones dirigidas a las mujeres a partir de

estudios en los que no habían sido incluidas o habían estado subrepresentadas, sin evaluar su aplicabilidad, *llegando a ser reconocido explícitamente en alguna de ellas*. Asimismo, se señaló que todas las guías consideraron otros factores además del sexo al establecer recomendaciones, aunque algunas tuvieron en cuenta únicamente la edad. Se halló también que solo una de las guías analizadas, la GPC de prevención de ECV, estableció recomendaciones que trascienden el ámbito individual destinadas a disminuir las desigualdades de género al destacar la importancia de establecer campañas de sensibilización específicas por sexo. Se evidenció que ninguna de las GPC ha planificado evaluar su impacto sobre hombres y mujeres y que solo la guía de prevención de ECV hace un uso no sexista del lenguaje al incluir aclaraciones acerca de terminología de género. Finalmente, mencionar que seis de las diez guías clínicas analizadas contenían subapartados específicos de perspectiva de género.



## 4. Discusión

### 4.1. Principales resultados:

En primer lugar, analizando la perspectiva de género en cada una de las GPC según el instrumento de nuestro estudio, podemos confirmar que, en general, presentan un porcentaje de sensibilidad al género bajo (<50%). Esto ocurre en todas las guías analizadas a excepción de la GPC sobre prevención de las ECV, siendo esta, con diferencia respecto al resto de guías, la que más ítems sensibles a género incluye; con un 82% de sensibilidad.

Por otro lado, aquellas GPC con menor atención a los sesgos de género según nuestro estudio son: GPC de endocarditis, GPC del manejo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con diabetes, GPC de arritmias ventriculares y prevención de muerte súbita y la GPC de Cirugía no cardíaca. Estas cuatro últimas con un 29% de perspectiva de género según nuestro cuestionario de evaluación. Además, tres de estas guías mencionan explícitamente basarse en estudios con predominancia masculina, en los que la mujer quedaba subrepresentada, lo cual podría explicar esta menor perspectiva de género por utilizar una base universalizada. Podemos establecer, por tanto, que nuestro estudio sugiere una elevada presencia de sesgo de universalización en las GPC europeas de patología cardiovascular.

En el cómputo global, aquellos apartados o partes del proceso de creación de las guías de práctica clínica que mostraron mayor sensibilidad al género fueron la formulación de recomendaciones y la elaboración de objetivos y preguntas clínicas. Esto podría explicarse por un cumplimiento de la pregunta de nuestro instrumento que hace referencia a la consideración de otros factores por parte de todas las guías analizadas, si bien es cierto que en gran parte de ellas solo se hacía referencia a la edad como factor influyente (el cual se considera, por razones biológicas, con mayor frecuencia que otros factores) por lo que podría no ser tan representativo, tratándose de un resultado probablemente sobrevalorado.

Nuestro estudio también ha puesto de manifiesto la hegemonía del enfoque biomédico, mostrándose una carencia de enfoque social o antropológico que influyen de igual manera el estado de salud-enfermedad de la población y la presunción de homogeneidad. Las guías mayoritariamente no incluyeron recomendaciones que trasciendan el ámbito individual destinadas a disminuir las desigualdades de género y ninguna de ellas planifica evaluar su impacto en hombres y mujeres, lo que podría ser indicativo de una falta de interés en promover la disminución de desigualdades en este aspecto; si bien sí se mencionan estos aspectos como lagunas en la evidencia en varias de las GPC.

Tampoco se ha tenido en cuenta, las diferencias biológicas entre sexo a la hora de establecer estas preguntas lo cual, de nuevo, podría deberse a una subrepresentación de la mujer en los ensayos clínicos de referencia; si bien hemos podido observar que algunas de las diferencias de presentación, diagnóstico y acceso a las terapias son conocidas, pero no incorporadas en la elaboración de estas guías

Por último, es preciso destacar que la existencia de un apartado específico para tratar diferencias por sexo en seis de las diez guías valoradas podría suponer su consideración como condición especial por parte del grupo de elaboración de la GPC, lo cual supondría una sub-representación del grupo minoritario en el resto de la elaboración de la guía. No obstante, la ausencia de este subapartado no supone una mayor sensibilidad a no ser que se incluya perspectiva de género en el resto de la redacción.

#### 4.2. Debilidades y fortalezas

La principal limitación de este estudio es la posibilidad de interpretación errónea al estar basado en el análisis de GPC mediante un instrumento que puede ser operador-dependiente. No obstante, se diseñó un cuestionario que tratará de evitar diversidad de interpretaciones incluyendo cuestiones muy concisas, estableciendo las respuestas de forma dicotómica o no aplicable. Otra posible debilidad es la escasez de antecedentes científicos que relacione la perspectiva de género con la elaboración de GPC o que justifique su escasa inclusión, lo que puede haber circunscrito el alcance de nuestro instrumento. No obstante, este hecho también resulta ser una de las principales fortalezas al abrir un posible nuevo campo de estudio con importantes implicaciones en la práctica clínica.

#### 4.3. Comparación con la literatura e implicaciones

Revisando la literatura actual, llegamos a la conclusión de que esta gran diferencia en la inclusión de perspectiva de género en la GPC de prevención de ECV con respecto al resto de las analizadas podría deberse, por un lado, al mayor porcentaje de mujeres con respecto a hombres en los equipos de trabajo de medicina preventiva; teniendo el bloque de especialidades no médicas, quirúrgicas, ni médico-quirúrgicas (en el que incluiríamos a la prevención) un grado de feminización del 62,5% entre los facultativos residentes en España en marzo de 2023 (11). Otra posible explicación que justificaría la mayor consideración de perspectiva de género sería el mayor coste efectividad de las medidas preventivas de factores cardiovasculares en el sexo femenino; lo cual podría hacer aumentar el foco sobre el mismo. Esto se ha documentado en el caso de la actividad física regular, que ha evidenciado mayor beneficio y rentabilidad en la mujer en la prevención de eventos cardiovasculares; con mayores reducciones de la morbimortalidad máxima, requiriendo menores niveles de ejercicio. (12)

Por otro lado, en cuanto a la sub-representación de la mujer en los ensayos clínicos y estudios de otras clases de referencia, la bibliografía confirma que este sesgo está presente de manera habitual en el mundo científico. En una reseña de ensayos de tratamiento cardiovascular incluidos en revisiones Cochrane, se expone como solo el 27% del total de participantes en los 258 ensayos clínicos eran mujeres, infrarrepresentación que puede dar lugar a consecuencias adversas relevantes. (13) Además, esta baja o nula inclusión de la población femenina pone en entredicho la validez externa de sus resultados, siendo difícil de extrapolar entre sexos. (14)

Podemos concluir, por tanto, que nuestro estudio sugiere una elaboración sesgada de las GPC europeas analizadas, que podría estar justificada por la subrepresentación de la mujer en la investigación científica, así como en la universalización de resultados que,

como hemos mencionado previamente, se encuentra ya descrita en la literatura. Debe subrayarse también que estos prejuicios de género en la atención sanitaria están relacionados con el proceso de enseñanza-aprendizaje durante la educación universitaria, que derivan de generación de conocimiento sesgada. (15)

Con respecto a esta generación de conocimiento sesgada a la que nos enfrentamos en la práctica clínica y proceso educativo actual, nuestro estudio puede suponer una forma de evidenciar la necesidad de mayor representatividad femenina en los estudios que fundamentan las recomendaciones de práctica clínica, así como evidenciar también la necesidad de implementar los conocimientos ya existentes acerca de las diferencias de sexo y género en la elaboración de GPC; enfocándose no solo en la inclusión de perspectiva de género, si no en aquella de equidad en todos los ámbitos. Esto último con el objetivo de alcanzar un abordaje total de cada paciente en todas las esferas que puedan afectar a su estado de salud o enfermedad.

## 5. Conclusiones

Siendo la patología cardiovascular uno de los ámbitos donde mayor conocimiento existe en la actualidad acerca de las diferencias de género y sexo, nuestro estudio ha demostrado que la inclusión de perspectiva de género en la práctica totalidad de las últimas 10 GPC europeas es escasa e insuficiente. Además, se ha evidenciado una clara subrepresentación femenina que sugiere la necesidad de aumentar la representación de la mujer en ensayos clínicos que sirvan para la formulación de recomendaciones que no caigan en la universalización de resultados que puede derivar de una errónea presunción de homogeneidad. Esta última se ha hecho evidente en nuestro estudio en cuanto a la consideración de otros factores como la etnia, factores socioeconómicos, etc. lo cual podría sugerir también un posible campo de mejora en la inclusión de equidad en la elaboración de las guías.

## 6. Bibliografía

1. Ruiz Cantero MT. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. 2019. Disponible en: <https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>.
2. Hosseini N, Kaier TE. Gender Disparity in Cardiovascular Disease in the Era of Precision Medicine. *JACC Case Rep.* 2023;23:1019-85.
3. Pérez-López FR, Larrad-Mur L, Kallen A, Chedraui P, Taylor HS. Gender differences in cardiovascular disease: hormonal and biochemical influences. *Reprod Sci.* 2010;17(6):511-31.
4. Dronkers J, Meems LMG, van Veldhuisen DJ, et al. Sex differences in associations of comorbidities with incident cardiovascular disease: focus on absolute risk. *Eur Heart J Open.* 2022;2(2):oeac017.
5. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med.* 1991;325(4):274-6.
6. Mateo-Rodríguez I, Danet A, Bolívar-Muñoz J, et al. Gender differences, inequalities and biases in the management of acute coronary syndrome. *JHQR.* 2022;37(3):169–81.
7. Rico R, Aldasoro E, Salcedo F, et al. Guías de Práctica Clínica libres de sesgos de género. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/es\\_osteba/adjuntos/GPC%20libres%20de%20sesgos%20de%20género%2027\\_11\\_2013%2015h%20\\_2\\_.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/GPC%20libres%20de%20sesgos%20de%20género%2027_11_2013%2015h%20_2_.pdf).
8. Kung J, Miller RR, Mackowiak PA. Failure of clinical practice guidelines to meet institute of medicine standards: Two more decades of little, if any, progress. *Arch Intern Med.* 2012;172(21):1628-33.
9. European Society of Cardiology [Internet]. Sophia Antipolis (France): ESC; [citado 30 de abril de 2024]. Guidelines and Scientific documents. Disponible en: <https://www.escardio.org/Guidelines>.
10. Eichler M, Burke MA. The BIAS FREE Framework: a new analytical tool for global health research. *Can J Public Health.* 2006;97(1):63-8.
11. Matas Aguilera V. Facultativos Residentes en España en marzo 2023. Centro Estudios Sindicato Médico de Granada; 2023. Disponible en: <https://simeg.org/wp/wp-content/uploads/2023/03/MIR-Espana-marzo-2023.pdf>
12. Ji H, Gulati M, Huang TY, et al. Sex differences in association of physical activity with All-cause and cardiovascular mortality. *JACC.* 2024;83(8):783–93.
13. González Blanco M. Sexo y género en Investigación Científica. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2023;83(03):239–42.
14. Vargas C, Lutz M, Papuzinski C, et al. Gender, women and scientific research. *Medwave.* 2020;20(02).
15. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farm Hosp.* 2020;44(3):109-113.

## 7. Anexo

### Anexo 1. Instrumento de análisis de perspectiva de género para las GPC de nuestro estudio

1. Pregunta rectora: En la elaboración de la GPC ¿Se utiliza un enfoque centrado en la dignidad de las personas?

2. Decisión sobre la necesidad de una GPC: priorización

2. 1. ¿Se han tenido en cuenta los problemas de salud identificados como importantes por las mujeres?

Sensible al género: Sí

3. Elaboración: Alcance, objetivo y preguntas clínicas

3.1. ¿Participan mujeres en el en el proceso de elaboración de la GPC?

Sensible al género: sí

3.2. ¿Se tienen en cuenta, además de la información biomédica, otro tipo de enfoques (social, antropológico, etc.) que permiten analizar aspectos relacionados con el género que afectan a la salud y la enfermedad?

Sensible al género: sí

3.3. ¿Se aborda como enfermedad una condición que es natural en las mujeres? (Grupo no dominante como patológico)

Sensible al género: no

3.4. En caso de existir diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres que afecten a la condición clínica, ¿se han tenido en cuenta en la elaboración de las preguntas clínicas?

Sensible al género: sí

3.5. En caso de existir diferencias biológicas que influyan en la condición clínica objeto de la GPC, ¿se han tenido en cuenta a la hora de establecer las preguntas clínicas?

Sensible al género: sí

3.6. En caso de existir diferencias biológicas, ¿se han exagerado estas diferencias?

Sensible al género: no

3.7. Cuando se valoran las variables de resultado, ¿Se ha considerado que su importancia puede ser diferente para hombres y mujeres?

Sensible al género: sí

3.8. En caso de que existan subgrupos de mujeres u hombres en los que la condición clínica se presente de un modo diferente debido a su edad, discapacidad, etnia, religión, estatus socioeconómico, localización geográfica u otros factores, ¿Se trata al grupo dominante y no dominante como si fuesen uniformes y homogéneos? (presunción de homogeneidad)

Sensible al género: no

3.9. ¿Los grupos no dominantes ¿Están sub-representados o excluidos?

Sensible al género: no

4. Búsqueda, selección y síntesis de la evidencia

4.1. ¿Se diseña la estrategia de búsqueda de forma que se identifiquen estudios que permitan analizar los resultados por sexo?

Sensible al género: sí

5. Formulación de recomendaciones

5.1. En caso de haber una razón convincente para valorar el balance Riesgo-Beneficio de forma diferenciada para hombres y mujeres, ¿Se ha realizado?

Sensible al género: sí

5.2. ¿Se establecen recomendaciones dirigidas a las mujeres a partir de estudios en los que no han sido incluidas, o en las que se encuentran subrepresentadas, sin valorar su aplicabilidad? (universalización)

Sensible al género: no

5.3. Cuando se establecen recomendaciones ¿Se trata a los hombres y mujeres como grupos homogéneos, sin tener en cuenta otros factores como la edad, discapacidad, etnia, religión, factores socioeconómicos, etc.?

Sensible al género: no

5. 4. ¿Se incluyen recomendaciones que trascienden el ámbito individual y que están dirigidas a producir cambios que disminuyan las desigualdades de género?

Sensible al género: sí

6. Implementación y evaluación de impacto

6.1. ¿Se planifica evaluar el impacto de la GPC en hombres y mujeres? Sensible al género: sí

7. Redacción de la GPC

7.1. En la redacción de la GPC ¿se hace un uso no sexista del lenguaje? (negación de la jerarquía, mantenimiento de la jerarquía, insensibilidad a la diferencia, universalización, estereotipos...) (lenguaje masculino genérico todo el rato>no)

Sensible al género: sí

8. ¿Hay un apartado específico para tratar la perspectiva de género y/o presentación o recomendaciones específicas en la mujer? (sub-representación)

Sensible al género: no

Escala de valoración:

a. Sí

b. No

c. No aplicable

**Anexo 2.** Certificado de la Oficina de Investigación Responsable (COIR)

