

# SG-RECLIP

Recomendaciones clínicas prioritarias con dimensión de sexo y género

I EDICIÓN 2025

**Versión en castellano.....página 2**

**Resumen ejecutivo para difusión política.....página 17**

**English version..... page 20**

**Executive summary for politics diffusion .....page 33**

A propuesta de CAPS. Autoría compartida con Barcelona Supercomputing (bsc.es)

Con el apoyo de: Consell de Col·legi d'Infermeres i Infermers de Catalunya, Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona, GENUUSAL (genusal.usal.es), Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (sepsm.org), Sociedad Española de Patología Dual (patologiadual.es), Sociedad Española del Dolor (www.sedolor.es), Foro Español de Pacientes (forodepacientes.org y Barcelona Supercomputing.

Autoras: Mercè Botinas<sup>a</sup>, Maria Gil<sup>b</sup>, M. Idoia Ugarte<sup>c</sup>, Mar R. Gimena<sup>d</sup>, Noemia Loio<sup>e</sup>, Lucía Artazcoz<sup>f</sup>, Anna Pujol<sup>g</sup>, Gemma Parramon<sup>h</sup>, Maria Rosa Ballester<sup>i</sup>, Jenny Campos-Salinas<sup>j</sup>, Capitolina Díaz<sup>k</sup>, Soledad Ascoeta<sup>l</sup>, Simona Giardina<sup>m</sup>, Alba Jané<sup>m</sup>, Teresa Pont<sup>n</sup>, , María José Rementería<sup>m</sup>, Clàudia Rosas<sup>m</sup>, Rosa Turbau<sup>g</sup>, Carme Valls<sup>o</sup>.

<sup>a</sup> Médica especialista en Medicina de Familia. Barcelona.

<sup>b</sup> Farmacéutica comunitaria. Valencia.

<sup>c</sup> Enfermera. Profesora en la Universidad de Toledo.

<sup>d</sup> Médica especialista en Medicina de Familia. Madrid.

<sup>e</sup> Médica especialista en Medicina del Trabajo. Porto. Lisboa.

<sup>f</sup> Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Agencia de Salut Pública de Barcelona.

<sup>g</sup> Médica especialista en Medicina de Familia. Barcelona.

<sup>h</sup> Médica especialista en Psiquiatría. Hospital Vall d'Hebron.

<sup>i</sup> Farmacéutica. Institut de Recerca Hospital de Sant Pau.

<sup>j</sup> Licenciada en Biología, Doctora en Bioquímica, Biología Molecular e Inmunología. Investigadora del CSIC

<sup>k</sup> Socióloga. Universidad de Oviedo.

<sup>l</sup> Cardióloga. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

<sup>m</sup> Barcelona Supercomputing

<sup>n</sup> Coordinadora de les Comissions Cliniques de Salut i Gènere. Departament de Salut Catalunya. Barcelona

<sup>o</sup> Médica endocrinóloga. Barcelona.

Entidades adheridas al proyecto SG-RECLIP:



El Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) es una organización no gubernamental con más de 40 años dedicada a incorporar la perspectiva de sexo y género en la salud. Nuestra labor responde a una realidad crítica: la investigación biomédica y la práctica clínica han estado históricamente fundamentadas en estudios con células, modelos animales y sujetos humanos masculinos, generando un conocimiento incompleto y peligrosamente sesgado sobre la salud de las mujeres.

Esta exclusión sistemática, justificada por la protección de la fertilidad o la variabilidad hormonal, ha creado importantes vacíos. Se asumió erróneamente una equivalencia biológica universal, haciendo de la fisiología masculina la norma. Aunque desde 1993 existen directrices para incluir a las mujeres en los ensayos clínicos, su implementación ha sido insuficiente, y la investigación preclínica sigue predominando en modelos masculinos. Esta omisión ha contribuido al fracaso de los tratamientos y limita la eficacia de la atención sanitaria.

Conscientes de este sesgo estructural, CAPS actúa como altavoz y agente de cambio. Promovemos que el sexo (variable biológica) y el género (variable sociocultural) sean dimensiones centrales en toda la investigación, desde la fase preclínica hasta la

práctica clínica. Esto es un imperativo científico y ético para una medicina precisa y equitativa.

La persistencia de estas inequidades tiene un horizonte desolador: de no corregirse, podrían extenderse por 300 años. Un factor agravante es la ausencia de esta perspectiva en los planes de estudio de ciencias de la salud, lo que perpetúa el desconocimiento en las nuevas generaciones de profesionales.

#### SG-RECLIP: Una Guía para la Acción Clínica y Estratégica

Frente a este panorama, CAPS lidera la creación de SG-RECLIP, la primera guía clínica, metodológica y estratégica en Europa diseñada para integrar el sexo y el género en la práctica sanitaria. Es un documento dinámico y abierto, basado en el consenso de diversas entidades científicas, que prioriza las condiciones de salud con mayor impacto en la calidad de vida, en términos de carga de enfermedad, mortalidad y coste socioeconómico.

Su objetivo es operativo: ser una herramienta de fácil aplicación para que los y las profesionales incorporen criterios de morbilidad diferencial (enfermedades con distinta prevalencia, manifestación o respuesta al tratamiento según sexo/género) en su práctica diaria, la divulgación a la ciudadanía y también ser herramienta para generar estrategias políticas con el objetivo de mejorar la equidad en salud. SG-RECLIP busca revertir inequidades que afectan a todos, como el infradiagnóstico en hombres de condiciones consideradas específicamente "de mujeres" como el cáncer de mama o la osteoporosis o la menor precisión en el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares

Nuestro deseo es contribuir a la dinamización de la implementación de los conocimientos actuales e impulsar la difusión y el avance de la salud con dimensión de sexo y género.

#### **Justificación**

La asociación Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS<sup>1</sup>) es una O.N.G. con más de 40 años de trayectoria cuyo objetivo principal es la divulgación de la perspectiva de sexo y género en el ámbito de la salud. CAPS y todas las entidades y sociedades que han colaborado en la elaboración de este documento se sienten interpeladas para actuar como altavoz ante un hecho conocido y preocupante como es la falta de investigación científica de las diferencias por sexo y género y su repercusión en la salud de las mujeres.

Lo que las y los profesionales de la medicina conocen sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades proviene, en gran medida, de investigaciones realizadas en células masculinas, ratones machos y sujetos varones humanos. Históricamente, las mujeres en edad fértil fueron sistemáticamente

---

<sup>1</sup><https://capsmujeresysalud.org/caps/>

excluidas de los ensayos clínicos por diversas razones, entre ellas la supuesta necesidad de proteger su salud y la de posibles embarazos futuros. A esta exclusión se sumaron otras justificaciones, como la variabilidad hormonal asociada al ciclo menstrual, consideradas como un obstáculo metodológico. Como consecuencia, tanto la investigación biomédica como la práctica clínica han centrado su atención principalmente en la fisiología masculina, generando importantes vacíos de conocimiento sobre la salud de las mujeres. Se asumía que las células y los organismos masculinos y femeninos eran biológicamente idénticos, y la medicina basada en la evidencia se definía principalmente a partir de ensayos clínicos realizados en hombres<sup>2</sup>. Aunque en 1993 los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EE. UU. ordenaron la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos financiados por esta institución, muchos estudios no siguieron dicha directriz y, en los que sí incluyeron mujeres, a menudo no se analizaron los resultados desagregados por sexo<sup>3,4</sup> lo que limitó la efectividad de esta política. Además, la investigación preclínica y los estudios de desarrollo de fármacos han continuado utilizando predominantemente modelos animales y celulares masculinos<sup>5, 6, 7</sup>. En los últimos años, la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos ha experimentado un aumento significativo<sup>8</sup>. Sin embargo, la investigación preclínica continúa mostrando un sesgo marcado hacia el uso de modelos animales y celulares de sexo masculino. Esta dependencia excesiva del sexo anatómico masculino (XY) ha contribuido, en parte, al fracaso de ensayos clínicos, ya que no se ha tenido en cuenta adecuadamente el impacto del sexo en la regulación diferencial de funciones biológicas<sup>9</sup>. La mayoría de las agencias de financiación en Europa, Canadá y América del Norte han implementado políticas para obligar y apoyar a la comunidad investigadora en la consideración del sexo (constructo biológico) y el género (constructo social) en todos los niveles de la investigación médica<sup>10</sup>. No

---

<sup>2</sup> Clayton, J. A. (2016). Studying both sexes: A guiding principle for biomedicine. *FASEB Journal*, 30(2), 519–524. <https://doi.org/10.1096/fj.15-279554>

<sup>3</sup> Geller, S. E., Koch, A. R., Roesch, P., Filut, A., Hallgren, E., & Carnes, M. (2018). The more things change, the more they stay the same: A study to evaluate compliance with inclusion and assessment of women and minorities in randomized controlled trials. *Academic Medicine*, 93(4), 630–635. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002027>

<sup>4</sup> Schiebinger, L., Leopold, S. S., & Miller, V. M. (2016). Editorial policies for sex and gender analysis. *The Lancet*, 388(10062), 2841–2842. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32392-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32392-3)

<sup>5</sup> Justice, M. J. (2024). Sex matters in preclinical research. *DMM Disease Models and Mechanisms*, 17(3), 1–5. <https://doi.org/10.1242/dmm.050759>

<sup>6</sup> Klein, S. L., Schiebinger, L., Stefanick, M. L., Cahill, L., Danska, J., De Vries, G. J., Kibbe, M. R., McCarthy, M. M., Mogil, J. S., Woodruff, T. K., & Zucker, I. (2015). Opinion: Sex inclusion in basic research drives discovery. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(17), 5257–5258. <https://doi.org/10.1073/pnas.1502843112>

<sup>7</sup> Mauvais-Jarvis F, Arnold AP, Reue K. A Guide for the Design of Pre-clinical Studies on Sex Differences in Metabolism. *Cell Metab*. 2017 Jun 6;25(6):1216-1230. doi: 10.1016/j.cmet.2017.04.033. PMID: 28591630; PMCID: PMC5516948.

<sup>8</sup> Mannon, E. C., Ray, S. C., Ryan, M. J., & Sullivan, J. C. (2020). Does sex matter? An update on the implementation of sex as a biological variable in research. *American*

<sup>9</sup> Lee S. K. (2018). Sex as an important biological variable in biomedical research. *BMB reports*, 51(4), 167–173. <https://doi.org/10.5483/bmbrep.2018.51.4.034>

<sup>10</sup> White, J., Tannenbaum, C., Klinge, I., Schiebinger, L., & Clayton, J. (2021). The Integration of Sex and Gender Considerations into Biomedical Research: Lessons from International Funding Agencies. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 106(10), 3034–3048. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab434>

obstante, la biología y la medicina con enfoque de sexo y género aún se consideran áreas especializadas en lugar de una dimensión central en la investigación médica. Para mejorar la atención clínica y la ciencia traslacional, es esencial que los profesionales de la medicina y la investigación en salud sean conscientes de que las enfermedades que tratan y estudian presentan diferencias entre mujeres y hombres en términos de epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, efectos psicológicos, progresión y respuesta al tratamiento<sup>11</sup>. Como han establecido los Institutos Nacionales de Salud, tanto de Canadá como de EE.UU., desde las fases preclínicas se ha de incluir el sexo anatómico como variable biológica (SVB) en todos los estudios. Desde CAPS, proponemos también la inclusión del género como variable sociocultural (GVS) en los estudios con seres humanos<sup>12</sup>. También, es importante no perder de vista que la determinación del sexo anatómico es un proceso biológico complejo, y que este enfoque deja fuera a las personas intersexuales. Las personas intersex nacen con variaciones en los cromosomas sexuales, las gónadas, los niveles hormonales o los genitales que no se ajustan a las definiciones típicas de “masculino” o “femenino”. Estas variaciones pueden incluir cariotipos como XXY, XXXY, XYY, o condiciones como la insensibilidad a los andrógenos, entre otras. Muchas de estas personas ni siquiera son conscientes de su condición, ya que algunas manifestaciones intersexuales no se detectan hasta la pubertad o incluso nunca. Se estima que entre el 1,7% y el 2% de la población mundial presenta alguna forma de variación intersexual, una cifra que pone en evidencia la necesidad de abordar este tema de forma explícita y respetuosa. Es, sin duda, un aspecto que en algún momento debemos tratar con la profundidad que merece.

Además, a pesar de haber sido estudiadas las diferencias de sexo anatómico y género y saberse fundamentales, no han sido incorporadas de manera adecuada en los programas universitarios de los estudios relacionados con las ciencias de la salud ni en su formación de posgrado y en consecuencia, tampoco han sido incorporados a la clínica. Es previsible que las inequidades en la atención sanitaria persistan durante los próximos 300 años según la literatura<sup>13</sup>.

Actualmente estamos ante una explosión de usos de la Inteligencia Artificial (IA) en multitud de campos de aplicación, incluyendo el campo de la salud. Aplicaciones basadas en IA se están comenzando a utilizar para personalizar los diagnósticos y los tratamientos en función de las características individuales de cada—, también para mejorar la gestión y logística médica y hospitalaria, o para superar las barreras

---

<sup>11</sup> Mauvais-Jarvis, F. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet (London, England)*, 396(10250), 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)

<sup>12</sup> Díaz C, Corrales A. El análisis de sexo y/o género en la investigación biomédica. En: VV.AA. Monografías de Farmacia Hospitalaria: Salud con perspectiva de género (nº 21). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2024. <https://www.construyendolafh.es/el-analisis-de-sexo-yo-genero-en-la-investigacion-biomedica>

<sup>13</sup> WORLD ECONOMIC FORUM. Closing the Women’s Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies. 2024. Disponible en: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Closing\\_the\\_Women%E2%80%99s\\_Health\\_Gap\\_2024.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women%E2%80%99s_Health_Gap_2024.pdf)

geográficas, económicas y culturales que dificultan el acceso a la atención médica para ciertos grupos de la población.

La inclusión de las dimensiones de sexo y género en el desarrollo y la aplicación de soluciones de inteligencia artificial (IA) en el ámbito de la salud es una necesidad imperante y un imperativo ético. La salud de hombres y mujeres está influenciada por factores biológicos (sexo) y socioculturales (género) que interactúan de manera compleja, los cuales son fundamentales para un correcto funcionamiento, pero con frecuencia no se tienen en cuenta en el diseño, la implementación y la evaluación de las tecnologías de IA.

Esta situación ocurre porque los datos con los cuales se entrenan las aplicaciones de IA procedentes de estudios científicos o recogidos de la práctica clínica están sesgados o incompletos no incluyendo específicamente la dimensión de sexo y género. La falta de consideración de estas dimensiones puede llevar a discriminación en los algoritmos, a diagnósticos erróneos, a tratamientos ineficaces o incluso perjudiciales, y a la perpetuación de desigualdades en el acceso y la calidad de la atención médica.

Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares se presentan de forma distinta en hombres y mujeres, los algoritmos de diagnóstico de IA basados únicamente en datos masculinos pueden no ser precisos para las mujeres <sup>14</sup>, o las desigualdades de género en el acceso a la educación, al empleo y a los recursos económicos, así como las normas culturales sobre la masculinidad y la feminidad, pueden influir en la adopción de hábitos saludables, en la búsqueda de atención médica y en la adherencia a los tratamientos <sup>15</sup>.

La recopilación exhaustiva de datos desagregados por sexo y género es fundamental para comprender las necesidades específicas de salud de hombres y mujeres y para identificar las desigualdades existentes. La transparencia en el análisis de estos datos es igualmente vital para garantizar la detección y corrección de sesgos, especialmente para evitar que estos sesgos se amplifiquen y perpetúen a través de las aplicaciones de inteligencia artificial, permitiendo el desarrollo de políticas y prácticas sanitarias más equitativas e inclusivas que beneficien a toda la población.

Los datos utilizados para entrenar los algoritmos de IA deben ser representativos de la diversidad de la población, incluyendo a hombres, mujeres y personas intersex de diferentes edades, etnias, condiciones socioeconómicas y orientaciones sexuales. Adicionalmente, es necesario analizar y validar los algoritmos para identificar posibles sesgos ocultos y corregirlos.

Las enfermedades que afectan con mayor frecuencia a las mujeres, aquellas que se manifiestan de forma diferente en hombres y mujeres, así como las diferencias en

---

<sup>14</sup> Regitz-Zagrosek, V., Oertelt-Prigione, S., Prescott, E., Franconi, F., Gerds, E., Petzold, T., ... & Kublickiene, K. (2016). Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*, 37(1), 24-34.

<sup>15</sup> World Health Organization. (2019). *Gender equity in health: analysis of policies, interventions and research*.

terapias y métodos de diagnóstico, se engloban bajo el término ‘morbilidad diferencial’<sup>16</sup>. Nuestro objetivo también es difundir este concepto para mejorar la atención a la salud de las mujeres, si bien, las inequidades también afectan a la salud de los hombres que sufren el infradiagnóstico de determinadas enfermedades que tradicionalmente se consideran ‘femeninas’ como el cáncer de mama, la osteoporosis, artritis reumatoide o la depresión. Será necesario, pues, revertir paulatinamente las inequidades que afectan a todas y todos.

En estos momentos está en marcha un estudio en la Bielefeld University, de Alemania que realizará una revisión sistemática de la incorporación de conocimientos sobre sexo anatómico y género en las guías de práctica clínica en Europa<sup>17</sup>. No hemos identificado otras iniciativas parecidas en Europa, por lo que SG-RECLIP puede ser la primera propuesta de guía clínica, metodológica y estratégica de estas características.

Con el fin de divulgar y concienciar sobre las diferencias de sexo y género proponemos una guía de consenso entre diversas entidades y sociedades científicas referente a las recomendaciones clínicas prioritarias a promover en la atención de la salud con criterios de morbilidad diferencial. En esta primera edición se da preferencia a los problemas de salud que, por su prevalencia o por su carga de enfermedad, afectan de forma significativa a la población, medida a través del impacto en términos económicos (costes directos e indirectos), mortalidad y morbilidad, cuantificados como AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) o AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos).

Se detallan a continuación determinadas acciones que se han priorizado en relación con aspectos clínicos, metodológicos y estratégicos con el objetivo de facilitar la tarea de las y los profesionales clínicos de manera que éste sea un instrumento de fácil aplicación en la atención sanitaria cotidiana basado en las evidencias y los conocimientos actuales que puede ampliarse en la medida en que se alcancen objetivos de mejora. Se pretende que éste sea un documento dinámico y vaya ampliando sus objetivos en el tiempo.

*Comentario sobre inclusividad del documento: En este documento se ha utilizado el término ‘sexo y género’ para reflejar un lenguaje inclusivo pero se reconoce la necesidad de investigación de los determinantes de género en la salud de las comunidades transgénero, no binarias y de género fluido. Además, aunque se ha basado en términos principalmente biológicos se reconocen también las diferencias por motivo de raza, etnia, situación socioeconómica, discapacidad, edad y orientación sexual que reciben la denominación de interseccionalidad y que requieren también de mayor investigación tal y como recoge el documento de la Comisión Europea publicado*

---

<sup>16</sup> Valls Llobet, Carme. “Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres”. Feminismo/s. N. 18 (dic. 2011). ISSN 1696-8166, pp. 281-290.

<sup>17</sup> Naghipour, A., Gemander, M., Becher, E., & Oertelt-Prigione, S. (2023). Consideration of sex and gender in European clinical practice guidelines in internal medicine: a systematic review protocol. *BMJ open*, 13(6), e071388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071388>

en diciembre de 2024.<sup>18</sup> Del mismo modo, es fundamental visibilizar a las personas intersex, cuya existencia evidencia que el sexo anatómico no es binario. Estas personas presentan una amplia gama de variaciones cromosómicas, gonadales, hormonales y/o anatómicas, que forman parte natural de la diversidad humana. Muchas de ellas ni siquiera son conscientes de su condición, lo que acentúa la necesidad de mayor inclusión, reconocimiento y generación de conocimiento científico que incorpore su realidad en los estudios sobre salud y bienestar.

## Objetivos

1. **Mejorar la atención sanitaria de las mujeres**, aplicando un enfoque con dimensión de sexo y género en la práctica clínica para corregir los sesgos existentes en la práctica clínica y reducir inequidades en salud.
2. **Introducir y sistematizar la recogida de datos clínicos** específicos de las mujeres en la anamnesis médica, incorporando factores como la salud menstrual, cardiovascular y la violencia de género.
3. **Mejorar el diagnóstico y tratamiento de patologías** muy prevalentes, como las cardiovasculares, con importantes características diferenciales en su clínica, fisiopatología y métodos diagnósticos; de patologías específicas de mujeres, como la endometriosis; de patologías con diferencias en su incidencia, como las que se expresan con dolor crónico, con el objetivo de evitar sesgos de género en su evaluación y manejo.
4. **Promover la validación de la sintomatología de las mujeres** (referido a sintomatología no evidenciable: dolor, salud mental...)
5. **Mejorar la atención integral a la salud mental** con especial enfoque en etapas de cambios hormonales (ciclo menstrual, perinatalidad, perimenopausia y menopausia), incluyendo el cribado rutinario de la depresión posparto y trastornos de ánimo en la atención perinatal.
6. **Sensibilizar y facilitar la formación de profesionales sanitarios y sociedades científicas** en la dimensión de sexo y género, asegurando que todas las guías clínicas incorporen estas diferencias.
7. **Fomentar la investigación científica** con incorporación de la dimensión de sexo y género en todos los aspectos de la investigación, la segregación de resultados

---

<sup>18</sup> European Commission. (2024). *Framework for the integration and evaluation of inclusive gender analysis in research and innovation content*. Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/>  
[https://era.gv.at/public/documents/5285/Famework\\_for\\_the\\_Integration\\_and\\_Evaluation\\_of\\_inclusive\\_Gender\\_Analysis\\_in\\_RI\\_content.pdf](https://era.gv.at/public/documents/5285/Famework_for_the_Integration_and_Evaluation_of_inclusive_Gender_Analysis_in_RI_content.pdf)

por sexo y promover la obligatoriedad de la aplicación de estándares internacionales de calidad en el análisis de datos.

8. **Desarrollar sinergias interprofesionales** para la implementación de la medicina con dimensión de sexo y género en todos los ámbitos de la salud incluyendo investigación, la práctica clínica y el desarrollo y especialmente, la aplicación de la inteligencia artificial en salud.
9. **Ampliar el conocimiento sobre patologías diferenciales en mujeres** y establecer líneas de actuación futuras, incluyendo la prevención primaria y la integración de la interseccionalidad en la salud.
10. **Promover el conocimiento de la medicina de género** no sólo entre profesionales sanitarios sino también entre estamento político a nivel español y europeo, así como entre población atendida.

## **RECOMENDACIONES CLÍNICAS PRIORITARIAS BASADAS EN LA MEDICINA CON DIMENSIÓN DE SEXO Y GÉNERO**

Se han dividido las acciones recomendadas para mejorar la atención a la salud de las mujeres en las que abordan, aspectos clínicos, aspectos metodológicos y aspectos estratégicos.

### **Aspectos clínicos**

Se ha evidenciado que el 6% de las enfermedades que afectan a las mujeres son cardiovasculares y representan un 47% de los años de vida vividos con discapacidad. El 36% de las patologías que afectan a las mujeres son aquellas que impactan de forma desproporcionada en su salud, representando un 23% de la carga total de enfermedad, como el dolor crónico (fibromialgia, migrañas), los problemas de salud mental y las enfermedades autoinmunes. Además, el 57% corresponde a enfermedades relacionadas con la salud materna, ginecológica y menstrual, las cuales generan un 22% de la carga de enfermedad.<sup>12</sup>

#### **1. Mejorar la salud cardiovascular:**

Existen factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que son comunes a hombres y mujeres. Sin embargo, se han definido una serie de factores de riesgo específicos de las mujeres que no se suelen tener en cuenta en la práctica médica. Además, los conocimientos de la clínica así como en la fisiopatología y los métodos de diagnóstico adecuados a las mujeres no se plasman en las guías de práctica clínica ni en los scores de riesgo o de evaluación de clínica predictiva de enfermedad isquémica. Se trata de la primera causa de muerte de las mujeres. Recomendaciones:

**1.1. Difusión de los factores de riesgo cardiovascular específicos de las mujeres y su valoración para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Promover los aspectos diferenciales, que deben ser tenidos en cuenta en las nuevas guías y scores.**

**1.2. Difusión de las características diferenciales en la sintomatología cardiovascular en las mujeres: INOCA.**

**1.3. Difundir los conocimientos de las diferencias en la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas de enfermedad isquémica coronaria aguda y crónica en las mujeres.**

**2. Mejorar el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico, migraña y fatiga.** Las patologías relacionadas con el dolor y la fatiga afectan de forma predominante a las mujeres. Ello supone una elevada carga de enfermedad y un gran impacto a la calidad de vida y a la vida laboral.

**2.1. Diagnóstico diferencial del dolor crónico generalizado. Debe realizarse siempre un diagnóstico de exclusión, y descartar otras causas biológicas subyacentes.**

**2.2. Migraña: abordar el tratamiento de forma escrupulosa. No debe considerarse una condición normal por su elevada prevalencia. Tener en cuenta su frecuente relación con trastornos del ciclo menstrual que también deben ser abordados.**

**2.3 Aunque es una condición frecuente, evitar asumir como normales los síntomas de fatiga y dolor. Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva para confirmar el diagnóstico y descartar otras patologías.**

**3. Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud menstrual - que afectan exclusivamente a las mujeres**

Todas las alteraciones que se priorizan destacan por tener un elevado impacto en la calidad de vida de las mujeres. Se estima que el 50% de las mujeres en edad fértil padecen ferropenia. Además, alrededor de un 10% presenta endometriosis —cuya sospecha clínica surge ante síntomas como dismenorrea, dolor pélvico o dispareunia— su diagnóstico suele tener un retraso de 6-8 años en nuestro entorno e implica una elevada carga de enfermedad para mujeres jóvenes. Otro 10% sufre síndrome de ovario poliquístico (SOP), condición asociada a importantes complicaciones cardiovasculares y óseas a largo plazo. Otra alteración menstrual relevante por su impacto en la calidad de vida es el

síndrome premenstrual, cuya prevalencia alcanza un 47,8% según un amplio metaanálisis<sup>19</sup>.

### **3.1. Incorporar la anamnesis de la salud menstrual de forma rutinaria**

### **3.2. Detectar y tratar la ferropenia**

### **3.3. Diagnosticar precozmente endometriosis**

### **3.4. Diagnóstico y tratamiento del ovario poliquístico**

### **3.5. Diagnóstico y tratamiento del síndrome premenstrual**

### **3.6. Menopausia: información veraz de esta fase de la vida de las mujeres, con una consideración desmedicalizadora (Salud para disfrutar) y un abordaje de los malestares y fisiología de todas las etapas de la menopausia.**

**4. Salud mental y adicciones** - La salud mental afecta de forma diferente a las mujeres debido a factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. Estas diferencias influyen en la prevalencia, la manifestación clínica de los trastornos y las necesidades terapéuticas, que deben abordarse con un enfoque sensible y adaptado.

#### **4.1 Validar los síntomas, evitando la minimización de su malestar y asegurando diagnósticos y tratamientos adecuados<sup>20</sup>. Promover el uso racional de los tratamientos farmacológicos y los enfoques terapéuticos integrales.<sup>21, 22, 23</sup>**

---

<sup>19</sup> A, D. M., K, S., A, D., & Sattar, K. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 8(2), 106–109. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8024.4021>

<sup>20</sup> Bergl PA, Taneja A, El-Kareh R, Singh H, Nanchal RS. Frequency, Risk Factors, Causes, and Consequences of Diagnostic Errors in Critically Ill Medical Patients: A Retrospective Cohort Study. *Crit Care Med*. 2019 Nov;47(11):e902-e910. doi: 10.1097/CCM.0000000000003976. PMID: 31524644.

<sup>21</sup> Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Delclós J, Benavides FG. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados [Prevalence of the use of hypnotics and sedatives among the working population and associated work-related stress factors]. *Gac Sanit*. 2014 Sep-Oct;28(5):369-75. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.04.009. Epub 2014 May 28. PMID: 24878258.

<sup>22</sup> González-López MDC, Díaz-Calvo V, Ruíz-González C, Nievas-Soriano BJ, Rebollo-Lavado B, Parrón-Carreño T. Consumption of Psychiatric Drugs in Primary Care during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 14;19(8):4782. doi: 10.3390/ijerph19084782. PMID: 35457647; PMCID: PMC9030027.

<sup>23</sup> Utzet M, Llorens-Serrano C, Ayala-Garcia A, Esteve-Matalí L, Navarro-Giné A, Bacigalupe A. Women working as cleaners in Spain: working conditions and use of psychotropic drugs. *Occup Environ Med*. 2024 Oct 8;81(9):433-438. doi: 10.1136/oemed-2024-109456. PMID: 39242211.

**4.2. Abordar la salud mental con dimensión de sexo y género, considerando el impacto de las desigualdades sociales, la violencia de género y los factores biológicos.<sup>24, 25</sup>**

**4.3. Adaptar los programas de atención a las adicciones a las necesidades específicas de las mujeres, incorporando el abordaje de violencias, cuidados y salud mental. Garantizar recursos accesibles, integrales y libres de estigmas.**

**4.4. Incluir la salud mental perinatal en la atención rutinaria de mujeres gestantes y puérperas<sup>26</sup>**

## **5. Difundir los conocimientos básicos de la farmacocinética y farmacodinámica diferenciales y los referentes a los fármacos más utilizados.**

Teniendo en cuenta el impacto que puede suponer la farmacocinética diferencial en el efecto y seguridad de los medicamentos, la inclusión de la farmacología con dimensión de sexo y género (PSG en todo el ciclo de vida de un fármaco es fundamental para garantizar una atención sanitaria equitativa, segura y basada en la evidencia.

La farmacocinética diferencial explica las diferencias en la cantidad de fármaco que llega al sitio de acción, mientras que la farmacodinamia diferencial explica las diferencias en la respuesta del organismo al fármaco, aunque llegue la misma cantidad.

Las fases por las que pasa un fármaco dentro del organismo desde que se administra hasta que se elimina se conocen con las siglas LADME, acrónimo de los procesos de Liberación, Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción y en todas ellas se han documentado diferencias por cuestión de sexo. Desde interacciones entre fármaco-excipientes en el proceso de Liberación, que tienen un impacto en la biodisponibilidad diferente en hombres y mujeres (ejemplo: interacción ranitidina y polietilenglicol 400 que provoca un aumento de biodisponibilidad en hombres y una disminución de la misma en mujeres).

Respecto al proceso de Absorción, las diferencias entre sexos en la mucosa gástrica (vaciado gástrico más lento en mujeres, pH gástrico menor y variaciones hormonales

---

<sup>24</sup> Abel KM, Freeman MP. Optimizing Mental Health for Women: Recognizing and Treating Mood Disorders Throughout the Lifespan. *J Clin Psychiatry*. 2023 Sep 18;84(5):vtsmdd2136ahc. doi: 10.4088/JCP.vtsmdd2136ahc. PMID: 37728480.

<sup>25</sup> Zygouri I, Cowdell F, Ploumis A, Gouva M, Mantzoukas S. Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Health Serv Res*. 2021 Jul 23;21(1):730. doi: 10.1186/s12913-021-06736-2. PMID: 34301248; PMCID: PMC8306003.

<sup>26</sup> Waqas A, Koukab A, Meraj H, Dua T, Chowdhary N, Fatima B, Rahman A. Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. *BMC Psychiatry*. 2022 Jan 24;22(1):54. doi: 10.1186/s12888-022-03694-9. PMID: 35073867; PMCID: PMC8787899.

durante el ciclo menstrual y el embarazo) pueden afectar el transporte y metabolismo de los fármacos, influyendo en su disponibilidad sistémica.

Estas diferencias también se observan con fármacos administrados por vías no orales, como la intramuscular, transdérmica o pulmonar.

El proceso de Distribución de un fármaco depende de factores que varían entre sexos, como la composición corporal. Los hombres tienen más agua corporal, mayor masa muscular y mayor flujo sanguíneo, lo que aumenta el volumen de distribución (Vd) de fármacos hidrofílicos, como los betabloqueantes. Por otro lado, las mujeres tienen mayor porcentaje de grasa corporal, lo que incrementa el Vd de fármacos lipofílicos, como las benzodiazepinas y anticancerígenos, lo que puede llevar a mayores concentraciones plasmáticas y un mayor riesgo de efectos adversos, especialmente con tratamientos prolongados.

Ambos sexos Metabolizan los fármacos de manera diferente". Las diferencias biológicas hepáticas entre sexos (flujo sanguíneo, flujo cardíaco y actividad enzimática de fase I y II) contribuyen a que el metabolismo de los fármacos sea distinto en hombres y mujeres". Las isoformas CYP1A2, CYP2D6, CYP2C19, CYP2C9 y CYP2E1 presentan menor actividad en mujeres, lo que se traduce en un metabolismo más lento y mayor tiempo para eliminarse del organismo, que puede tener un impacto en los efectos adversos observados para fármacos que se metabolizan a través de estos citocromos. Por el contrario, las isoformas CYP3A4, CYP2B6 presentan mayor actividad en mujeres, hecho que se traduce en un metabolismo y eliminación más rápidos, que puede llevar a observar menores concentraciones plasmáticas (Cp) y efecto.

Las diferencias en las isoformas del CYP3A4, que metaboliza fármacos como los antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos o anticonvulsivos, provocan que la velocidad de eliminación sea mayor en las mujeres en comparación con los hombres, lo que puede conllevar una disminución de la eficacia de estos tratamientos. Los antihistamínicos, que actúan como sustratos de la CYP2D6, presentan una eliminación más lenta en las mujeres, lo que explicaría por qué estas son más vulnerables a los efectos secundarios de sedación y somnolencia que los hombres.

El proceso de Eliminación también presenta diferencias, y en los fármacos que mayoritariamente se eliminan por vía renal, existen diferencias entre sexos en los tres procesos: filtración glomerular, secreción tubular y reabsorción tubular" que se traducen en un menor aclaramiento renal (Cl<sub>r</sub>) y un aumento de Cp que puede incrementar el riesgo de toxicidad. La tasa de filtración glomerular (GFR), aproximadamente un 10 % menor en mujeres explica una eliminación más baja de fármacos como la digoxina (12–14 % menos). En general, los hombres presentan mayor flujo sanguíneo renal y mayor capacidad de filtración, secreción y reabsorción. Esto tiene un impacto en muchos fármacos que se eliminan por esta vía como los anticancerígenos en los que se han hallado diferencias claras en el proceso de eliminación y aún así estas diferencias no se han explorado para saber cómo afectan en la eficacia o los efectos secundarios observados con estos tratamientos.

En cambio, durante el embarazo, estos procesos se aceleran modificando la eliminación de los fármacos durante la gestación.

**5.1. Recomendar la revisión de los estudios publicados sobre la comercialización de nuevos fármacos y la comprobación de que los resultados se publiquen desagregando los datos por sexo/género y teniendo en cuenta la farmacocinética y farmacodinámica diferenciales en todas las etapas del estudio clínico.**

**5.2. Proporcionar a los clínicos la revisión de los fármacos por sistemas en uso en relación con las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas importantes por sexo/género, causantes de mayor cantidad de efectos secundarios o falta de eficacia<sup>27</sup>. Elaboración de una guía de diferencias en farmacología con los fármacos más utilizados en la práctica clínica clasificados por especialidades médicas.**

**5.3. Promover la obligatoriedad, a través de la legislación, de la investigación científica con desagregación de resultados por sexo así como la limitación de las inversiones públicas a aquellos estudios que cumplan esta premisa. Se realizará a través de la versión para difusión política de este documento.**

### **Aspectos metodológicos**

**6. Introducir la anamnesis específica para problemas de salud diferenciales con relación con: salud cardiovascular diferencial, salud menstrual y reproductiva, salud mental, historia laboral, violencia de género, personas a cargo.**

**7. Mejorar la detección precoz de la violencia de género: anamnesis rutinaria y registro específico (CIE-10)**

**8. Promover la difusión de los conocimientos actuales y la investigación de las diferencias en los dispositivos médicos.**

### **Aspectos estratégicos**

---

<sup>27</sup> Mauvais-Jarvis F, Berthold HK, Campesi I, Carrero JJ, Dakal S, Franconi F, Gouni-Berthold I, Heiman ML, Kautzky-Willer A, Klein SL, Murphy A, Regitz-Zagrosek V, Reue K, Rubin JB. Sex- and Gender-Based Pharmacological Response to Drugs. *Pharmacol Rev.* 2021 Apr;73(2):730-762. doi: 10.1124/pharmrev.120.000206. Erratum in: *Pharmacol Rev.* 2021 Apr;73(2):860. doi: 10.1124/pharmrev.120.000206err. PMID: 33653873; PMCID: PMC7938661.

9. Difundir y promover la importancia de la investigación con dimensión de sexo y género<sup>28,29</sup>. El personal sanitario debe comprobar que los estudios están realizados con segregación de resultados por sexo: promover el obligado cumplimiento de las normas Sager.

10. Promover la integración de la dimensión de sexo y género en la Medicina dentro de la Universidad, así como fomentar la formación posgrado para profesionales sanitarios y no sanitarios (como investigadores en el ámbito de la salud, biomedicina o bioingeniería) con el fin de incorporar estos conocimientos en la práctica clínica y la investigación.

### Aspectos tecnológicos

11. Desarrollar, implementar y validar rigurosamente soluciones de IA en el ámbito de la salud que mitiguen activamente los sesgos de género, garantizando una práctica clínica equitativa y eficaz para las mujeres.

---

<sup>28</sup> Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). (2022). *Incorporating sex and gender perspective into research: A toolkit*. Generalitat de Catalunya. [https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2022/toolkit\\_perspective\\_sex\\_gender\\_research\\_aquas2022.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2022/toolkit_perspective_sex_gender_research_aquas2022.pdf)

<sup>29</sup> Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). (2024). *HIPATIA Toolkit: Checklist (fillable)*. Generalitat de Catalunya. <https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2024/hipatia-toolkit-checklist-fillable-aquas2024.pdf>

# SG-RECLIP

Recomendaciones clínicas prioritarias con dimensión de sexo y género

## I EDICIÓN 2025 RESUMEN EJECUTIVO

### 1. Problema acuciante sobre la salud de las mujeres y su tratamiento

- La evidencia médica sigue estando basada en modelos masculinos (células, animales y sujetos varones), lo que genera graves sesgos clínicos y diagnósticos.
- Las enfermedades que afectan de forma específica o diferencial a las mujeres están infra estudiadas, infra diagnosticadas o mal tratadas.
- Las inequidades en salud derivadas del sexo y género persisten y se proyectan hacia el futuro sin cambios si no se interviene.

### 2. Objetivo político estratégico

**Transformar el sistema sanitario europeo y español hacia una medicina equitativa y de calidad, que incorpore de forma transversal el enfoque de sexo y género en la investigación, la formación universitaria, la práctica clínica y la inteligencia artificial sanitaria.**

### 3. Propuestas prioritarias por ámbito

#### 3.a. Investigación biomédica y ensayos clínicos

- Obligatoriedad de incluir sexo como variable biológica (SVB) y género como variable sociocultural (GVS) desde la fase preclínica.
- Revisión y penalización del uso exclusivo de modelos masculinos en estudios con financiación pública.
- Implantación normativa del cumplimiento de las normas SAGER<sup>30</sup> cuyas recomendaciones para la segregación y análisis por sexo/género en todas las publicaciones aseguran una creación de ciencia con perspectiva de sexo y género.

---

<sup>30</sup> Heidari, Shirin, Babor, Thomas F., De Castro, Paola, Tort, Sera, & Curno, Mirjam. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 203-210. Epub 21 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003>

### **3.b. Política universitaria y formación sanitaria**

- Asignaturas obligatorias sobre medicina con perspectiva de sexo y género en grados de Medicina, Enfermería, Psicología, Farmacia y Ciencias de la Salud.
- Formación continua en medicina de género en posgrados y formación de profesionales de la Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Psicología (MIR/EIR/FIR).
- Inclusión de indicadores de cumplimiento obligatorios en sistemas de acreditación (ANECA y agencias autonómicas).

### **3c. Práctica clínica y atención sanitaria**

- Inclusión sistemática de variables de sexo/género en anamnesis clínicas, diagnósticos y tratamientos.
- Revisión de guías clínicas europeas con criterios de morbilidad diferencial.
- Establecimiento de comités de equidad en salud en cada hospital y centro de salud.

### **3.d. Políticas de salud pública**

- Incorporación de la dimensión sexo/género en las estrategias estatales y europeas de digitalización sanitaria e IA médica.
- Campañas de comunicación y prevención dirigidas a visibilizar patologías feminizadas y patologías masculinas invisibilizadas (osteoporosis, cáncer de mama masculino, salud mental en varones).

### **3.e. Financiación e incentivos**

- Puntuación adicional en proyectos financiados por entidades públicas (como [isciii.es](http://isciii.es), [aei.gob.es](http://aei.gob.es), [erc.europa.eu](http://erc.europa.eu)) u otras agencias para quienes integren el análisis sexo/género.
- Limitación de fondos públicos a estudios que no contemplen la desagregación de resultados por sexo.

## **4. Líneas clínicas prioritarias basadas en carga de enfermedad y prevalencia diferencial**

- Enfermedad cardiovascular femenina (primera causa de muerte): actualización de guías y scores añadiendo factores de riesgo específicos de mujeres y su ponderación en el cálculo de riesgos.
- Dolor crónico, migraña, fatiga: abordaje diagnóstico sin normalización del malestar.
- Salud menstrual, endometriosis, ovario poliquístico y menopausia: visibilización, diagnóstico precoz y protocolos diferenciados.
- Salud mental y adicciones: enfoque interseccional, salud perinatal, atención libre de estigmas.
- Farmacología: guía de efectos secundarios y eficacia por sexo, revisión crítica de estudios previos.

## 5. Recomendaciones inmediatas a nivel europeo y estatal

- Promover un marco legislativo europeo y español para la medicina de precisión con enfoque sexo/género.
- Desarrollar una hoja de ruta ministerial (sanidad, ciencia, universidades, igualdad) que articule las medidas propuestas.
- Apoyar iniciativas como este documento SG-RECLIP, pioneras en guías metodológicas para incorporar esta perspectiva.
- Designar a un observatorio estatal e interautonómico sobre inequidades de género en salud.

## 6. Consideraciones de inclusión e interseccionalidad

Este enfoque **no es exclusivo de las mujeres**. También busca abordar:

- El infradiagnóstico en hombres en enfermedades "feminizadas".
- Las barreras que enfrentan las personas intersex en la atención médica siendo esencial un abordaje con equipos multidisciplinares que respeten su autonomía y diversidad corporal
- Las barreras que enfrentan personas trans, no binarias, racializadas, mayores o con discapacidad en el acceso a una atención médica adecuada.

# SG-RECLIP

Priority clinical recommendations based on sex and gender dimension

I EDITION 2025

A proposal by CAPS. Shared authorship with: BARCELONA SUPERCOMPUTING ([bsc.es](http://bsc.es)).

With the support of: Consell de Col·legi d'infermeres i infermers de Catalunya, Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona, GENUSAL ([genusal.usal.es](http://genusal.usal.es)), Spanish Society of Psychiatry and Mental Health ([sepsm.org](http://sepsm.org)), Spanish Society of Dual Pathology ([patologiadual.es](http://patologiadual.es)), Sociedad Española del Dolor ([www.sedolor.es](http://www.sedolor.es)), Foro Español de Pacientes ([forodepacientes.org](http://forodepacientes.org)) .../...

**Authors:** Mercè Botinas<sup>a</sup>, Maria Gil<sup>b</sup>, M. Idoia Ugarte<sup>c</sup>, Mar R. Gimena<sup>d</sup>, Noemia Loio<sup>e</sup>, Lucía Artazcoz<sup>f</sup>, Anna Pujol<sup>g</sup>, Gemma Parramon<sup>h</sup>, Maria Rosa Ballester<sup>i</sup>, Jenny Campos-Salinas<sup>j</sup>, Capitolina Díaz<sup>k</sup>, Soledad Ascoeta<sup>l</sup>, Simona Giardina<sup>m</sup>, Alba Jané<sup>m</sup>, Teresa Pont<sup>n</sup>, , María José Rementería<sup>m</sup>, Clàudia Rosas<sup>m</sup>, Rosa Turbau<sup>g</sup>, Carme Valls<sup>o</sup>.

<sup>a</sup> Specialist in Family Medicine. Barcelona.

<sup>b</sup> Community Pharmacist. Valencia.

<sup>c</sup> Nurse. Professor at the University of Toledo.

<sup>d</sup> Specialist in Family Medicine. Madrid.

<sup>e</sup> Specialist in Occupational Medicine. Porto. Lisbon.

<sup>f</sup> Specialist in Preventive Medicine and Public Health. Barcelona Public Health Agency.

<sup>g</sup> Specialist in Family Medicine. Barcelona.

<sup>h</sup> Specialist in Psychiatry. Vall d'Hebron Hospital.

<sup>i</sup> Pharmacist. Sant Pau Hospital Research Institute.

<sup>j</sup> Graduate in Biology, PhD in Biochemistry, Molecular Biology, and Immunology. CSIC Researcher.

<sup>k</sup> Sociologist. University of Oviedo.

<sup>l</sup> Cardiologist. Parc Taulí University Hospital. Sabadell.

<sup>m</sup> Barcelona Supercomputing Center.

<sup>n</sup> Coordinator of the Clinical Commissions for Health and Gender. Catalan Department of Health. Barcelona.

<sup>o</sup> Endocrinologist. Barcelona.

Adhering entities:



The Center for Health Analysis and Programs (CAPS) is a non-governmental organization with over 40 years dedicated to integrating sex and gender perspectives into health. Our work addresses a critical reality: biomedical research and clinical practice have historically been grounded in studies using male cells, animal models, and human subjects, generating incomplete and dangerously biased knowledge about women's health.

This systematic exclusion, justified by the protection of fertility or hormonal variability, has created significant gaps. A universal biological equivalence was erroneously assumed, making male physiology the norm. Although guidelines to include women in clinical trials have existed since 1993, their implementation has been insufficient, and preclinical research continues to predominantly use male models. This omission has contributed to treatment failures and limits the effectiveness of healthcare.

Aware of this structural bias, CAPS acts as a loudspeaker and an agent of change. We advocate for sex (a biological variable) and gender (a sociocultural variable) to be central dimensions in all research, from the preclinical phase to clinical practice. This is both a scientific and ethical imperative for precise and equitable medicine.

The persistence of these inequities paints a bleak horizon: if uncorrected, they could extend for 300 years. An aggravating factor is the absence of this perspective in health sciences curricula, which perpetuates ignorance among new generations of professionals.

#### SG-RECLIP: A Guide for Clinical and Strategic Action

Confronting this landscape, CAPS leads the creation of SG-RECLIP, the first clinical, methodological, and strategic guide in Europe designed to integrate sex and gender into healthcare practice. It is a dynamic and open document, based on the consensus of various scientific entities, which prioritizes health conditions with the greatest impact on quality of life, in terms of disease burden, mortality, and socioeconomic cost.

Its goal is operational: to be an easy-to-apply tool for professionals to incorporate differential morbidity criteria (diseases with different prevalence, manifestation, or treatment response based on sex/gender) into their daily practice, public communication, and as a tool to generate political strategies aimed at improving health equity. SG-RECLIP seeks to reverse inequities that affect everyone, such as the underdiagnosis in men of conditions considered specifically "women's," like breast cancer or osteoporosis, or the lower diagnostic accuracy for cardiovascular diseases in women.

Our desire is to contribute to the dynamization of implementing current knowledge and to promote the dissemination and advancement of health with sex and gender dimensions

#### **Justification**

The Center for Health Analysis and Programs (CAPS<sup>1</sup>) is an NGO with over 40 years of experience whose main objective is the dissemination of the sex and gender perspective in the field of health. CAPS and all the entities and societies that have collaborated in the elaboration of this document feel called to act as a loudspeaker in the face of a known and worrying fact: the lack of scientific research on sex and gender differences and its impact on women's health.

What medical professionals know about the diagnosis, treatment, and prevention of diseases comes largely from studies conducted on male cells, male mice, and men. Historically, women of childbearing age were excluded from clinical trials for various reasons, including the supposed protection of their safety and that of their future children. To this have been added other reasons, such as monthly hormonal changes, etc., which have resulted in research and medical care being focused on male physiology. It was assumed that male and female cells and organisms were biologically

identical, and evidence-based medicine was defined primarily from clinical trials conducted on men<sup>2</sup>. Although in 1993 the National Institutes of Health (NIH) in the U.S. mandated the inclusion of women in clinical trials funded by this institution, many studies did not follow this directive. In those that did include women, the results were often not analyzed disaggregated by sex<sup>3,4</sup>, which limited the effectiveness of this policy. Furthermore, preclinical research and drug development studies have continued to predominantly use male animal and cellular models<sup>5, 6, 7</sup>. In recent years, the inclusion of women in clinical trials has increased. However, preclinical research remains biased towards male models. This excessive dependence on the male sex (XY) has contributed, in part, to the failure of clinical trials, as the impact of sex on the differential regulation of biological functions has not been adequately considered. The majority of funding agencies in Europe, Canada, and North America have implemented policies to compel and support the research community in considering sex (a biological construct) and gender (a social construct) at all levels of medical research<sup>10</sup>. Nevertheless, biology and medicine with a sex and gender approach are still considered specialized areas rather than a central dimension in medical research. To improve clinical care and translational science, it is essential that medical and health research professionals are aware that the diseases they treat and study present differences between women and men in terms of epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, psychological effects, progression, and response to treatment<sup>11</sup>. As established by the National Institutes of Health in both Canada and the U.S., sex as a biological variable (SABV) must be included in all studies from the preclinical phases. From CAPS, we also propose the inclusion of gender as a sociocultural variable (GSV) in studies with human beings<sup>12</sup>. It is also important to remember that anatomical sex determination is a complex biological process, and that this approach excludes intersex people. Intersex individuals are born with variations in sex chromosomes, gonads, hormone levels, or genitals that do not fit typical definitions of “male” or “female.” These variations can include karyotypes such as XXY, XXXY, or XYY, or conditions such as androgen insensitivity syndrome, among others. Many intersex people are not even aware of their condition, as some intersex traits are not detected until puberty—or sometimes never identified at all. It is estimated that between 1.7% and 2% of the global population has some form of intersex variation, a figure that underscores the need to address this topic explicitly and respectfully. Without a doubt, this is an issue that must be approached with the depth and seriousness it deserves.

Furthermore, despite the differences of sex and gender having been studied and known to be fundamental, they have not been adequately incorporated into the university programs of studies related to health sciences, nor in their postgraduate training, and consequently, they have not been incorporated into clinical practice either. It is foreseeable that inequities in health care will persist for the next 300 years according to the literature<sup>13</sup>.

#### **EXPANSION OF POINT 11. NEW TECHNOLOGIES APPLIED TO MEDICAL CARE**

*Maria José Rementería, Claudia Rosas, Simona Giardina from Barcelona Supercomputing Center.*

We are currently facing an explosion in the use of Artificial Intelligence (AI) in a multitude of application fields, including the health sector. AI-based applications are beginning to be used to personalize diagnoses and treatments based on the individual characteristics of each person, also to improve medical and hospital management and logistics, or to overcome geographical, economic, and cultural barriers that hinder access to medical care for certain groups of the population.

The inclusion of the dimensions of sex and gender in the development and application of artificial intelligence (AI) solutions in the field of health is an imperative need and an ethical imperative. The health of men and women is influenced by biological (sex) and sociocultural (gender) factors that interact in a complex way, which are fundamental for proper functioning, but are often not taken into account in the design, implementation, and evaluation of AI technologies.

This situation occurs because the data with which AI applications are trained, from scientific studies or collected from clinical practice, are biased or incomplete, not specifically including the dimension of sex and gender. The lack of consideration of these dimensions can lead to discrimination in algorithms, erroneous diagnoses, ineffective or even harmful treatments, and the perpetuation of inequalities in access to and quality of medical care.

For example, cardiovascular diseases present differently in men and women; AI diagnostic algorithms based solely on male data may not be accurate for women<sup>28</sup>, or gender inequalities in access to education, employment, and economic resources, as well as cultural norms about masculinity and femininity, can influence the adoption of healthy habits, the search for medical attention, and adherence to treatments<sup>29</sup>.

The exhaustive collection of data disaggregated by sex and gender is fundamental to understanding the specific health needs of men and women and to identifying existing inequalities. Transparency in the analysis of this data is equally vital to guarantee the detection and correction of biases, especially to prevent these biases from being amplified and perpetuated through the applications of artificial intelligence, allowing the development of more equitable and inclusive health policies and practices that benefit the entire population.

The data used to train AI algorithms must be representative of the diversity of the population, including men and women of different ages, ethnicities, socioeconomic conditions, and sexual orientations. Additionally, it is necessary to analyze and validate the algorithms to identify possible hidden biases and correct them.

Diseases that most frequently affect women, those that manifest differently in men and women, as well as differences in therapies and diagnostic methods, are encompassed under the term 'differential morbidity'<sup>14</sup>. Our objective is also to disseminate this concept to improve women's health care, although inequities also affect the health of men who suffer from underdiagnosis of certain diseases traditionally considered 'feminine' such as breast cancer, osteoporosis, rheumatoid arthritis, or depression. It will be necessary, therefore, to gradually reverse the inequities that affect everyone.

Currently, a study is underway at Bielefeld University in Germany that will conduct a systematic review of the incorporation of knowledge about sex and gender in clinical practice guidelines in Europe<sup>15</sup>. We have not identified other similar initiatives in Europe, so SG-RECLIP may be the first clinical, methodological, and strategic guide proposal of these characteristics.

In order to disseminate and raise awareness about the differences between sex and gender, we propose a consensus guide among various entities and scientific societies regarding priority clinical recommendations to be promoted in health care with criteria of differential morbidity. In this first edition, preference is given to health problems that, due to their prevalence or burden of disease, significantly affect the population, measured through their impact in economic terms (direct and indirect costs), mortality, and morbidity, quantified as DALYs (Disability-Adjusted Life Years) or YPLL (Years of Potential Life Lost).

Hereafter, we detail certain actions that have been prioritized in relation to clinical, methodological, and strategic aspects with the aim of facilitating the task of clinical professionals so that this is an instrument of easy application in daily health care based on current evidence and knowledge, which can be expanded as improvement objectives are achieved. It is intended that this be a dynamic document that expands its objectives over time.

*Commentary on the inclusion of the document: In this document, the term 'sex and gender' has been used to reflect inclusive language, but the need for research on gender determinants of health in transgender, non-binary, and gender-fluid communities is recognized. Furthermore, although it has been based primarily on biological terms, differences based on race, ethnicity, socioeconomic status, disability, age, and sexual orientation, which are termed intersectionality and also require further investigation, are also recognized, as stated in the European Commission document published in December 2024<sup>16</sup>. Likewise, it is essential to make intersex people visible, whose existence demonstrates that anatomical sex is not binary. These individuals present a wide range of chromosomal, gonadal, hormonal, and/or anatomical variations, which are a natural part of human diversity. Many of them are not even aware of their condition, which accentuates the need for greater inclusion, recognition, and the generation of scientific knowledge that incorporates their reality into studies on health and well-being.*

## Objetives

1. **Improve the health care of women**, applying an approach with a sex and gender dimension in clinical practice to correct existing biases and reduce health inequities.
2. **Introduce and systematize the collection of specific clinical data for women** in the medical history, incorporating factors such as menstrual health, cardiovascular health, and gender-based violence.
3. **Improve the diagnosis and treatment of highly prevalent pathologies**, such as cardiovascular diseases, with important differential characteristics in their clinical presentation, pathophysiology, and diagnostic methods; of pathologies specific to women, such as endometriosis; of pathologies with differences in their incidence, such as those that present with chronic pain, with the aim of avoiding gender biases in their evaluation and management.
4. **Promote the validation of women's symptomatology** (referring to non-evident symptomatology: pain, mental health...).
5. **Improve comprehensive mental health care** with a special focus on stages of hormonal changes (menstrual cycle, perinatality, and menopause), including routine screening for postpartum depression and mood disorders in perinatal care.
6. **Raise awareness and facilitate the training of health professionals and scientific societies** in the dimension of sex and gender, ensuring that all clinical guidelines incorporate these differences.
7. **Promote scientific research** with the incorporation of the sex and gender dimension in all aspects of research, the segregation of results by sex, and promote the mandatory application of international quality standards in data analysis.
8. **Develop interprofessional synergies** for the implementation of medicine with a sex and gender dimension in all areas of health, including research, clinical practice, and development, and especially, the application of artificial intelligence in health.

9. **Expand knowledge on differential pathologies in women** and establish future lines of action, including primary prevention and the integration of intersectionality in health.
10. **Promote the knowledge of gender medicine** not only among health professionals but also among the political establishment at the Spanish and European levels, as well as among the attended population.

## **PRIORITY CLINICAL RECOMMENDATIONS BASED ON MEDICINE WITH A SEX AND GENDER DIMENSION**

The recommended actions to improve women's health have been divided into those that address clinical aspects, methodological aspects, and strategic aspects.

### **Clinical Aspects**

*It has been shown that 6% of the diseases that affect women are cardiovascular and represent 47% of the years of life lived with disability. 36% of the pathologies that affect women are those that have a disproportionate impact on their health, representing 23% of the total burden of disease, such as chronic pain (fibromyalgia, migraines), mental health problems, and autoimmune diseases. Furthermore, 57% corresponds to diseases related to maternal, gynecological, and menstrual health, which generate 22% of the burden of disease.<sup>12</sup>*

#### **1. Improve cardiovascular health:**

*There are cardiovascular risk factors (CVRF) that are common to men and women. However, a series of specific risk factors for women have been defined that are not usually taken into account in medical practice. Furthermore, knowledge from the clinic as well as in pathophysiology and diagnostic methods appropriate for women are not reflected in clinical practice guidelines or in risk scores or predictive clinical evaluation of ischemic disease. It is the leading cause of death in women.*

*Recommendations:*

##### **1.1. Dissemination of specific cardiovascular risk factors for women and their assessment for diagnostic and therapeutic decision-making.**

Promote the differential aspects that should be taken into account in new guidelines and scores.

##### **1.2. Dissemination of the differential characteristics in cardiovascular symptomatology in women: INOCA.**

**1.3. Disseminate knowledge of the differences in the sensitivity and specificity of diagnostic tests for acute and chronic coronary ischemic disease in women.**

**2. Improve the diagnosis and treatment of chronic pain, migraine, and fatigue.**

Pathologies related to pain and fatigue predominantly affect women. This implies a high burden of disease and a great impact on quality of life and work life.

**2.1. Differential diagnosis of generalized chronic pain.** An exclusion diagnosis should always be made, and other underlying biological causes should be ruled out.

**2.2. Migraine: address the treatment scrupulously.** It should not be considered a normal condition due to its high prevalence. Its frequent relationship with menstrual cycle disorders, which must also be addressed, should be taken into account.

**2.3 Although it is a frequent condition, avoid assuming symptoms of fatigue and pain as normal.** It is essential to perform an exhaustive evaluation to confirm the diagnosis and rule out other pathologies.

**3. Improve the diagnosis and treatment of menstrual health problems - which exclusively affect women.**

All the alterations that are prioritized stand out for having a high impact on the quality of life of women. It is estimated that 50% of women of childbearing age suffer from iron deficiency. Furthermore, around 10% have endometriosis—whose clinical suspicion arises from symptoms such as dysmenorrhea, pelvic pain, or dyspareunia—its diagnosis usually has a delay of 6-8 years in our environment and implies a high burden of disease for young women. Another 10% suffer from polycystic ovary syndrome (PCOS), a condition associated with important long-term cardiovascular and bone complications. Another relevant menstrual alteration due to its impact on quality of life is premenstrual syndrome, whose prevalence reaches 47.8% according to a broad meta-analysis<sup>31</sup>.

**3.1. Incorporate the menstrual health history in a routine manner**

---

<sup>31</sup> A, D. M., K, S., A, D., & Sattar, K. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 8(2), 106–109. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8024.4021>

**3.2. Detect and treat iron deficiency**

**3.3. Diagnose endometriosis early**

**3.4. Diagnosis and treatment of polycystic ovary**

**3.5. Diagnosis and treatment of premenstrual syndrome**

**3.6. Menopause: truthful information about this phase of women's lives, with a de-medicalizing consideration (Health to enjoy) and an approach to the discomforts and physiology of menopause.**

**4. Mental Health and addictions** - Mental health affects women differently due to biological, psychological, environmental, and social factors. These differences influence the prevalence, clinical manifestation of disorders, and therapeutic needs, which must be addressed with a sensitive and adapted approach.

**4.1 Validate symptoms, avoiding the minimization of their discomfort and ensuring appropriate diagnoses and treatments<sup>18</sup>. Promote the use of rational pharmacological treatments and comprehensive therapeutic approaches.<sup>19, 20, 21</sup>**

**4.2. Address mental health with a sex and gender dimension, considering the impact of social inequalities, gender-based violence, and biological factors.<sup>22, 23</sup>**

**4.3. Adapt addiction care programs to the specific needs of women, incorporating the approach to violence, caregiving, and mental health. Guarantee accessible, comprehensive, and stigma-free resources.**

**4.4. Incluir la salud mental perinatal en la atención rutinaria de mujeres gestantes y puérperas<sup>32</sup>**

**5. Disseminate basic knowledge of differential pharmacokinetics and pharmacodynamics and references to the most used drugs.**

Considering the potential impact of differential pharmacokinetics on the effect and safety of medications, the inclusion of pharmacology with a sex and gender dimension

---

<sup>32</sup> Waqas A, Koukab A, Meraj H, Dua T, Chowdhary N, Fatima B, Rahman A. Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. *BMC Psychiatry*. 2022 Jan 24;22(1):54. doi: 10.1186/s12888-022-03694-9. PMID: 35073867; PMCID: PMC8787899.

(SGD) throughout the entire lifecycle of a drug is essential to guarantee equitable, safe, and evidence-based healthcare.

Differential pharmacokinetics explains the differences in the amount of drug that reaches the site of action, while differential pharmacodynamics explains the differences in the body's response to the drug, even if the same amount reaches the site.

The phases a drug passes through within the body from administration to elimination are known by the acronym LADME, standing for the processes of Liberation, Absorption, Distribution, Metabolism, and Excretion, and in all of them, differences due to sex have been documented. These range from drug-excipient interactions in the Liberation process, which have an impact on bioavailability that differs between men and women (example: interaction between ranitidine and polyethylene glycol 400 causing an increase in bioavailability in men and a decrease in the same in women). Regarding the Absorption process, differences between sexes in the gastric mucosa (slower gastric emptying in women, lower gastric pH, and hormonal variations during the menstrual cycle and pregnancy) can affect the transport and metabolism of drugs, influencing their systemic availability.

These differences are also observed with drugs administered via non-oral routes, such as intramuscular, transdermal, or pulmonary.

The Distribution process of a drug depends on factors that vary between sexes, such as body composition. Men have more total body water, greater muscle mass, and higher blood flow, which increases the volume of distribution ( $V_d$ ) of hydrophilic drugs, such as beta-blockers. On the other hand, women have a higher percentage of body fat, which increases the  $V_d$  of lipophilic drugs, such as benzodiazepines and anticancer agents, which can lead to higher plasma concentrations and an increased risk of adverse effects, especially with prolonged treatments.

Both sexes Metabolize drugs differently. Biological differences in the liver between sexes (blood flow, cardiac output, and phase I and II enzyme activity) contribute to drug metabolism being different in men and women. The CYP1A2, CYP2D6, CYP2C19, CYP2C9, and CYP2E1 isoforms show lower activity in women, which results in slower metabolism and longer time to be eliminated from the body, which can impact the adverse effects observed for drugs metabolized through these cytochromes.

Conversely, the CYP3A4 and CYP2B6 isoforms show higher activity in women, a fact that results in faster metabolism and elimination, which can lead to lower observed plasma concentrations ( $C_p$ ) and effect.

Differences in CYP3A4 isoforms, which metabolize drugs such as antidepressants, anxiolytics, analgesics, or anticonvulsants, cause the elimination rate to be higher in women compared to men, which can lead to a decrease in the effectiveness of these treatments. Antihistamines, which act as substrates for CYP2D6, show slower elimination in women, which would explain why they are more vulnerable to the sedative and drowsiness side effects than men.

The Elimination process also presents differences, and for drugs that are mostly eliminated renally, there are differences between sexes in the three processes: glomerular filtration, tubular secretion, and tubular reabsorption, which result in lower renal clearance ( $Cl_r$ ) and an increase in  $C_p$  that can increase the risk of toxicity. The glomerular filtration rate (GFR), approximately 10% lower in women, explains the lower elimination of drugs such as digoxin (12–14% less). In general, men have higher renal blood flow and greater filtration, secretion, and reabsorption capacity. This has

an impact on many drugs eliminated by this route, such as anticancer agents, in which clear differences in the elimination process have been found, yet these differences have not been explored to understand how they affect the efficacy or side effects observed with these treatments.

In contrast, during pregnancy, these processes are accelerated, modifying the elimination of drugs during gestation.

**5.1. Recommend the review of published studies on the commercialization of new drugs and the verification that the results are published disaggregating the data by sex/gender and taking into account the differential pharmacokinetics and pharmacodynamics in all stages of the clinical study.**

**5.2. Provide clinicians with a review of drugs by systems in use in relation to important pharmacokinetic and pharmacodynamic differences by sex/gender, which cause a greater number of side effects or lack of efficacy<sup>25</sup>. Elaboration of a guide on differences in pharmacology with the most used drugs in clinical practice classified by medical specialties.**

**5.3. Promote, through legislation, the mandatory nature of scientific research with disaggregation of results by sex as well as the limitation of public investments to those studies that comply with this premise. This will be carried out through the version for political dissemination of this document.**

### **Methodological Aspects**

**6. Introduce the specific anamnesis for differential health problems in relation to: differential cardiovascular health, menstrual and reproductive health, mental health, work history, gender-based violence, people in care.**

**7. Improve the early detection of gender-based violence: routine anamnesis and specific registration (ICD-10).**

**8. Promote the dissemination of current knowledge and research on differences in medical devices.**

### **Strategic Aspects**

**9. Disseminate and promote the importance of research with a sex and gender dimension<sup>26,27</sup>. Health personnel must verify that studies are carried out with segregation of results by sex: promote the mandatory compliance with the SAGER standards.**

**10. Promote the integration of the sex and gender dimension in Medicine within the University**, as well as promote postgraduate training for health and non-health professionals (such as researchers in the field of health, biomedicine, or bioengineering) in order to incorporate this knowledge into clinical practice and research.

**Technological Aspects**

**11. Develop, implement, and rigorously validate AI solutions in the field of health** that actively mitigate gender biases, ensuring equitable and effective clinical practice for women.

## Executive Summary of the Policy Version



### FIRST EDITION 2025

#### 1. Pressing problem regarding women's health and its treatment

- Medical evidence continues to be based on male models (cells, animals, and male subjects), which generates serious clinical and diagnostic biases.
- Diseases that specifically or differentially affect women are under-studied, under-diagnosed, or poorly treated.
- Health inequities derived from sex and gender persist and are projected into the future without change if no action is taken.

#### 2. Strategic political objective

Transform the European and Spanish health system towards an equitable and quality medicine, which incorporates transversally the approach of sex and gender in research, university training, clinical practice, and health artificial intelligence.

#### 3. Priority proposals by area

##### 3.a. Biomedical research and clinical trials

- Mandatory inclusion of sex as a biological variable (SABV) and gender as a sociocultural variable (GSV) from the preclinical phase.
- Review and penalization of the exclusive use of male models in studies with public funding.

- Normative implementation of compliance with SAGER<sup>33</sup> standards for the integration of sex and gender perspectives in research. Their recommendations ensure the disaggregation and analysis of data based on these variables, thereby fostering a more rigorous, inclusive, and accurate scientific practice.

### **3.b. University policy and health training**

- Mandatory subjects on medicine with a sex and gender perspective in the degrees of Medicine, Nursing, Psychology, Pharmacy, and Health Sciences.
- Continuous training in gender medicine for postgraduate programs and for professionals in Medicine, Nursing, Physiotherapy and Psychology.
- Inclusion of mandatory compliance indicators in accreditation systems (ANECA and regional agencies).

### **c. Clinical practice and health care**

- Systematic inclusion of sex/gender variables in clinical histories, diagnoses, and treatments.
- Review of European clinical guidelines (EMA, ECDC) with criteria of differential morbidity.
- Establishment of health equity committees in each hospital and health center.

### **3.d. Public health policies**

- Incorporation of the sex/gender dimension in state and European strategies for health digitalization and medical AI.
- Communication and prevention campaigns aimed at making feminized pathologies and invisible male pathologies (osteoporosis, male breast cancer, mental health in men) visible.

### **3.e. Financing and incentives**

---

<sup>33</sup> Heidari, Shirin, Babor, Thomas F., De Castro, Paola, Tort, Sera, & Curno, Mirjam. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 203-210. Epub 21 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003>

- Additional scoring in projects funded by public bodies (e.g., [iscii.es](https://www.iscii.es), [aei.gob.es](https://www.aei.gob.es), [erc.europa.eu](https://erc.europa.eu)), or other agencies for applicants who integrate the sex and gender analysis.
- Limitation of public funds to studies that do not contemplate the disaggregation of results by sex.

#### 4. Priority clinical lines based on burden of disease and differential prevalence

- Female cardiovascular disease (leading cause of death): updating of guidelines and risk scores by adding women-specific risk factors and their weighting in risk calculation. .
- Chronic pain, migraine, fatigue: diagnostic approach without normalization of discomfort.
- Menstrual health, endometriosis, polycystic ovary, and menopause: visibility, early diagnosis, and differentiated protocols.
- Mental health and addictions: intersectional approach, perinatal health, stigma-free care.
- Pharmacology: guide to side effects and efficacy by sex, critical review of previous studies.

#### 5. Immediate recommendations at European and state level

- Promote a European and Spanish legislative framework for precision medicine with a sex/gender approach.
- Develop a ministerial roadmap (health, science, universities, equality) that articulates the proposed measures.
- Support initiatives such as SG-RECLIP, pioneers in methodological guides to incorporate this perspective.
- Designate a state and inter-autonomous observatory on gender inequities in health.

#### 6. Considerations for inclusion and intersectionality

This approach is **not exclusive to women**. It also seeks to address:

- Underdiagnosis in men of "feminized" diseases.

- The barriers that intersex people face in healthcare are essential, with a multidisciplinary approach that respects their autonomy and bodily diversity.
- The barriers faced by trans, non-binary, racialized, older, or disabled people in accessing adequate medical care.