

# Evaluación de sesgos de género en las Guías de Práctica Clínica en Chile

MARTINA KORYZMA HERMOSILLA<sup>1</sup>, SILVANA PULGAR BUSTOS<sup>1</sup>,  
CATALINA VELÁSQUEZ REYES<sup>1,a</sup>, CARLA CISTERNA LANDEROS<sup>1,a</sup>,  
FRANCISCA CRISPI<sup>1</sup>

## Gender biases in Chilean clinical guidelines

**Background:** Diseases and treatments have different presentations and impact in men and women due to sex and gender differences. This issue justifies a gender differentiated approach in clinical practice guidelines. **Aim:** To evaluate gender biases in the Clinical Practice Guidelines (CPG) of the Explicit Health Guarantees program (GES) in Chile. **Material and Methods:** GES CPGs documents published between 2005 and 2019 were reviewed. A keyword search was carried out in the CPGs, and they were classified into five groups according to their degree of incorporation of the sex / gender variables, following the methodology by Tannenbaum et al. Also, the correct use of the concepts about sex and gender was evaluated. **Results:** Eighty five CPGs were evaluated and 25% have specific recommendations by sex (group 1 and 2). Two percent of guides determined specific parameters by sex in diagnostic tests (group 3). Sixty one percent mention the keywords superficially or only in the section of epidemiology and risk factors, without proposing a sex differentiated management (group 4 and 5). Sixty two percent of guides have an appropriate use of concepts, 22% a wrong usage, and 17% do not refer to sex or gender. **Conclusions:** Gender biases are evidenced in most of the GES guidelines.

(Rev Med Chile 2021; 149: 1765-1772)

**Key words:** Gender Equity; Practice Guideline; Sexism.

Los sesgos de género se definen como un error sistemático secundario a la aplicación del conocimiento dominante que tiende a definir lo masculino como la norma o medida universal de los fenómenos<sup>1,2</sup>. Este se puede dividir en 3 tipos: 1) Androcentrismo: Dominancia de lo masculino; 2) Insensibilidad de Género: La negativa a ver diferencias de género y sexo en instancias que estas son significativas, y 3) Doble Estándar: Tratamientos diferentes por género en situaciones que no están justificadas<sup>3</sup>.

Los sesgos de género cobran gran importancia en la atención sanitaria, ya que muchas patologías varían según sexo/género a nivel de expresión genética, prevalencia y clínica de enfermedades<sup>4,5</sup>. Por ejemplo, el infarto agudo al miocardio tiene

una presentación clínica típica que difiere entre hombres y mujeres, sin embargo, tradicionalmente se ha considerado la presentación típica en hombres como el estándar, lo que se ha asociado a que mujeres accedan a menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados<sup>6</sup>. Otra área con abundantes sesgos ha sido la investigación en salud. Las mujeres han estado tradicionalmente sub-representadas en estudios de investigación. Esta exclusión deriva en resultados erróneos o poco fidedignos, considerando por ejemplo que hay diferencias relevantes por sexo en el comportamiento de la farmacocinética y la farmacodinamia, generando sesgos a la hora de dar indicaciones a pacientes y exponiendo a las mujeres a un mayor riesgo de efectos adversos<sup>7,8</sup>. Así, con la incorpo-

<sup>1</sup>Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile. Santiago,  
Chile.

<sup>a</sup>Alumna, Escuela de Medicina,  
Universidad de Chile.

Financiamiento: Este artículo  
no contó con fuentes de  
financiamiento externas.

Conflictos de Interés: Las autoras  
declaran no tener conflictos de  
interés en la materia.

Recibido el 29 de marzo de 2021,  
aceptado el 14 de octubre de  
2021.

Correspondencia a:  
Francisca Crispi  
Independencia 939, Santiago,  
Escuela de Salud Pública  
Dr. Salvador Allende Gossens,  
Universidad de Chile.  
mcrispi@uchile.cl

ración de más mujeres en estudios clínicos y la generación de datos desagregados por sexo, se ha develado que estrategias diagnósticas y terapéuticas que han resultado útiles para hombres, y extrapoladas a la población general, podrían no ser apropiadas en mujeres<sup>9</sup>. Hasta el año 2016, la participación de mujeres como sujeto de estudio entre los artículos publicados en *The Lancet* y *New England Journal of Medicine* fue de 41%<sup>10</sup>.

Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado de pacientes, en base a una revisión sistemática de la evidencia<sup>12</sup>. Si bien cada vez hay más estudios que sugieren establecer recomendaciones de estrategias diagnósticas y terapéuticas diferenciadas por sexo según patología, persisten desafíos en la incorporación sistemáticas de éstas en las GPC<sup>9,11</sup>. Una revisión canadiense evaluó 118 guías clínicas, encontrando que sólo 20% contenía recomendaciones diagnósticas o terapéuticas diferenciadas según sexo/género<sup>13</sup>. A nivel internacional, existen algunas iniciativas para reducir esta brecha, como por ejemplo el documento “Guías de Práctica Clínica libres de sesgos de género” elaborado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco<sup>14</sup>.

En Chile, el Programa de Garantía Explícitas en Salud (GES), instaurado el año 2005, marca la organización del sistema de salud, estableciendo garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad para 85 patologías identificadas como las más relevantes para la salud poblacional<sup>15</sup>. Por mandato, para cada patología debe existir una GPC ministerial actualizada. Estas guías son ampliamente utilizadas en la atención sanitaria. Una encuesta realizada a personal médico mostró que 97% consultaba a la Guías Clínicas GES en su práctica profesional, principalmente los algoritmos (82%) y recomendaciones claves (50%)<sup>16</sup>. Autores han desarrollado evaluación de calidad de estas guías clínicas, sin embargo, estos han excluido dominios de evaluación sobre género<sup>17</sup>. Así, a la fecha no existen estudios que determinen la existencia de sesgos de género en las Guías Clínicas GES de este país.

El objetivo de este estudio es evaluar sesgos de género en las últimas Guías Clínicas GES chilenas analizando el grado de incorporación de evidencia diferencial por sexo y/o género. La identificación de esta brecha es fundamental para reconocer la calidad de estas y aportar a disminuir sesgos de

género que pueden inducir errores en el proceso terapéutico de la población.

## Materiales y Métodos

El presente estudio es una evaluación de sesgos de género en las Guías GES de Chile. Entre mayo y agosto de 2020, se seleccionó la guía publicada más reciente para cada patología GES del sitio *web* de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.

Desde el inicio del programa GES, estas guías son revisadas y actualizadas periódicamente. En el año 2017, se incorporó la metodología GRADE en la elaboración de las guías, y desde entonces las actualizaciones han sido publicadas en formato de resúmenes ejecutivos<sup>18</sup>. En esta investigación se incluyó el documento más reciente de cada patología, ya fuese resumen ejecutivo o guía completa.

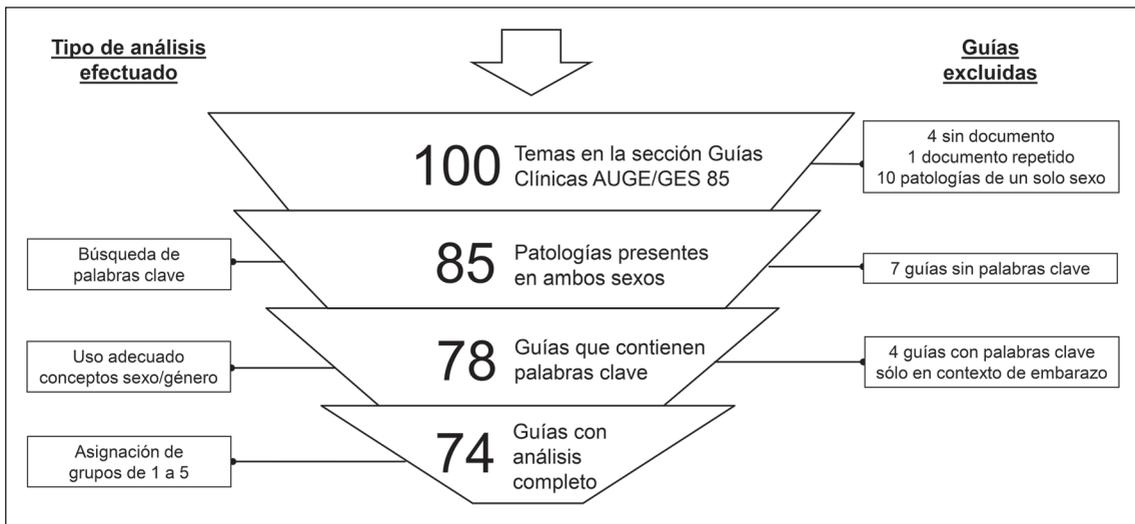
Al momento de realizar el estudio, se encontraron 100 guías en la sección de “Guías clínicas GES 85”, de las cuales se excluyeron 15: 4 por no conducir a un documento existente, 1 por estar duplicada y 10 por corresponder a patologías exclusivas de un solo sexo (ej: cáncer de ovario, cáncer de próstata). Las 85 guías restantes fueron analizadas.

Cada guía fue revisada y se extrajeron datos en base a variables en una planilla. Las variables del estudio se adaptaron de la metodología de Tannenbaum y cols.<sup>13</sup>, y consisten en: 1) Grado de incorporación de recomendaciones diferenciadas por sexo/género; 2) Uso correcto de la terminología sexo y género. A continuación se detallan las variables de estudio.

### 1) Grado de incorporación de recomendaciones diferenciadas por sexo/género

Primero, para guiar la búsqueda, se desarrolló una búsqueda de palabras clave asociadas a estos conceptos en cada guía clínica (“sexo”, “género”, “mujer/es”, “hombre/s”, “femenino”, “masculino”, “dama/s”, “varon/es”, “niño/a/os/as”, “embarazo/ada/adadas”). Se excluyeron las guías que incluyen palabras clave sólo en contexto de embarazo (Figura 1).

Las guías que presentaban estas palabras en su texto principal fueron clasificadas en 5 grupos según grado de incorporación de las variables de sexo/género: *Grupo 1*: Presenta recomendaciones



**Figura 1.** Diagrama que resume las guías incluidas y excluidas en la revisión, y el tipo de análisis efectuado a cada nivel.

basadas en evidencia que apoyan diferentes enfoques para hombres y mujeres; *Grupo 2*: Presenta recomendaciones basadas en evidencia que apoyan un mismo enfoque para mujeres y hombres; *Grupo 3*: Incluye valores de laboratorio, imágenes o test diagnósticos diferenciados por sexo; *Grupo 4*: Reporta diferencias epidemiológicas o factores de riesgo, pero no incluye recomendaciones diferenciadas; *Grupo 5*: Menciona superficialmente alguna de las palabras clave.

## 2) Uso adecuado de la terminología sexo/género

Se clasificaron las guías según su uso correcto o incorrecto de los conceptos “sexo”, “género”, “hombre” y/o “mujer”<sup>8</sup>, clasificando las guías como “uso correcto”, “uso incorrecto” o “no contiene los conceptos”. Se proporcionan ejemplos de las guías clasificadas como incorrectas. Los conceptos utilizados se presentan en la Tabla 1.

La extracción de variables y clasificación de grupos fue desarrollada por 2 autoras diferentes de manera ciega (MK, SP, CV, CC). En caso de discrepancias en la clasificación, estas se discutieron en conjunto por las 5 autoras hasta llegar a consenso.

## Análisis de las variables

Se analizaron las variables de forma descriptiva utilizando porcentajes y descripción del contenido. Luego, se generaron recomendaciones en base a las falencias encontradas.

## Análisis secundario

Como resultado secundario, se compararon las guías con la nueva metodología GRADE con las versiones anteriores de las mismas patologías. Se incluyeron aquellas que tenían formato de resumen ejecutivo, que abordaban patologías presentes en ambos sexos y que contaban con al menos una versión anterior. Se analizó la evolución temporal de las variables ya descritas: grado de incorporación de variables sexo/género y uso correcto de conceptos.

## Resultados

Se analizaron 85 guías publicadas entre los años 2005 y 2019. Dentro de estas, 47 eran formato GRADE, y 38 en otro formato.

La información extraída de cada variable por guía se presenta en Anexo 1.

## Palabras clave

Dentro de las 85 guías evaluadas para esta variable, 78 (91,7%) mencionan palabras clave; de ellas 4 (5%) utilizan las palabras clave sólo en contexto de embarazo.

## Grupos basados en el grado de incorporación de las variables sexo/género

La clasificación de las guías según grupo se presenta en la Tabla 2.

**Tabla 1. Definición de conceptos sexo y género**

Sexo	Género
Componente biológico, definido a través de la expresión de los cromosomas sexuales, incluyendo diferencias celulares y moleculares. Se refleja fisiológicamente a través de las gónadas, hormonas sexuales, genitales externos y órganos reproductores internos	Comprende factores y elecciones sociales, ambientales, culturales y de comportamiento que influyen en la propia identidad y salud de una persona. Incluye la identidad de género, normas de género, relaciones de género

**Tabla 2. Distribución de guías en cada grupo según el grado de incorporación de las variables sexo/género**

Grupo	Número total de Guías Clínicas	Porcentaje del total de Guías
Grupo 1	20	23,5%
Grupo 2	1	1,2%
Grupo 3	2	2,4%
Grupo 4	39	46%
Grupo 5	12	14%
Sin grupo	11*	13%

\*7 sin palabras clave y 4 sólo en contexto de embarazo.

Descripción de contenido: En la Tabla 3 se presentan ejemplos del contenido que permite la clasificación de las guías en cada uno de los grupos.

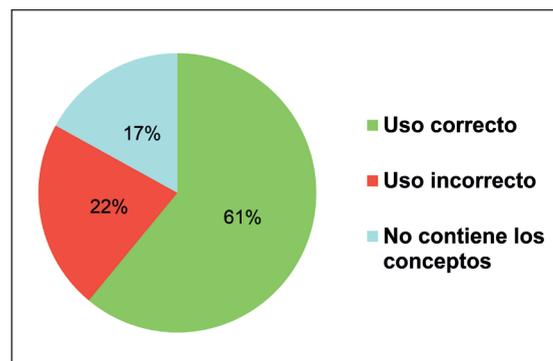
#### Uso adecuado de la terminología sexo/género

Analizando el uso de los términos asociados a género y sexo, se clasifican 61% (n = 48) con un uso correcto de los términos, 22% (n = 17) con un uso incorrecto y 17% (n = 13) que no incluye los conceptos (Figura 2). Ejemplos de un uso incorrecto de los términos son:

- “El riesgo de presentar un ACV aumenta con la edad, es mayor en personas de género masculino o con antecedentes familiares de esta patología”.
  - En este ejemplo podemos ver el uso del concepto “género” como factor de riesgo para ACV, entonces, da a entender, que los roles, comportamientos e identidades asignadas socialmente a los sexos actúan como factor de riesgo.
- “En relación al género, los hombres presentarían una incidencia de esquizofrenia algo superior a

la de las mujeres, (...) Se ha postulado que ello podría ser explicado por los estrógenos, quienes cumplirían un rol de regulación de los receptores D2 de dopamina, sin embargo, esta teoría aún no se encuentra respaldada por evidencia concluyente”.

- Aquí, se hace alusión a que el “género masculino” tiene mayor incidencia de la patología, sin embargo, más adelante en ese mismo párrafo, se hace alusión a que lo que determinaría esto es resultado de un efecto protector del estrógeno, es decir, algo netamente fisiológico.
- “Siempre que sea posible, el género del feto debe ser determinado, para preparar a los padres y obstetras para la planificación del parto de un RN que potencialmente tiene hemofilia”.
  - La expresión de esta patología no dependerá del género que el feto potencialmente desarrolle, sino de su sexo biológico. Además, el feto, al no tener todavía procesos de socialización, no tiene género, sólo sexo biológico.

**Figura 2.** Guías que tienen un uso correcto de conceptos sexo/género.

**Tabla 3. Ejemplos de la clasificación de las guías en cada uno de los grupos****1. Guías clínicas que presentan recomendaciones diferenciadas por sexo**

*"Criterios para indicación de cirugía en escoliosis idiopática del adolescente: Curvas > 40° en niñas pre-menárquicas de baja madurez esquelética y post- menárquicas inmaduras esqueléticamente, cuya curva progresa, pese al uso de corset. Curvas > 40° en varones menores a 16 años".* Extracto GC Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en Menores de 25 años, 2010

*"Se recomienda efectuar a todos los pacientes que ingresan a control: Hemograma y VHS (...), "Efavirenz en menores de 3 años, mujeres adolescentes con vida sexual activa y en primer trimestre de embarazo".*

*"Nevirapina (NVP): Aumento de toxicidad hepática potencialmente letal en mujeres con CD4 > 250/mm<sup>3</sup> al inicio de terapia. Toxicidad gastrointestinal en mujeres náuseas y vómitos son más frecuentes, en cambio en hombres es más frecuente la diarrea". "No usar NVP en mujeres con CD4 > 250 células/mm<sup>3</sup> y en hombres con CD4 > 400 células/mm<sup>3</sup> por el riesgo de toxicidad hepática grave".* Extractos GC Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, 2005

*"La preparación preoperatoria de pacientes con indicación quirúrgica por insuficiencia(...) debe incluir evaluación y tratamiento dental de manera que no haya focos sépticos con riesgo potencial de desarrollar endocarditis, la coronariografía en hombres mayores de 40 y mujeres mayores de 50".* Extracto GC Tratamiento Quirúrgico Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica, Mitral y Tricúspide en Personas de 15 años y más, 2013

**2. Guías clínicas que presentan recomendaciones basadas en evidencia que apoyan un mismo enfoque para mujeres y hombres**

*"La cirugía endoprotésica con reemplazo total de la cadera (ETC) es una intervención efectiva en pacientes adultos mayores, especialmente en mujeres..."* Extracto GC Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, 2010

**3. Guías clínicas que incluyen valores de laboratorio, imágenes o test diagnósticos diferenciados por sexo**

*"Ecuaciones para estimación de VFG según ecuaciones, Cockcroft-Gault:  $VFG\text{ ml/min} = (140 - \text{edad}) * (\text{Peso en kg}) * (0.85 \text{ si es mujer}) / (72 * Cr)$ "* Extracto GC Prevención secundaria de ERC, 2017

*"Fórmula de la OMS para cálculo de gasto metabólico basal (kcal/día): Según edad separado para hombres y mujeres".* Extracto GC Fibrosis Quística, 2007

**4. Guías clínicas que reportan diferencias epidemiológicas o factores de riesgo, pero no incluye recomendaciones diferenciadas**

*"En Chile, la incidencia estimada para el período 2003-2007 en ambos sexos asciende a 877 casos nuevos de leucemia al año. Sin embargo, la tasa de incidencia cruda y ajustada es superior en hombres..."* Extracto epidemiología GC Leucemia crónica en mayores de 15 años 2018.

*"La supervivencia a los 12 meses de ocurrido el evento es de un 80% en ambos sexos, con diferencias entre hombres y mujeres con un 83 y 75 % respectivamente..."* Extracto GC Infarto Agudo del Miocardio 2018.

**5. Mención superficial de alguna de las palabras clave**

*"En niños con alto riesgo de caries, los barnices de flúor deben aplicarse al menos cada seis meses".* Recomendación GC Salud Oral niños y niñas de 6 años, 2013

*"En niños asmáticos menores de 15 años, el Ministerio de Salud sugiere realizar actividades educativas en relación a enfermedad y tratamiento, por sobre no realizar".* Recomendación GC diagnóstico y tratamiento de Asma en menores de 15 años, 2017

Nota: En este caso la palabra "niños" fue usada de manera indistinta para ambos sexos

**Análisis secundario**

En esta sección se evaluaron 38 resúmenes ejecutivos GRADE y las 36 guías anteriores respectivas. Se observó que la guía de Linfoma 2013 se actualizó en dos guías distintas (Linfoma Hodgkin y No Hodgkin), lo mismo ocurrió con la guía de Leucemia 2013 (Aguda y Crónica), lo que explica la diferencia numérica. Los promedios descritos a continuación están en base al total de guías de cada período (38 y 36).

La información extraída de cada variable se presenta en Anexo 2.

**Clasificación de grupo**

Respecto al grado de incorporación de la variable sexo/género (clasificación de grupos) 22% de las guías antiguas fueron clasificadas como grupo 1, en comparación con 3% en las guías nuevas. Ninguna de las guías seleccionadas para este análisis estaba clasificada en el grupo

2. En cuanto al grupo 3 representaba 11% en las guías antiguas mientras que ninguna guía nueva se clasificó en este grupo. Las guías clasificadas como grupo 4 aumentaron notablemente en el tiempo de 25% a 52%, mientras que el conjunto de guías sin mención o con mención superficial de las palabras clave se mantuvo prácticamente estable (de 42% a 44%). Al analizar globalmente la evolución de las guías clínicas según sus grupos, los resultados muestran que más de la mitad de las guías (52%) disminuyeron el grado de incorporación de las variables sexo/género. El 36% mantuvo el grupo en el que se clasificó la guía antigua y solo 11% de las guías mejoró su clasificación, sin embargo, este cambio sólo fue de grupo 5 o sin grupo a grupo 4.

#### *Uso de conceptos sexo/género*

Hacen buen uso de términos 65% de las guías nuevas y 54% de las antiguas. Mientras que el mal uso de términos disminuyó de 14% a 7% en el tiempo. Por otra parte, el grupo de guías catalogadas como indiferentes pasa de 31% a 29% en las guías nuevas.

#### **Discusión**

Se analizaron sesgos de género en 85 guías de práctica clínica ministeriales de Chile, evaluando el uso adecuado de conceptos sexo y género y la presencia de recomendaciones diferenciadas por sexo/género. El 62% de las guías hace uso adecuado del concepto de género, mientras que en 22% es erróneo, con 17% sin alusión a sexo o género.

Las guías fueron clasificadas en grupos, según la presencia de recomendaciones diferenciadas por sexo/género. Según el análisis sólo 25% de las guías presentan recomendaciones específicas por sexo cuando corresponde según la evidencia (grupos 1 y 2). Por otro lado, al momento de establecer valores diferenciados de laboratorio o imágenes, algunas guías solo emitían la recomendación sin definir valores exactos que pudieran ser llevados a la práctica clínica, por lo que fueron catalogadas como grupo 4. Sólo 2% de las guías determinó parámetros específicos en pruebas de laboratorio, test y/o exámenes imagenológicos de manera diferenciada según cada sexo (grupo 3). Las guías clasificadas en grupo 4 y 5 en conjunto son 61% de la muestra evaluada, esto quiere decir que la mayoría

de las guías clínicas menciona las palabras claves de manera superficial o, en el mejor de los casos, dentro de la epidemiología y factores de riesgo, sin proponer un manejo diferenciado por sexo. A esto se suma 13% de guías que fueron clasificadas como “sin grupo” por no incluir palabras claves o mencionarlas sólo en contexto de embarazo. Cabe destacar que todas las guías con mención superficial correspondieron a patologías pediátricas, donde se mencionaba niño/s como genérico de infancia. Al mismo tiempo, es necesario aclarar que no necesariamente 61% de las patologías estudiadas requiere manejo diferenciado por sexo/género, lo que se desarrolla de forma más extensa en la sección de limitaciones.

Sobre el cambio de las variables en el tiempo, se compararon las actualizaciones de las guías con su versión anterior. Se evidencia una mejoría en el uso de conceptos sexo/género en el tiempo. Sin embargo, disminuyeron las guías que presentan recomendaciones diferenciadas por sexo o género.

En cuanto a la evidencia internacional existente, encontramos que nuestros resultados son similares a los reportados por el estudio canadiense de Tannenbaum y cols. (2017). En dicho estudio se realizó una revisión sistemática de sesgos de género en 118 guías clínicas canadienses. En cuanto al uso incorrecto de los conceptos, Tannenbaum describe 18%, mientras que en nuestro trabajo se evidenció 22%. En el análisis de grupo, tanto en el estudio canadiense como el presente trabajo predominó el grupo 4 (41% y 50% respectivamente), seguidos del grupo 1 (30% y 25,6%), y en menor medida los grupos 2 y 3 en conjunto (13% y 4%). El grupo 5 fue cercano a 16% en ambos estudios\*.

Otro estudio elaborado con la misma metodología, analizó 36 guías clínicas de dolor lumbar de las cuales sólo 15 tenían conceptos relacionados a sexo o género. De éstas, 5 (33%) corresponderían a grupo 1, mientras que las restantes se clasificarían en los grupos 4 y 5. Además se constató que 10 guías (60%) hacían uso incorrecto de los términos sexo y género<sup>18</sup>.

Por otra parte, un estudio que analizó las GPC del Colegio Americano de cardiología, se

\*A diferencia de lo descrito en las secciones previas, en este párrafo los porcentajes de nuestros resultados están calculados considerando sólo las guías asignadas a un grupo (se excluyen las guías sin grupo) para objeto de comparación con el estudio canadiense.

constató que de un total de 33 GPC, 25 (75,8%) contenía conceptos relacionados a sexo y género, de las cuales sólo 7 (21,2%) tenían una sección de específica para referirse a mujeres o a diferencias entre ambos sexos<sup>19</sup>.

Consideramos que nuestros resultados son esperables, ya que el desarrollo de la perspectiva de género en el contexto sanitario chileno es reciente. Desde 2006 existe la Guía para la Transversalización de Género en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Chile, el cual sienta las bases de la importancia de la inclusión de perspectiva de género en la elaboración de programas y recién en 2015 se creó la Unidad de Género Ministerial, bajo la política de reconocer el género como determinante social de la salud. Sin embargo, el último manual metodológico de elaboración de guías clínicas GES es un año anterior a la creación de esta Unidad (2014) y no hace alusión a políticas de género en ninguna de sus dimensiones<sup>20</sup>.

Este análisis nos permite plantear la importancia de desarrollar guías clínicas de salud sin sesgos de sexo y género, que incluya la diferenciación correspondiente desde la epidemiología hasta la prevención secundaria, incluyendo manejo inicial, exámenes y análisis de laboratorio, y tratamiento farmacológico y no farmacológico. La principal limitación encontrada en este estudio es que no es posible identificar si la falta de recomendaciones en base a sexo y género es debido a que no hay evidencia al respecto, o porque la evidencia ha demostrado que un manejo homogéneo para ambos sexos es adecuado, o porque los autores omitieron esta variable. También, solo fueron consideradas las guías de práctica clínica ministeriales, y no las recomendaciones y consensos de las distintas asociaciones de especialistas de Chile, las que pueden diferir o estar actualizadas respecto de las GPC.

Entre los factores que se podrían asociar a los sesgos observados en este estudio, podemos mencionar los siguientes. Primero, las guías ministeriales que orientan la redacción de guías clínicas no contemplan perspectiva de género. Segundo, de un total de 895 profesionales médicos/dentistas autores, se evidencia que menos de la mitad son mujeres (n = 418, 46,7%). Finalmente, ha existido una sub-representación de las mujeres como sujeto de investigación en los ensayos clínicos que podría impactar<sup>21</sup>.

### Recomendaciones

- Existen herramientas para generar guías libres de sesgos de género; éstas deben ser incluidas en los manuales metodológicos de todas las guías de práctica clínica ministeriales.
- Se sugiere la participación de representantes de la unidad ministerial de género en el proceso de elaboración de las guías, para resguardar en un primer período la perspectiva de género en las guías clínicas.
- Si bien el género es una variable clave en el análisis de sesgos, desde la perspectiva de interseccionalidad, es necesario a futuro incluir dirigidamente cada determinante social de la salud, como etnicidad, migración, personas en situación de discapacidad, entre otros.

### Conclusión

Sexo y género son determinantes relevantes de la salud de las personas y poblaciones. En un contexto de hegemonía de lo masculino, la falta de inclusión de estas variables en las guías clínicas genera efectos detrimentales en la salud de las mujeres. En Chile, pese a que han surgido iniciativas ministeriales para disminuir la brecha en salud con relación al sexo/género, esto no se ha visto reflejado en las GPC, donde solo 25% consigue plasmar esta consideración en recomendaciones de salud. Por otro lado, es fundamental lograr equidad de género en todos los niveles de generación de evidencia, con participación equitativa de mujeres en la autoría y grupos de expertos que elaboran las GPC, así como en los estudios primarios que dan pie a las recomendaciones. El fin de este artículo es instar a las y los profesionales de salud, y a aquellos involucrados en políticas públicas, a reconocer la importancia de este tema y trabajar hacia la disminución de los sesgos de género en la práctica clínica.

### Referencias

1. Eichler M, Reisman A, Borins E. Gender bias in medical research. *Women & Therapy* 1992; 12 (4): 61-70.
2. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet* 2019; 393 (10189): 2440-54.

3. Eichler M. Moving Forward: Measuring Gender Bias and More. In: Berlin Center of Public Health, European Women's Health Network, German Society for Social Medicine and Prevention (ed) Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice. Documentation of the International Workshop Berlin 2001. (<http://www.ifg-gs.tu-berlin.de>).
4. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323 (7320): 1061-3.
5. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 2003; 32 (4): 652-7.
6. Regitz-Zagrosek V. Geschlecht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Warum wir Gendermedizin brauchen [Gender and cardiovascular diseases: Why we need gender medicine]. *Der Internist* 2017; 58 (4): 336-43.
7. Runnels V, Tudiver S, Doull M, Boscoe M. The challenges of including sex/gender analysis in systematic reviews: a qualitative survey. *Systematic Reviews* 2014; 3 (1).
8. Heidari S, Babor T, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity And Peer Review* 2016; 1 (1).
9. Keuken G. Attention to Sex-Related Factors in the Development of Clinical Practice Guidelines. *Journal of Women's Health*. 2016; 16 (1).
10. Avery E, Clark J. Sex-related reporting in randomised controlled trials in medical journals. *The Lancet* 2016; 388 (10062): 2839-40.
11. Peters S, Norton R. Sex and gender reporting in global health: new editorial policies. *BMJ Global Health*. 2018; 3 (4): e001038.
12. Nerin I. Gender and health: Studying the differences to improve the outcomes. *Rev Clin Esp*. 2015; 215 (7): 391-2.
13. Tannenbaum C, Clow B, Haworth-Brockman M, Voss P. Sex and gender considerations in Canadian clinical practice guidelines: a systematic review. *CMAJ Open* 2017; 5 (1): E66-E73.
14. Rico R, et al. Guías de Práctica Clínica libres de sesgos de género. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria Gasteiz 2013.
15. Ley N°19966, Biblioteca Congreso Nacional, Santiago de Chile 2004.
16. Rodríguez M, Prieto F, Pantoja T, Letelier F. Percepciones y actitudes de médicos de atención primaria respecto de las Guías de Práctica Clínicas en el Régimen de Garantías en Salud. *Rev Med Chile* 2019; 147 (5): 602-11.
17. Rodríguez MF, Pineda I, Rozas MF. Quality assessment of clinical practice guidelines of the Chilean explicit guarantees in healthcare program. *Rev Med Chile* 2016; 144 (7): 862-9.
18. Rathbone T, Truong C, Haldenby H, et al. Sex and gender considerations in low back pain clinical practice guidelines: a scoping review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine* 2020; 6: e000972.
19. Tong I, Griffin B, Trott J, Romano M, Stein A, Madsen T. The Proportion of Women Authors and the Inclusion of Sex and Gender Content Among the American College of Cardiology Clinical Practice Guidelines, 2008-2018. *Journal of Women's Health*. 2020 doi:10.1089/jwh.2020.8454.
20. Ministerio de Salud. Manual metodológico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. 1° edición, septiembre 2014. Santiago, Chile.
21. Liu KA, Mager NA. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharm Pract (Granada)*. 2016; 14 (1): 708. doi:10.18549/PharmPract.2016.01.708.