

EQUITAT EN SALUT. EL CAS DEL BIAIX DE GÈNERE

Bernabé Robles del Olmo*, Dolores Muñoz Segura**, Montserrat Tramunt Mestre**, Jordi Graells Estrada*, Antonio Callén Soto*, Neus Parellada Esquiús**

*Parc Sanitari Sant Joan de Déu, **ABS Montclar, SAP Baix Llobregat Centre

Atenes, s. IV aC. “El meu nom és Agnòdice. Sóc conscient que moltes dones i nens moriran durant el part perquè les dones senten vergonya que les atengui un home i només ells poden fer-ho per llei. Les dones afronten, doncs, el part sovint sense l’ajut d’un professional. Per ajudar-les jo vull estudiar Medicina, però les lleis gregues no m’ho permeten. Digueu-me, savi, què puc fer?”¹

INTRODUCCIÓ

L’equitat en salut ens ha de preocupar si considerem que tots els éssers humans són moralment iguals i que, per tant, mereixen el mateix respecte a la seva vida i dignitat. Però també és rellevant des d’una visió més utilitarista, atès que uns nivells pitjors de salut dels individus comprometen el benestar social i econòmic global de les comunitats. Així, doncs, l’aspiració a l’equitat no és només una qüestió d’altruisme o de bones intencions, sinó una obligació moral i una qüestió de dret.

Tot i que la paraula *igualtat* ha fet fortuna, segurament el valor que cal preservar seria més aviat l’**equitat**, és a dir, un dels vessants de la justícia. De fet, no podem aspirar a aconseguir que totes les persones tinguin el mateix nivell de salut. Per situar millor el tema, podem recuperar dues definicions cèlebres d’equitat en salut:

“Equitat en salut significa que tothom ha de tenir les mateixes oportunitats d’assolir el seu ple potencial de salut.” Amartya Senⁱ

“Inequitats en salut són aquelles diferències en salut que són innecessàries, evitables, indesitjables o injustes.” Margaret Whiteheadⁱⁱ

És a dir, el que una societat justa hauria de garantir és que totes les persones tinguin les mateixes oportunitats d’assolir un bon estat de salut. L’equitat té a veure amb la igualtat (comparteixen la mateixa arrel llatina: *aequus*), però no són sinònims. La *igualtat* és un terme estadístic i mesurable. L’*equitat* és un concepte de caràcter més moral. De fet, potser la igualtat “perfecta” no seria desitjable, només hem de recordar l’escenari de la novel·la *Un món feliç*, d’Aldous Huxley.

Per tant, no totes les diferències (desigualtats) en salut són injustes. Des del punt de vista ètic, ens haurien de preocupar especialment aquelles que tenen a veure, per exemple, amb la renda o, especialment, amb altres factors socioeconòmics no triats (raça, sexe, lloc de residència o nivell d’educació). Malauradament, al llarg de la història ha persistit sempre un cert nivell de tolerància envers la inequitat, independentment que aquesta resultés més o menys “estètica”.

¹ Agnòdice era una dona de l’alta societat atenenca del segle IV aC que es va fer passar per home per poder accedir als estudis i a l’exercici de la Medicina (vetats per llei a les dones), i així poder ajudar les dones en els parts. Finalment, va haver de descobrir el seu sexe, però no se li va retirar la llicència gràcies al suport de dones influents de la societat que havien estat ateses per ella.

Desigualtats socials i salut

Des de fa més de 40 anys s'ha constatat en nombrosos estudis una forta relació entre el nivell socioeconòmic i la salut (classe social, ocupació, educació, ingressos), i gairebé sempre s'ha concretat un desavantatge per als pobres. Aquestes diferències s'expressen en cada esglaió de l'escala social, no només en els extrems (rics, pobres), i fins i tot dins del mateix país o de la mateixa ciutat. Tampoc no hi ha un llindar superior d'ingressos per damunt del qual la privació material ja no afecta la salut. I, a més, els estudis successius constaten que les desigualtats socioeconòmiques van creixent. També sabem que no només és important el nivell de renda absolut d'una comunitat, les societats amb una distribució menys asimètrica de la renda i un bon teixit social de suport assoleixen resultats en salut superiors als esperats considerant-ne només el nivell de renda absolut.

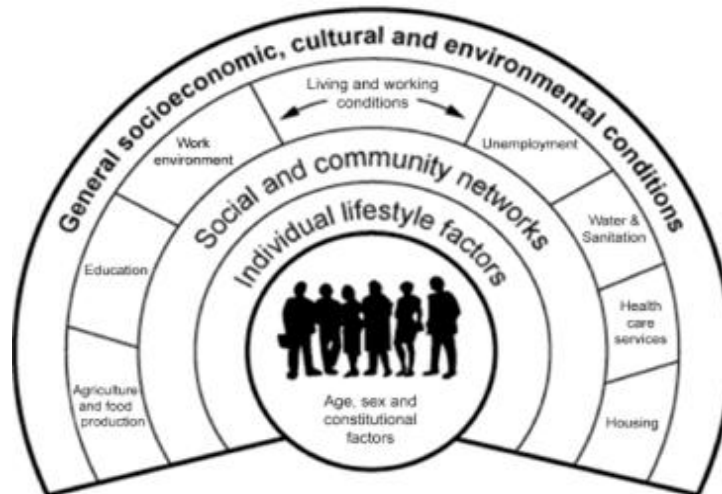
El 1980, després de gairebé quaranta anys de funcionament del Sistema Nacional de Salut del Regne Unit, es va dur a terme un estudi sobre desigualtats en salut en la població britànica. Les conclusions, publicades en l'anomenat Informe Black, van ser les següents:ⁱⁱⁱ

- La salut general de la població havia millorat, però la dels rics havia millorat molt més que la dels pobres (la taxa de mortalitat abans de la jubilació dels treballadors no qualificats duplicava la dels professionals).
- Les diferències s'havien incrementat des dels anys cinquanta, sobretot en homes en edat laboral.
- El sistema sanitari no era el principal determinant de les diferències en salut.

Els autors van recomanar al govern Thatcher la millora de les condicions de vida de les classes més baixes i la lluita contra la pobresa com les millors eines per millorar la salut global dels britànics. Com veiem, la universalització del sistema sanitari no va resultar tan determinant com es podria pensar d'entrada. L'Informe Black va posar sobre la taula la importància dels factors socioeconòmics en la salut i va qüestionar el poder d'un sistema sanitari públic per corregir totes les desigualtats en salut. No s'ha d'entendre d'aquestes dades que garantir l'accessibilitat sanitària universal no sigui un mínim moral, si es defineix bé la cartera de serveis, però sí que va fer repensar les prioritats en les inversions en salut. En l'actualitat vivim en un sistema sanitari hospitalocèntric dissenyat per a patologies agudes i que potser ha sobrevalorat la tecnologia com a generadora de salut global de la població. Un bon sistema sanitari pot generar entorn del 10-15% dels resultats favorables en salut, mentre que s'endú habitualment més del 75% dels recursos econòmics públics destinats a millorar la salut de la població.



Il·lustració 1. Discordança entre inversions públiques i influència dels diferents factors determinants de la salut. Modificat de Lalonde, *et al.*^{iv}



Il·lustració 2. Gràfic descriptiu de la influència relativa dels diferents determinants de salut. Modificat de Dahlgren i Whitehead, 1991.ⁱⁱ

BIAIX DE GÈNERE

Però cada vegada hi ha més bibliografia relacionada amb altres determinants “socials” de salut, més enllà de la renda i la seva distribució. Un d'aquests determinants és l'anomenat *biaix de gènere*.^v Sembla difícil assumir que una societat democràtica sense prejudicis, en principi, en l'atenció mèdica generi resultats molt dispars en salut en homes i dones. De ben segur que una part d'aquestes diferències es poden atribuir a diferències biològiques, però no totes.^{vi} Des d'una reflexió ètica entorn de l'equitat és molt rellevant conèixer fins a quin punt les diferències detectades poden estar motivades, almenys en part, per actituds socials i professionals davant la dona malalta.

S'ha de deixar clar, d'entrada, que hi ha diferències de resultats en salut entre sexes que no es deriven d'un biaix. Un biaix és una distorsió fruit d'una estimació inadequada dels fets o de les dades, i moltes vegades està molt arrelat i és difícil de reconèixer. En la seva base podem trobar-hi sovint prejudicis o fal·làcies “tradicionalistes”. Per tant, no tot biaix en salut és responsabilitat directa dels professionals sanitaris. Sovint és una extensió del biaix social preexistent en la medicina (el qual no és més que una part de la societat mateixa).^{vii} Com veurem a continuació, el biaix pot consistir en una diferenciació inadequada (assumir diferències entre gèneres inexistents) o una equiparació inadequada (no considerar aquelles diferències realment existents).

Equiparar inadequadament

El més freqüent és l'anomenada “ceguesa de gènere” (no tenir en compte el gènere malgrat que seria rellevant fer-ho). L'exemple més clar és l'extrapolació a dones de resultats d'assaigs clínics realitzats bàsicament en mostres masculines.^{viii} Com ha passat en altres col·lectius considerats “fràgils” (infants, gent gran, etc.), s'ha produït una exclusió potser excessiva de dones per consideracions de risc (teratogènia) o metodològiques (variabilitat fisiològica, accessibilitat a controls, etc.). Això ha generat carències importants de coneixement sobre eficàcia i seguretat d'intervencions

terapèutiques en dones. Per exemple, els assaigs clínics que van permetre l'aprovació d'una nova família d'antiinflamatoris inhibidors de la ciclooxigenasa-2 (*coxibs*) van tenir una escassíssima representació de dones en les mostres experimentals, tot i que les dones són les principals consumidores d'aquests fàrmacs a la pràctica i malgrat que aquestes substàncies solen tenir interaccions amb anticonceptius orals i teràpies de substitució hormonal.^x És a dir, una protecció potser massa paternalista de les dones en recerca, tot i que aparentment ben intencionada, finalment pot posar-ne en risc la seva salut.

Aquest biaix es transporta ja des de la *recerca bàsica*. Estudis recents en neurociència mostren més representació de mascles en les mostres experimentals de rosegadors (ràtio 5,5/1).^x

En el fons, la variable gènere s'ha tractat en recerca, llevat d'excepcions, més com una possible variable de confusió per ajustar que com una variable de pronòstic o predictiva. Poques vegades ha interessat conèixer-ne la repercussió específica, el que es fa habitualment és controlar el factor "sexe" amb l'objectiu que les mostres siguin comparables. Els seus efectes són "estadísticament controlats" i, per tant, sovint ignorats.

Diferenciar inadequadament

Es diferencia de forma inadequada quan hi ha actituds i prejudicis de diferència segons el gènere que no s'expliquen per diferències biològiques o valors triats lliurement. És el risc que corre la medicina d'importar estereotips socials molt arrelats. Això pot portar a la discriminació d'un gènere quant a oportunitats, assignació de recursos, accés a serveis, beneficis, etc. Hi ha assumpcions molt arrelades en el discurs científic i social:

- Les queixes masculines solen indicar més gravetat i patologia orgànica.
- Les malalties cròniques són més agressives, freqüents i fatals en els homes.
- Les queixes femenines són sovint psicossomàtiques i/o psicosocials.^{xi} Les dones tenen un millor estat de salut que els homes (menys mortalitat i més esperança de vida), encara que la seva percepció de salut és pitjor.²

Amb aquest paradigma s'ha tolerat, per exemple, una prescripció clarament asimètrica de psicofàrmacs a dones.

EXPRESSIÓ DEL BIAIX DE GÈNERE

El biaix en recerca bàsica i clínica provoca dèficits de coneixement en patologies prevalents en dones, especialment en aquelles considerades cròniques "no fatals". I pel que fa a les patologies considerades mortals, s'extrapolen directament a dones factors protectors o de risc detectats en estudis amb predomini aclaparador d'homes. Al contrari, no s'investiguen prou factors de risc derivats de les condicions socials de les dones (per exemple, feines domèstiques, risc vascular de teràpia estrogènica).

² Aquesta assumpció és almenys precipitada, ja que la perspectiva pot ser diferent si considerem els anys viscuts no només quantitativament, sinó basant-nos en QALY (anys viscuts ajustats per qualitat) o, encara més, en DALY (anys de vida ajustats per morts prematures i discapacitat).

Com que els patrons clínics i de prioritització són fruit de la recerca en mostres predominantment masculines, els símptomes explicats per dones poden semblar més “atípics” si la “norma” és la masculina. Les dones reben diagnòstics menys concrets,^{xii} en els seus informes són més presents les paraules *atípic* o *inespecífic*,^{xiii} i són més derivades a altres professionals.^{xiv}

Aquesta inespecificitat diagnòstica deriva en una menor accessibilitat de les dones a unitats hospitalàries especialitzades i a més temps d'espera a Urgències. S'ha de pensar que els protocols clàssics de prioritització de la cardiopatia isquèmica o de la malaltia pulmonar obstructiva crònica s'han fet basant-se en l'expressió de les queixes en homes.^{xv}

També s'ha estudiat el nombre de proves complementàries realitzades davant dels mateixos símptomes, que resulta superior en homes.^{xvi} Aquest fet pot desvirtuar fins i tot la incidència i la prevalença estimades de les patologies en cada gènere.

També s'han publicat diferències quant a tractaments entre gèneres, probablement relacionades amb el biaix diagnòstic. Les dones reben un nombre més elevat de fàrmacs, però menys tractaments avançats.^{xvii} Estudis en múltiples patologies mostren una millor adequació als estàndards de qualitat dels tractaments aplicats a homes (arítmies, patologia vascular, VIH, psoriasi, trasplantament, pròtesi articular, hemodiàlisi, trasplantament renal o cirurgia funcional en malaltia de Parkinson.^{xviii} Sembla que el biaix també s'inverteix a vegades, per exemple, en cirurgia de cataractes i en trasplantaments hepàtics. **Error! No s'ha definit l'adreça d'interès.**

S'ha estudiat el biaix de gènere especialment en les patologies següents:

Cardiopatia isquèmica

Tot i que els estudis sobre pronòstic mostren que les dones (sobretot en edat postmenopàusica) que ingressen per cardiopatia isquèmica tenen una mortalitat més elevada que els homes, la probabilitat de practicar angiografia coronària davant de símptomes similars és molt més gran en homes.^{xix} En dones és més freqüent no demanar més exploracions després de la prova d'esforç normal.^{xx} La proporció de dones sotmeses a tècniques de revascularització coronària i trombòlisi és menor que la dels homes.^{xxi,xxii,xxiii} Quant a l'establiment de prioritats, els estudis mostren que es dediquen més fons per investigar la cardiopatia isquèmica en els homes que en les dones.^{xxiv}

Patologia digestiva

Es constata més tendència a establir el diagnòstic de *síndrome de còlon irritable* en dones davant dels mateixos símptomes.^{xxv} En aquesta línia, és menys probable la sol·licitud de sigmoidoscòpia davant de clínica superposable en una dona.^{xxvi}

Patologia neurològica

En aquesta àrea, els estudis són molt escassos. Un treball recent del nostre grup^{xxvii} sobre demència en l'àmbit de l'atenció primària posa de manifest que en una mostra de 227 pacients, es va trobar una edat major (83 enfront de 78; $p < 0,001$) i una

escolarització menor en dones (un 16,7% d'analfabetisme enfront d'un 6,8%). La institucionalització (un 51,1% enfront d'un 32,2%; $p = 0,01$), la polifarmàcia (7,6 principis actius/persona enfront de 6,1; $p = 0,02$) i l'ús de psicofàrmacs són més elevats en dones, mentre que la freqüentació en l'atenció primària i en urgències hospitalàries és inferior ($p = 0,033$). El cuidador més habitual és una dona (64,8%; $p < 0,001$). Els pacients cuidats per filles freqüenten menys les urgències hospitalàries ($p = 0,017$) i reben amb més probabilitat tractament específic per a la demència. El "pacient tipus" seria una dona, més gran que el grup dels homes, menys escolaritzada, més "medicalitzada", més institucionalitzada i menys freqüentadora.

Sembla, doncs, que les dones amb demència generen potser menys sobrecàrrega assistencial clàssica, però un impacte farmacològic i sociosanitari superior, la qual cosa suggereix més impacte per a les famílies quan qui emmalalteix és la dona. En la nostra sèrie, una dona amb demència té moltes menys possibilitats de romandre al seu domicili al llarg de l'evolució de la malaltia i està més exposada a efectes farmacològics adversos. Així, doncs, hi ha diferències rellevants entre homes i dones afectats per un mateix diagnòstic difícils d'explicar només per variables clíniques o biològiques. Més enllà d'evocar consideracions ètiques des del principi de justícia, l'estudi convida a reflexionar també sobre el rol clau que continua desenvolupant la dona gran, més enllà del final de la teòrica "vida laboral activa", en els complexos nuclis familiars actuals.

POSSIBLES EXPLICACIONS DEL BIAIX

En aquest sentit, és bàsic considerar que l'accés de les dones a la medicina ha estat històricament limitat, tant com a pacients com en qualitat de professionals. Així, doncs, el "corpus" professional, deontològic i de coneixement clàssic està "virilitzat" (currículum acadèmic i científic, pràctica clínica, activitats de recerca, polítiques de salut, criteris de prioritització i gravetat, mèrits i virtuts fomentals, etc.). Els manuals mèdics clàssics presenten una norma "masculinitzada".^{xxviii} El model biomèdic preponderant és incomplet i, possiblement, causa de molts biaixos, atès que no presta prou atenció al component psicosocial i espiritual de la malaltia. Per tant, les diferències relacionades amb el gènere no han estat fins ara un focus d'interès. Això ha provocat carències de coneixement en:

- Conductes saludables o de risc en homes i dones.
- Diferències en percepció de símptomes i expressió de queixes.
- Diferències en el teixit social i les seves repercussions sobre l'expressió de símptomes i conductes relacionades amb la salut (per exemple, continuïtat del seguiment, seguiment de recomanacions, etc.).
- Diferències en estratègies conductuals i psicosocials enfront dels problemes de salut.

Però tot i assumint una actitud i conducta professional totalment exempta de biaixos, la translació de les nostres recomanacions a la vida real també pot condicionar diferents resultats en salut. No tot el que recomanem a la consulta esdevé benefici a la pràctica. Prescripció o consell no és sinònim de realització pràctica. Les nostres recomanacions s'han d'expressar en un context social, cultural i econòmic, i aquest també pot generar biaix. Les respostes socials davant de símptomes similars poden variar molt segons el gènere.

PROPOSTES PER REDUIR EL BIAIX DE GÈNERE

Recerca i docència

Si considerem que el coneixement mèdic està en l'arrel del biaix d'origen professional, resulta ineludible democratitzar el coneixement generat, i això s'aconseguirà per diferents vies:

- Vigilant la composició de les mostres experimentals (evitant la sobrerrepresentació masculina).
- Dissenyant els estudis considerant les diferències reals (biològiques, de rol social, de valors...) entre homes i dones.
- Potser hi ajudarà la feminització evident de la professió en les darreres dècades, però possiblement això no influirà en el coneixement generat fins que no comencin a feminitzar-se també les càtedres universitàries de medicina que lideren la recerca.
- Realitzant anàlisi de dades estratificant per sexe. Cal detectar diferències entre sexes en resposta i tolerabilitat a les mesures *tx* assajades. El gènere ha de ser una variable substantiva més que una variable "control".

També és rellevant tenir en compte aquest factor en els dissenys de polítiques públiques i de salut, detectant sempre amb honestedat l'origen del tractament diferent d'homes i dones, valorant com els estereotips influeixen en inferències i judicis sobre dades i símptomes. S'ha de considerar el rol social actual amb realisme, però també les expectatives que la societat considera justes. A l'últim, tenint en compte la importància dels factors socials i econòmics en la salut de la població, és vital coordinar forces socials, polítiques i educatives per reduir el biaix de gènere.

Actituds professionals

El primer de tot és reconèixer els valors i les actituds enfront del gènere dels mateixos professionals, amb una actitud oberta i autocrítica. Han d'incorporar a la seva pràctica de recerca i als seus currículums acadèmics l'estudi dels motius que introdueixen biaix de gènere en accessibilitat i resultats en salut.

Seria recomanable, també, una revisió de la classificació de les malalties adaptada a la nova realitat social, que aspira a la igualtat d'oportunitats real entre homes i dones, i lluita especialment contra la inespecificitat dels diagnòstics femenins. Potser un bon exercici en el dia a dia per detectar prejudicis arrelats seria imaginar sempre, abans de finalitzar una visita, què hauria passat si el pacient fos del sexe contrari, i si s'hi troben diferències, provar sempre de justificar-les científicament.

REFLEXIONS FINALS

No serà fàcil l'estudi i la reducció del biaix de gènere, perquè el context és d'extensa estratificació social segons el gènere. Als professionals els costa assumir la seva existència perquè és "normal". També podem trobar-hi resistència des del marc vigent de valors, percepcions i creences. A més, la recerca en aquest camp ha estat poc coordinada, impulsada sobretot des de la sociologia, amb escassa o aïllada participació dels professionals sanitaris.

Si s'assumeix que moltes diferències detectades entre sexes no seran fruit d'un biaix, es fa necessari controlar moltes variables de potencial confusió per determinar

si hi ha o no hi ha una distorsió evitable. Considerem que la implicació dels professionals de la salut pública en la recerca en aquest camp podria ajudar-hi molt, per la seva sensibilitat a la presència de biaixos preexistents i la seva capacitat per distingir biaixos de disseny. Un dels perills de la recerca en biaix de gènere és que pot generar nous biaixos si no està ben feta.

“No hauriem d’engrandir el biaix estudiant el biaix.”

-
- ⁱ Sen AK, Anand S, Peter F (editors). Public health, ethics, and equity. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- ⁱⁱ Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 1991, 2007:14. ISSN: 1652-120X ISBN: 978-91-85619-18-4.
- ⁱⁱⁱ Townsend P, Davidson N. Inequalities in health: Black report Pelican Series. Penguin Books; 1982. ISBN 0-14-022420-3.
- ^{iv} Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- ^v Poinhos R. Viés de género na medicina. Acta Med Port. 2011; 24: 975-86.
- ^{vi} Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004; 18 (supl. 1): 118-25.
- ^{vii} Ruiz MT, Verbrugge Lois M. A two way view of gender bias in medicine. J Epid Comm Health 1997; 51: 106-9.
- ^{viii} Vivader RM, *et al.* Women subjects in NIH-funded clinical research literature: lack of progress in both representation and analysis by sex. J Womens Health Gend Based Med. 2000; 9: 495-504.
- ^{ix} Cascales Pérez S, Ruiz Cantero MT, Pardo MA. Clinical trials with rofecoxib: analysis of the information from the gender perspective. Med Clin. 2003; 120: 207-12.
- ^x Beery AK, Zucher I. Sex bias in neuroscience and biomedical research. Neurosci Biobehav Rev. 2011; 35(3): 565-72.
- ^{xi} Armitage KJ, Schneiderman LJ, Bass LA. Response of the physicians to medical complaints in men and women. JAMA. 1979; 241: 2186-7.
- ^{xii} Hamberg K, Riskberg G, Johansson EE. Gender bias in physicians management of neck pain: A study of the answers in a Swedish national examination. J Womens Health Gend Based Med. 2002; 11: 653-66.
- ^{xiii} Chapman KR, Tashkin DP, Pye DJ. Gender bias in the diagnosis of COPD. Chest. 2001; 119: 1691-5.
- ^{xiv} Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Leigh P, Robins JA. Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. J Womens Health Gend Based Med. 2001; 10: 689-98.
- ^{xv} Anson O, Carmel S, Levin M. Gender differences in the utilization of emergency department services. Women Health. 1991; 17: 91-104.
- ^{xvi} AMA-Council on Ethical and Judicial Affairs: Gender disparities in clinical decision making. JAMA. 1991; 266: 559-62.
- ^{xvii} Daly C, *et al.* (EuroHeart Survey Investigators) Does gender bias exist in the use of specialist care? Circulation. 2006; 113: 490-8.
- ^{xviii} Hariz GM, Lindberg M, Hariz MI, Bergenheim T. Gender differences in disability and health-related quality of life in patients with Parkinson's disease treated with stereotactic surgery. Parkinsonism Relat Disord. 2000; 6: 155-7.
- ^{xix} Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Eng J Med. 1991 (Jul 25); 325 (4): 221-5.

^{xx} Shaw LJ, Miller DD, Romeis JC, *et al.* Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary artery disease. *Ann Intern Med.* 1994; 120: 559-66.

^{xxi} Raine R. Does gender bias exist in the use of specialist care? *J Health Serv Res Policy.* 2000; 5: 237-49.

^{xxii} Weitzman S, Cooper L, Chambless L, *et al.* Gender, racial, and geographic differences in the performance of cardiac diagnostic and therapeutic procedures for hospitalized acute myocardial infarction in four states. *Am J Cardiol.* 1997; 79: 722-6.

^{xxiii} Steingart RM, Packer M, Hamm P, *et al.* Sex differences in the management of coronary artery disease. Survival and Ventricular Enlargement Investigators. *N Eng J Med.* 1991; 325: 226-30.

^{xxiv} Mann C. Women's health research blossoms. *Science.* 1995; 269: 766-70.

^{xxv} Hamberg K, Risberg G, Johansson EE. Male and female physicians show different patterns of gender bias: a paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scand J Pub Health.* 2004; 32: 144-52.

^{xxvi} Herold AH, Riker AI, Warner EA, *et al.* Evidence of gender bias in patients undergoing flexible sigmoidoscopy. *Cancer Detect Prev.* 1997; 21: 141-7.

^{xxvii} Muñoz D, Tramunt M, Parellada N, Callen A, Graells J, Robles B. Demencia y género: una perspectiva desde la atención primaria. *Alzheimer. Real Invest Demenc.* 2013; 54: 5-13.

^{xxviii} Alexanderson K, Wingren G, Rosdahl I. Gender analyses of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational medicine and public health. *Educ Health.* 1998; 11: 151-63 .