# Berdin artatzen al ditugu pazienteak emakumezko ala gizonezko izan?

Labaka Etxeberria Ainitze1\*; Pereda-Pereda Eva1,2 eta Perez Tejada Joana1,3.

1Euskal Herriko Unibertsitatea, UPV/EHU

2Biodonostia Osasun Ikerketa Institutua; Osasun Mentala eta Arreta Psikiatrikoen Taldea, 20014, Donostia, Spain

3Onkologikoa Fundazioa, Donostia

\*ainitze.labaca@ehu.eus

Laburpena

Ikerketa epidemiologiko zein kualitatiboek adierazten dutenez, paziente bat ezberdin artatua suerta daiteke emakumezko ala gizonezko izan. Errebisio bibliografiko honetan, fenomeno horren atzean egon daitekeen osasun profesionalen genero isuri psikologikoaren nondik norakoak aztertu dira. Hainbat lurraldetako ikerketa ezberdinen emaitzak kontuan hartuz, genero isuriak osasun profesionalen esfortzu terapeutikoan eragin dezake, eta honek, halaber, pazientea artatzeko, tratatzeko eta bideratzeko prozesua alda dezake, morbi-mortalitatean eraginez. Osasungintzan ematen den genero isuria murrizteko lerro estrategiko gisara, sexu ezberdintasun biologikoak errespetatzen dituzten gida kliniko estandarizatuak, osasun profesionalen genero kontzientzia eta aurreiritzien lanketa eta genero gaiak osasun ikasketetan jorratzea gomendatzen dira.

Hitz gakoak: generoa, isuri psikologikoa, osasun profesional, esfortzu terapeutiko

Abstract

Both epidemiological and qualitative research indicate that a patient can be differently treated depending on his/her gender. This bibliographical revision aims to provide an approach of the gender bias in health professionals. Worldwide collected data suggest that gender bias undermine the therapeutic effort of health professionals, and this changes, in turn, the clinical care and treatment processes, affecting the morbi-mortality rates. In order to reduce the gender bias in health care, interventions should be focused on sex specific clinical guides, gender awareness education of health professionals and inclusion of gender-related curricula in health studies.

Keywords: gender, psychological bias, health professional, therapeutic effort

1. **Sarrera, helburuak eta metodologia**

Laurogeita hamargarren hamarkadan lurralde ekonomikoki garatuetako osasungintzan genero bereizkeria ematen zela argitara atera zen, miokardioko infartu akutuaren inguruan jasotako datuen eskutik. Urteek ez dute ordea gizartean –eta osasungintzan- errotutako genero isuria ezabatu, eta Munduko Osasun Erakundearen arabera ertz asko ditu emakumeetan desabantailak eragiten dituen fenomeno horrek (1): “Emakume eta gizonak ezberdinak dira haien biologian, gizarteak esleitutako roletan eta familia eta komunitateko posizioan. Horrek eragina izango du beren osasuna hobetzeko egiten duten esfortzuan, baita osasun sistemak beren beharrei erantzuteko duen moduan ere”.

Hori kontuan hartuta, lan honen helburua esfortzu terapeutikoan izan daitekeen genero isuriak eztabaidagai gisa duen garrantzia azpimarratzea da, baita berau murrizteko esku-hartze esparru espezifikoak biltzea ere. Horretarako, errebisio bibliografiko narratiboa egin da Medline eta Dialnet datu baseetan 2019ko urtarrila aurretik argitaratutako lanak aurkitzeko, *gender bias* *AND therapeutic effort* hitzak erabiliz. Interneteko World Health Organization (<https://www.who.int/es>) web orria eta *ad hoc* kontsultatutako *Sesgos de género en la atención sanitaria* gidaliburuarekin (2) osatu da informazioa.

1. **Osasun ekitatea**

Munduko Osasun Erakundearen arabera, osasun ekitatea pertsona orok bere osasun potentzial osoa lortzeko aukera zilegia izateari deritzo, bere ezaugarri sozial, ekonomiko edo demografikoengatiko inolako eragozpenik jasan gabe (3).

Badira ia hiru hamarkada emakumeei gizonen aldean proba diagnostiko gutxiago egiten zitzaizkiela eta diagnostiko berantiarra jasotzen zutela argitara eman zela (4). Zentzu horretan, UNESCOren 2014-2021 Genero Berdintasunerako Lehentasunezko Ekintza Plana edota Zientzia, Teknologia eta Berrikuntzari buruzko ekainaren 1eko 14/2011ko legea emakumeek osasun zerbitzuak jasotzeko dituzten desabantailak gainditzera bideratuta daude, baina estatistikek adierazten dutenez, emakumeek artatze eraginkorra jasotzeko aukera gutxiago dute oraindik ere (5,6). Datu horien atzean osasun profesionalen genero aurreiritzi eta estereotipoak, sexu ezberdintasun fisiologikoekiko ezjakintasuna eta genero kontzientzia murritza egon daitezke.

Historikoki, ikerketa kliniko zein preklinikoak animalia arrekin eta gizonezkoekin osatu dira. Besteak beste Elikagai eta Sendagaien Elkarteak (FDA) eta Estatu Batuetako Osasun Institutuak (NIH) ikerlanetan bi sexuak aintzat har daitezen arautu bazuten ere, egun ez da ar eta emeen arteko proportzio parekiderik betetzen (7). Osasungintza beraz, literatura zientifiko androzentrikoaren gainean eraiki da, gorputz emearen ikerkuntza ugal aparatura mugatuz. Izan ere, uste zen ugalketa-sistemako zelulak soilik ezberdintzen zirela sexuaren arabera, gainerako zelula eta sistema biologikoak berdin-berdinak zirela emakume nahiz gizon izan. Gaur egun berezitasun sexualak maila zelularretik hasi eta sistema baskularra edo arnas aparatua bezalako egitura konplexuetara heltzen direla jakin badakigu ere, osasun zientzien eraikuntza historiko androzentrikoak gaur egungo praktikan eragiten du. Hori dela eta, osasungintzan emakumeak “konplexu”tzat edo “ezegonkor”tzat hartu izan dira, eta haien sintomatologia “atipiko”tzat, haien gaixotasun prozesua sarri ez datorrelako gidaliburuekin bat, azken hauek gizonetan oinarrituak baitira (2).

Horrela bada, emakumezkoen sintoma, zeinu, kexu eta eskaeren aurrean, osasun profesionalen ziurgabetasunarekiko tolerantzia faltak eta genero aurreiritziek praktika kliniko inkoherenteari bide eman diezaieke (8,9). Norvegiako Unibertsitate Ospitalean erizain eta medikuei egindako elkarrizketa ez-egituratuek adierazi zutenez, osasun profesionalek paziente emakumezkoak gizonen aldean eskatzaileagoak direla irizten dute, hau da, arreta denbora gehiago hartzen dutela eta behar dutena baino informazio gehiago eskatzen dutela (10). Baliteke pertzepzio horrek genero aurreiritziekin zerikusirik edukitzea. Ildo horretatik, Floyd-ek (1997) zera proposatzen du, medikuak arretatsuak izan daitezkeela estereotipatutako genero rolekin bat datozen kexuekin, baina ez genero rolarekin bat ez datozenekin. Arrazoibide diferentzia horrek genero ezberdintasunak ekar ditzake prebentzioan eta tratamenduan (12). Adibidez, mina duten emakumeek analgesia jasotzeko aukera gutxiago dute (13). Izan ere, somatizazioari buruzko irudikapen kognitiboa gehiago erlazionatzen da emakumezkoen estereotipoarekin, eta ondorioz, osasun profesionalek emakumeen mina gutxietsi dezakete (14). Profesionalek ezagutza edo interpretazio okerrek bultzatuta errealitatea modu distortsionatuan prozesatu eta juzgu desdoiak egiteko efektu psikologiko horri isuri kognitiboa deritzo (15).

1. **Genero isuria eta esfortzu terapeutikoa**

Tratamendu bat jasotzeko edota osasun zerbitzuengatik artatua izateko emakume eta gizonen arteko bereizkeria gertatzen denean ematen da osasun zerbitzuetako genero isuria, betiere tratu ezberdintasun hori osasun egoerak edo sexu ezberdintasun fisiologikoek justifikatzen ez badute (2,16). Depresioa (17), osteoporosia eta bularreko minbizia (18) bezalako gaixotasun feminizatuetan osasun profesionalen genero isuriak gaitza ez diagnostikatzea eragin eta gizonak kaltetu baditzake ere, oro har, emakumeei eragiten dien fenomenoa da, eta honako egoeretan bistaratzen da: profesionalek emandako aholkuetan, diagnostikoa esleitzerakoan, tratamenduan, finkatutako zainketa estandarretan eta osasun profesionalak protokoloekiko izan duen atxikimenduan. Tasa-Vinyals, Mora-Giral eta Raich-Escursell-en (2015) lana oinarritzat hartuz, isuri psikologikoek genero ezberdintasunak eragin ditzakete osasun ekintzen esparru hauetan (19):

|  |  |
| --- | --- |
| **Osasun profesionalaren eta pazientearen arteko harremana** | **Prozesu diagnostikoa** |
| * Giza-tratua. * Sintomen sinesgarritasuna. * Sintomen zilegitasuna. | * Kontsultatu arteko latentzia. * Diagnostikatua izan arteko latentzia. * Egindako proba diagnostikoen kopurua eta agresibitatea. |
| **Prozesu terapeutikoa** | **Prebentzioa eta jarraipena** |
| * Tratamendua hasi arteko latentzia. * Aukeratutako tratamendu mota. * Aukeratutako tratamenduaren pauta eta dosia. * Albo ondorioak kontuan hartzea. * Albo ondorioen inguruko kexuen sinesgarritasuna eta zilegitasuna. | * Arriskuaren eta prebentzio/jarraipena egiteko beharraren balioespena. * Erabilitako prebentzio prozeduren kopurua eta agresibitatea. * Jarraipen bisiten kopurua. * Pazientearen autonomia. |

Isuri horien ondorioak osasun emaitza okerragoak, konplikazio gehiago, morbilitate handiagoa eta mortalitate ratio handiagoa izan daitezke (20).

1. **Ondorio kaltegarriak zifretan**

Ikerketa epidemiologiko eta klinikoek pazienteen generoaren araberako osasun zerbitzuen eraginkortasun ezberdina aurkitu dute hamaika esparrutan. Adibidez, arazo dermatologiko berdinen aurrean, gizonezko gehiagok jaso zuen tratamendua emakumeekin konparatuta Estokolmon (21). Suedian, diabetes mellitusa duten gizonen % 85ak jasotzen ditu ahozko antihipergluzemikoak emakumeen % 55aren aldean (22). Protokoloak minik gabeko makro-hematuriaren aurrean pazientea onkologoarenera bideratzeko agintzen badu ere, emakumeen erdia ere ez dute bideratzen gizonen portzentajearekin konparatuta (23,24). Ingalaterran 26.000 parte hartzaile kontuan izanda egindako ikerketa baten arabera, osteoartritisa dela eta aldaka ordezkatzeko beharra zuten pazienteetan, emakumeek probabilitate gutxiago zuten espezialistarenera bideratuak izateko eta ondorengo ebakuntzarako itxaron zerrendan sartzeko (25). Mediku zein erizainek lehenago tratatzen dituzte gizonezkoak opioideekin emakumeak baino (26). Bihotzeko gaixotasunen inguruan, emakumeak artatzerakoan eraginkortasun txikiagoa aurkitu da hainbat esparrutan: bularreko minarekin ingresatzen denetik elektrokardiograma egin bitarteko denbora luzeagoa da (27,28), arrisku kardiobaskularra maneiatzeko medikazio gutxiago preskribatzen zaie (29) eta bihotzeko infartuaren diagnostikoa berantiarragoa izaten da (30,31). Kanadan aurkitu zutenez, hilgarriak izan zitezkeen traumatismodun emakumeak gutxiagotan bideratzen ziren traumatologia zerbitzuetara (32). Adibide guzti horiek kontuan hartuta, azpimarratzekoa da pazientearen osasun arazoa azkar ez hautemateak eta behar den zerbitzura ez bideratzeak hilkortasun tasa handitzen duela (33).

1. **Euskadin zer?**

Osasun profesionalek esfortzu terapeutikoan izan dezaketen isuria komunitateko kulturaren eta genero kontzientziaren araberakoa izan daiteke. Gai horren inguruan Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) osasungintzan egindako ikerketak gutxi badira ere, esfortzu terapeutikoan ezberdintasunak daudela adierazten dute datuek.

Hasteko, estatu mailan, emakumezkoek bisita diagnostikoa egin arte itxaron beharreko denbora gizonezkoena baino % 13.6 handiagoa da batez beste (34), eta lan ordaindua duten pertsonen artean, osasun egoera bera izanda ere, baja gutxiago ematen zaie emakumeei gizonei baino (35). Bestetik, Arabako lehen mailako osasun-arretan, II. motako diabetesa duten gizonek dietaren inguruko aholku gehiago jasotzen dituzte emakumezkoek baino (36). EAEn 2002. urtean, miokardioko infartu akutu (MIA) konparagarria (sexuaren araberako ezberdintasunik ez sintoma, elektrokardiograma eta entzima mailetan) izan zuten emakume eta gizonen artean, emakumeekin esfortzu terapeutiko txikiagoa egiten zela ikusi zen, desabantaila izan baitzuten Zainketa Intentsiboetarako Unitatera sartzeko, tronbolisia jasotzeko (gizonen % 33ari: emakumeen % 24ari), eta angioplastia (gizonen % 48ari: emakumeen % 29ari) eta kateterismoa egiteko (gizonen % 10ari: emakumeen % 6ari) (37). Orduztik urte asko pasa badira ere, eta EAEn MIA duten pazienteak artatzeko protokolo bateratua finkatu bada ere, gizonekin alderatuta MIA jasaten duten emakumeek tratamendu egokia jasotzeko aukera gutxiago edukitzen jarraitzen dute, nahiz eta arrakala txikitu den (38). Psikofarmakoen preskripzioaren inguruan egindako ikerketa kualitatibo baten arabera, osasun arazo berberen aurrean, emakumeen ahultasunaren inguruko sinesmen ideologikoak balorazio ezberdina eginarazten zien hainbat autonomia erkidegotako medikuei, Euskadi tarteko (39).

Badirudi beraz genero ikuspuntua kontuan hartzen duten gida kliniko eta protokoloak finkatzeak ez duela erabateko eraginkortasuna osasun profesionalen praktikan. Litekeena baita gaixotasunen sexu ezberdintasunen inguruko ezjakintasunaz gain gizartean, eta beraz osasun profesional askotan errotutako genero aurreiritziek eragina izatea.

1. **Genero isuria osasun profesionalen formakuntzan**

Zenbait adituren esanetan, osasun sistemako genero isuria profesionalen formakuntza eta heziketan genero gaiei esku hartuz saihestuko litzateke (16,20,40). Horretarako, jarrera, aurreiritzi eta estereotipoak landu beharko lirateke, eta ikasleei beren interpretazio propioen eta besteenen inguruan hausnartzeko aukera eman beharko litzaieke, kasu kliniko eta rol-jokoak landuz adibidez (16). Gainera, anatomia bezalako irakasgaietan tradizionalki erabilitako eredu eta liburuak aztertu eta birplanteatu beharko lirateke. Izan ere, osasungintzak teorian asexuatu zeritzon (bi sexuak ordezkatzeko erabilgarria) gorputz eredu bat erabili izan du, baina benetan erabat androzentrikoa zena. Honela, gorputz maskulinoa izan da gizakiaren ordezkari unibertsala, gorputz femeninoa ugalkortasunaz gaindiko aspektuetan ikusezin bihurtuz. Honek osasun profesionalen pertzepzio klinikoa sexu eta genero ezberdintasunekiko sentikorra izatea zaildu du (41).

Heziketan gai hauek jorratzeko zenbait erresistentzia aurkitu izan dira ordea: ikasketen kurrikuluko gainkarga, soilik emakumeen intereseko gaia denaren ustea, autoritate akademikoen aurrean genero isuria identifikatzeko zailtasuna eta beraz, zentroetan aldaketa politika sustatzeko oztopoak. Laburbilduz, unibertsitate tituluetan genero perspektiba txertatzeko gakoa maila politikoan, antolatzailean, kultura aldaketan eta irakaslegoan datza (42).

1. **Genero erlazioak osasungintzan**

Paradoxa badirudi ere, osasun profesionalen genero isuriaren ikerketak berak ere, genero isuria erakutsi du bere baitan. Izan ere, mediku ala medikuntzako ikasleei soilik pasa zaizkie genero kontzientziaren inguruko galdetegiak eskuarki (40,43,44), erizainak ere osasun profesionalak direla eta haien aurreiritziek ere pazientearengan eragin zuzena duela ahaztuz. Lanbide feminizatua izaki, erizaintza zainketak historikoki emakume zaintzailearen irudiarekin erlazionatu dira, eta erizaintza medikuntzaren pean egon da. Bi aspektu horiek generoari estuki loturiko osagaiak dituzte. Arroyo Rodríguez eta kideen arabera (2011), mediku eta erizainen arteko botere-harremanak emakumeen eta gizonen hierarkizazioa sinbolikoki erreproduzitzen du, erizainek beren profesioagatiko errekonozimendu soziala jasotzea eragotziz. Erizaintzak azken urteetan autonomia handia irabazi badu ere, bere funtzioak ikusezina izaten jarraitzen du aditu batzuen esanetan (46). Erizainek edozein osasun sistematako plantilaren gehiengoa osatzen dutela kontuan hartuta, eta mina bezalako sintometan esku-hartzean genero isuria izan dezaketeela aurkitu dela jakinda (46), kalitatezko osasun emaile aktibo bezala duten potentziala gutxiestea akatsa litzake.

Laburbilduz, osasun profesionalen genero isuriak pazienteen morbi-mortalitatean eragina izan dezake, eta badirudi EAEn ere ematen den fenomenoa dela. Ekitatea helburu, genero isuria murrizteko estrategia anitzak jar daitezke martxan, hala nola, sexu ezberdintasun biologikoak errespetatzen dituzten gida kliniko estandarizatuak erabiltzea, osasun profesionalen genero kontzientzia eta aurreiritziak lantzea eta genero gaiak erizaintza eta medikuntza ikasketetan jorratzea.

**BIBLIOGRAFIA**

1. World Health Organization. Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage [Internet]. Danimarka: WHO Regional Office for Europe; 2016 [Kontsulta: 2019-02-03]. Eskuragarri: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1>
2. Ruiz-Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.
3. World Health Organization. Health equity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [Kontsulta: 2019-01-16]. Eskuragarri: <https://www.who.int/topics/health_equity/en/>
4. Healy B. The Yentl Syndrome [Internet]. N Engl J Med. 1991 [Kontsulta: 2019-01-16]. Uzt 25; 325(4):274–276. Eskuragarri: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199107253250408>
5. Bonita R, Beaglehole R. Women and NCDs: overcoming the neglect [Internet]. Glob Health Action. 2014 [Kontsulta: 2019-01-15]; 7:23742. Eskuragarri: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.23742>
6. Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, Bhutta ZA, Binagwaho A, Bonita R, Caglia JM, Claeson M, Davies J, Donnay FA, Gausman JM, Glickman C, Kearns AD, Kendall T, Lozano R, Seboni N, Sen G, Sindhu S, Temin M, Frenk J. Women and Health: the key for sustainable development [Internet]. Lancet. 2015 [Kontsulta: 2019-01-28]; 386(9999):1165–1210. Eskuragarri: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615604974>
7. Prager EM. Addressing sex as a biological variable. J Neurosci Res. 2017;95(1–2):11.
8. Bernard AM, Hayward RA, Rosevear JS, McMahon LF. Gender and hospital resource use: Unexpected differences [Internet]. Eval Health Prof. 1993 [Kontsulta: 2019-01-21]; 16(2):177–89. Eskuragarri: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/016327879301600203>
9. McPherson K. Why do variations occur? Non: Mooney G, Anderson T, argitaratzaileak. The challenges of medical variations. Economic Issues in Health Care. London: McMillan; 1990; 16-35. Orrialdeak.
10. Foss C, Sundby J. The construction of the gendered patient: hospital staff’s attitudes to female and male patients. Patient Educ Couns. 2003;49(1):45–52.
11. Floyd BJ. Problems in accurate medical diagnosis of depression in female patients [Internet]. Soc Sci Med. 1997 [Kontsulta: 2019-01-28]; 44(3):403–412. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9004374>
12. Benrud LM, Reddy DM. Differential explanations of illness in women and men [Internet]. Sex Roles. 1998 [Kontsulta: 2019-01-28]; 38(5-6):375–386. Eskuragarri: <http://link.springer.com/10.1023/A:1018753720941>
13. Mogil JS. Perspective: equality need not be painful [Internet]. Nature. 2016 [Kontsulta: 2019-01-15]; 535(7611):S7. Eskuragarri: <http://dx.doi.org/10.1038/535S7a>
14. Bernardes SF, Lima ML. A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: the moderator effects of evidence of pathology and patients’ distress cues on nurses’ judgements of chronic low-back pain [Internet]. Psychol Health. 2011; 26(12):1642–1658. Eskuragarri: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08870446.2011.553680?needAccess=true>
15. Kahneman D, Tversky A. Subjective probability: a judgment of representativeness [Internet]. Cogn Psychol. 1972 [Kontsulta: 2019-01-21]; 3(3): 430–454. Eskuragarri: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0010028572900163>
16. Hamberg K. Gender bias in medicine [Internet]. Women’s Heal. 2008; 4(3):237–243. Eskuragarri: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2217/17455057.4.3.237>
17. Krumm S, Checchia C, Koesters M, Kilian R, Becker T. Men’s views on depression: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. Psychopathology. 2017;50(2):107–124.
18. Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. Clin Chem Lab Med. 2013;51(4):713–727.
19. Tasa-Vinyals E, Mora Giral M RR. Sesgo de género en medicina. Concepto y estado de la cuestión. [Internet]. Cuad Med Psicosomática y Psiquiatr Enlace. 2015 [Kontsulta: 2019-06-11];(113):14–25. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
20. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. A theoretical model for analysing gender bias in medicine [Internet]. Int J Equity Health. 2009 [Kontsulta: 2019-01-28]; 8(1):28. Eskuragarri: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-8-28>
21. Osika I, Evengård B, Waernulf L, Nyberg F. [The laundry-basket project--gender differences to the very skin. Different treatment of some common skin diseases in men and women] [Internet]. Lakartidningen. 2005 [Kontsulta: 2019-01-28]; 102(40):2846–8, 2850–1. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16255359>
22. Brännström J, Hamberg K, Molander L, Lövheim H, Gustafson Y. Gender disparities in the pharmacological treatment of cardiovascular disease and diabetes mellitus in the very old [Internet]. Drugs Aging. 2011 [Kontsulta: 2019 -01-28]; 28(12):993–1005. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117097>
23. Rachet B, Maringe C, Nur U, Quaresma M, Shah A, Woods LM, Ellis L, Walters S, Forman D, Steward J, Coleman MP. Population-based cancer survival trends in England and Wales up to 2007: an assessment of the NHS cancer plan for England [Internet]. Lancet Oncol. 2009 [Kontsulta: 2019-01-28]; 10(4):351–369. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303813>
24. Joshi SS, Handorf ER, Smaldone MC, Geynisman DM. What can the National Cancer Database tell us about disparities in advanced bladder cancer outcomes? [Internet]. Transl Androl Urol. 2018 [Kontsulta: 2019-01-28];7(4):732–735. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30211063>
25. Jüni P, Low N, Reichenbach S, Villiger PM, Williams S, Dieppe PA. Gender inequity in the provision of care for hip disease: population-based cross-sectional study [Internet]. Osteoarthr Cartil. 2010 [Kontsulta: 2019-01-28]; 18(5):640–645. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20167302>
26. Wandner LD, Heft MW, Lok BC, Hirsh AT, George SZ, Horgas AL, Atchison JW, Torres CA, Robinson ME. The impact of patients’ gender, race, and age on health care professionals’ pain management decisions: an online survey using virtual human technology [Internet]. Int J Nurs Stud. 2014 [Kontsulta: 2019-01-28]; 51(5):726–733. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24128374>
27. Valentin A, Jordan B, Lang T, Hiesmayr M, Metnitz PG. Gender-related differences in intensive care: a multiple-center cohort study of therapeutic interventions and outcome in critically ill patients [Internet]. Crit Care Med. 2003 [Kontsulta: 2019-01-28]; 31(7):1901–1907. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12847381>
28. Mahmood K, Eldeirawi K, Wahidi MM. Association of gender with outcomes in critically ill patients [Internet]. Crit Care. 2012 [Kontsulta: 2019-01-28]; 16(3):R92. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22617003>
29. Abuful A, Gidron Y, Henkin Y. Physicians’ attitudes toward preventive therapy for coronary artery disease: is there a gender bias? [Internet]. Clin Cardiol. 2005 [Kontsulta: 2019-01-28]; 28(8):389–393. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16144216>
30. Bösner S, Haasenritter J, Hani MA, Keller H, Sönnichsen AC, Karatolios K, Schaefer JR, Baum E, Donner-Banzhoff N. Gender bias revisited: new insights on the differential management of chest pain [Internet]. BMC Fam Pract. 2011 [Kontsulta: 2019-01-28]; 12-45. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21645336>
31. Chang AM, Mumma B, Sease KL, Robey JL, Shofer FS, Hollander JE. Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk [Internet]. Acad Emerg Med. 2007 [Kontsulta: 2019-01-28]; 14(7):599–605. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17538080>
32. Gomez D, Haas B, de Mestral C, Sharma S, Hsiao M, Zagorski B, Rubenfeld G, Ray J, Nathens AB. Gender-associated differences in access to trauma center care: A population-based analysis [Internet]. Surgery. 2012 [Kontsulta: 2019-01-28]; 152(2):179–185. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22727364>
33. Haas B, Stukel TA, Gomez D, Zagorski B, De Mestral C, Sharma SV, Rubenfeld GD, Nathens AB. The mortality benefit of direct trauma center transport in a regional trauma system [Internet]. J Trauma Acute Care Surg. 2012 [Kontsulta: 2019-01-28]; 72(6):1510–1517. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22695414>
34. Abásolo I, Negrín-Hernández MA, Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: Evidence from Spain. [Internet]. Eur J Heal Econ. 2014;15(3):323–334. Eskuragarri: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10198-013-0524-x.pdf>
35. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García Calvente MM, Miqueo C, Montero I, Ortiz R, Ronda E, Ruiz I, Valls C. A framework to analyse gender bias in epidemiological research [Internet]. J Epidemiol Community Health. 2007 [Kontsulta: 2019-01-28]; 61(Suppl 2):ii46-ii53. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18000118>
36. Bacigalupe A, Esnaola S, Fraile I, Ibarra J, Urraca J, Sánchez S, Millán E. Gizarte-desberdintasunak 2 motako diabetesaren arretan Arabako Eskualdean [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua; 2017 [Kontsulta: 2019-02-03]. Eskuragarri: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/diabetes_eu.pdf>
37. Larrañaga N, Basterretxea M. Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Gipuzkoa. Gac Sanit. 2002;16(1): 16-25.
38. Telleria M, Loma A, Artaecheverria J, San Roman KG, Rumoroso JR, Andres A, Vazquez P, Oria C. Miokardioko infartu akutuen maneiua Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) sexuaren arabera, Bihotzez sarearen eragina [Internet]. Osagaiz 2017 [Kontsulta: 2019-01-29]; 1(1):16–25. Eskuragarri: <http://www.osagaiz.eus/article/download/183/218>
39. Gil García E, Romo Avilés N, Poo Ruiz M, Meneses Falcón C, Markez Alonso I, Vega Fuente A. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa [Internet]. Atención Primaria.2005 [Kontsulta 2019-06-11];35(8):402–407. Eskuragarri: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265670570384X>
40. Verdonk P, Benschop YWM, De Haes HCJM, Lagro-Janssen TLM. Medical students’ gender awareness: Construction of the Nijmegen gender awareness in medicine scale (N-GAMS) [Internet]. Sex Roles. 2008; 58(3–4):222–234. Eskuragarri: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11199-007-9326-x.pdf>
41. Vázquez-Santiago S, Garrido Peña F. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria [Internet]. Enferm Clin. 2016 [Kontsulta: 2019-01-29]; 26(1):76–80. Eskuragarri: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862115001217>
42. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén Á. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España [Internet]. Gac Sanit. 2018 [Kontsulta: 2019-01-29]; prentsan. Eskuragarri: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301092?via%3Dihub>
43. Parker RB, Parker PD, Larkin T, Cockburn J. A psychometric evaluation of the gender bias in medical education scale [Internet]. BMC Med Educ. 2016 [Kontsulta: 2019-01-28]; 16(1):1–9. Eskuragarri: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0774-2>
44. Salgado DM, Vogt DS, King LA, King DW. Gender Awareness Inventory-VA: A measure of ideology, sensitivity, and knowledge related to women veterans’ health care [Internet]. Sex Roles. 2002 [Kontsulta: 2019-01-28];46(7–8):247–262. Eskuragarri: <http://link.springer.com/10.1023/A:1020171416038>
45. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Tavero I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La Enfermería como rol de género [Internet]. Index de Enfermería. 2011 [Kontsulta: 2019-01-28]; 20(4):248–251. Eskuragarri: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en>
46. Galbany-Estragués P, Comas-d’Argemir D. Care, autonomy, and gender in Nursing practice: A historical study of nurses’ experiences. J Nurs Res. 2017;25(5):361–367.