

ATENCIÓN SEGÚN EL GÉNERO DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ¿DIFERENTE O DESIGUAL?

M^ª Teresa Ruiz / Elena Ronda / Carlos Álvarez-Dardet / Vicente Gil / Josefina Belda
Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante, Alicante

Resumen

Recientemente, se han publicado varios estudios que apoyan la idea de que el funcionamiento de los servicios sanitarios introduce sesgos en la atención sanitaria según el género de los pacientes. En este sentido, el propósito de este estudio es valorar si hay diferencias por género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico para los problemas de salud atendidos en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Con objeto de examinar este problema en un hospital del sector público en España, se ha realizado un reanálisis de una base de datos con las urgencias atendidas en el hospital de Elche durante cuatro semanas del año 1985. El total de personas atendidas fue de 3.709 en el período de estudio.

La utilización del servicio fue mayor por parte de los varones $OR_{\text{varón/mujer}} = 1,37(1,29-1,47)$. El tiempo de espera en urgencias fue superior para las mujeres (35 minutos) que para los hombres (29 minutos) ($p=0,0001$), y también el tiempo que se tardó en realizar el diagnóstico (86 minutos vs 76 minutos; $p=0,003$). Se realizaron pruebas diagnósticas a más mujeres que a hombres $OR_{\text{varón/mujer}} = 0,75(0,64-0,85)$ mientras que recibieron tratamiento más hombres que mujeres $OR_{\text{varón/mujer}} = 1,34(1,09-1,47)$. Estas asociaciones se mantienen después de ajustar mediante regresión logística por edad, grupos de problemas y destino del paciente.

Aunque sin poder descartar definitivamente una mayor gravedad entre los hombres que legitimara unos tiempos de espera más cortos y un mayor esfuerzo terapéutico, los resultados indican la posibilidad de una acción desigual de los servicios de urgencias que necesita más investigación. La realización de pruebas diagnósticas es más frecuente y el tiempo diagnóstico es mayor para las mujeres, lo que puede ser debido, en parte, a una mayor frecuencia de patología inespecífica entre las mujeres.

Palabras clave: Género. Desigualdades. Servicios Sanitarios.

HEALTH CARE ACCORDING TO PATIENT'S GENDER IN EMERGENCY SERVICES: DIFFERENT OR INEQUAL?

Summary

It has been recently published different studies that support the idea that the health services make variability according to the patient's gender. In this sense, the aim of this study is to find out if there are gender differences in diagnostic and therapeutic care in health problems attended in emergency services.

With the purpose of assessing this problem in a public hospital in Spain we have made a secondary analysis of the patient's findings got in the emergency Service of Elche Hospital during four weeks in 1985. 3,709 patients were attended during this period.

The results show a greater utilization of this service by men $OR_{\text{male/female}} = 1.37(1.29-1.47)$. The waiting time was higher for women (35 minutes) than men (29 minutes) ($p=0.0001$), and also the time of getting a diagnostic (86 minutes vs 76) ($p=0.003$). Diagnostic test were more frequent perform to women than men $OR_{\text{male/female}} = 0.75(0.64-0.85)$ meanwhile men receive treatment more often, $OR_{\text{male/female}} = 1.34(1.09-1.47)$. The associations are adjusted for age, diagnostic groups and patient's destination.

Taking into account the possibility of more severity diseases among men that could explain the shorter waiting time and the therapeutic effort, the results show the possibility of an inequality attitude in the emergency services that would need further investigations. The more frequent use of diagnostic tests among women and consequently the longer diagnostic time, could be explain by the fact of the higher rates of inespecific pathology.

Key words: Gender. Inequalities. Health Services.

Correspondencia: M^ª Teresa Ruiz. Departamento de Salud Pública. Campus de San Juan. Apdo. Correos 374; 03080 Alicante. Este artículo fue recibido el 15 de diciembre de 1993 y fue aceptado tras revisión el 29 de agosto de 1994. Este trabajo está financiado por una beca del Institut Valencià d'Estudis e Investigació, Generalitat Valenciana.

Introducción

Las causas de desigualdad en salud más frecuentemente estudiadas han sido las relacionadas con el nivel socioeconómico y con grupos étnicos¹⁻⁷. La propia asistencia sanitaria es considerada por algunos autores como favorecedora de las desigualdades en salud⁸, pues para el mismo padecimiento el acceso al sistema sanitario y el uso de sus prestaciones pueden llegar a ser diferentes. Este hecho que es evidente en sistemas sanitarios privados, ha sido descrito aunque de modo menos extendido en los sistemas públicos⁹.

Tener en cuenta estas diferencias es importante, así como analizar qué factores pueden contribuir a que el usuario se beneficie de forma igualitaria de determinados procedimientos médicos, o alternativamente, sea perjudicado por procedimientos no beneficiosos. De hecho, se ha demostrado que aproximadamente un 20% de los procedimientos médicos que se realizan son innecesarios¹⁰.

Un editorial publicado sobre la salud y el género¹¹, analiza el uso que se viene haciendo de esta variable, habitualmente considerada como un potencial factor de confusión, cuyos efectos, en caso que los hubiera, se suelen controlar estadísticamente e ignorar con posterioridad. Consecuentemente, al neutralizar esta variable se obvia, como la pertenencia a un género u otro es una determinante esencial, de las diferencias en las percepciones y manifestaciones de la enfermedad, y de la conducta para enfrentarse y manejarla. Asimismo, el desestimar este efecto hace que no se tengan en cuenta las modificaciones en la estructura de la población producidas en la sociedad europea últimamente. Por ejemplo, el que las mujeres perciban su enfermedad cuando está en un estado más avanzado o, esperen más tiempo antes de demandar asistencia sanitaria; o bien, como la consecuencia de una mayor esperanza de vida en las mujeres aumenta la prevalencia del padecimiento conjunto de varias enfermedades, que pueden afectar el pronóstico para las mismas, y acentuar las diferencias por género en relación a la mortalidad y morbilidad. Esta información es necesaria e imprescindible para el desarrollo de políticas efectivas y estrategias de cambio.

Se han publicado dos estudios acerca de las diferencias en el esfuerzo clínico según el género; uno realizado con pacientes de hemodiálisis¹² y otro con enfermos cardíacos¹³, detectándose en ambos un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico para hombres que para mujeres. Los autores concluyen que es difícil explicar estos resultados, considerando exclusivamente diferencias biológicas, clínicas,

geográficas o culturales y señalan que son los hombres, jóvenes y de raza blanca los que tienen más probabilidad de ser los receptores de un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico. En España, se ha publicado recientemente un estudio que no ha detectado diferencias significativas en el esfuerzo terapéutico, a nivel hospitalario, en pacientes con infarto agudo de miocardio¹⁴.

Los principales argumentos dados acerca de la escasez de estudios sobre este tema¹⁵ son la dificultad de encontrar poblaciones homogéneas en cuanto a la gravedad y de controlar las variables que podrían explicar las diferencias en la asistencia sanitaria; las dificultades en relación con las fuentes de información disponibles; pero también, la resistencia de los profesionales sanitarios a creer, que pueda haber un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico para los hombres que para las mujeres.

El sesgo según el género del paciente puede reflejarse en todo el proceso de interacción entre éste y su médico, lo que en parte explicaría las variaciones en el uso de medicamentos, pruebas de laboratorio y de imagen y otros procedimientos, encontradas entre hombres y mujeres que consultan por un mismo motivo. Sin profundizar en si el uso es apropiado o no, el proceso podría condicionar como resultado, un beneficio diferencial mayor para los hombres y discriminado para las mujeres.

En el marco actual de la política sanitaria española, en el que uno de sus objetivos prioritarios es la consecución de la equidad ante la salud¹⁶ esto representaría una desigualdad que es necesario analizar para intentar solucionar, además, pensando en la efectividad, este tipo de análisis tiene que hacerse en los distintos niveles asistenciales.

La estrategia de salud para todos en el año 2000 de la OMS-Europa estableció una serie de objetivos básicos, entre los que se encuentra en primer lugar reducir las desigualdades de salud entre los grupos en un 25%¹⁶. En relación con el objetivo mencionado con anterioridad, el propósito de este estudio es valorar si hay diferencias por género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico para los problemas de salud atendidos en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Sujetos y métodos

La población de estudio fue la constituida por todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital General de Elche a lo largo del año 1985. Se escogieron aleatoriamente cuatro semanas que, para evitar variaciones estacionales,

correspondían a una por trimestre. Para la realización de este estudio, se ha llevado a cabo la explotación y reanálisis de una base de datos ya existente, no diseñada específicamente para este trabajo. Se han excluido los pacientes en edad pediátrica y las demandas de atención ginecológicas y obstétricas.

La información fue recogida por un mismo observador siguiendo un protocolo que incluía las variables: edad, sexo, tiempo de espera (desde que el paciente llega al hospital hasta que recibe atención), tiempo de diagnóstico (desde que el paciente es atendido hasta que se le da un destino determinado), y el esfuerzo diagnóstico (tiempo de espera, tiempo diagnóstico y realización de pruebas diagnósticas) y terapéutico (prescripción de tratamientos).

El diagnóstico de alta de los pacientes se codificó según una clasificación modificada de la WONCA en Atención Primaria agrupada por aparatos y sistemas (Tabla 1)¹⁷. Debido a que no se recogieron los diagnósticos, y por tanto no se puede identificar la gravedad de la enfermedad, para este estudio se ha utilizado la derivación del paciente desde su atención en urgencias (alta, permanecer en la unidad de observación y hospitalización) como indicador que se aproximaría al establecimiento de grupos homogéneos en cuanto a su gravedad inicial.

Por otra parte, debido a la repercusión sobre el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, que podría tener el que el paciente pertenezca a un determinado grupo patológico, para controlar este efecto se creó una variable denominada grupos diagnósticos, clasificada en tres categorías: la de los problemas traumatológicos, los recogidos con diagnóstico de salida "signos y síntomas mal definidos" y los médico-quirúrgicos.

Se determinaron los estadísticos descriptivos (medias y desviación estándar) en las variables cuantitativas y se calcularon las frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas. Para la comparación de las medias de tiempo de espera y de diagnóstico en hombres y mujeres, al no seguir una distribución normal se utilizó el Test de Kruskal-Wallis, y para determinar la magnitud de la asociación entre el género y la realización de pruebas diagnósticas y prescripciones terapéuticas se ha calculado la OR cruda¹⁸.

Posteriormente, se realizó un análisis de Regresión Logística Múltiple¹⁹ para estimar la probabilidad de que los pacientes que acuden a urgencias: 1) esperen igual o más de 30 minutos; 2) sean diagnosticados en 60 minutos o más; 3) se les realice alguna prueba diagnóstica; y 4) se les prescriba algún tratamiento. Todo ello, en función del género, la edad, la derivación del paciente desde urgencias y los grupos diagnósticos.

La categorización de estas variables resultados fue la siguiente: tiempo de espera (menor de 30 minutos/30 minutos o más), tiempo de diagnóstico (menor de 60 minutos/60 minutos o más), realización de pruebas diagnósticas (Sí/No) y prescripción terapéutica (Sí/No). El criterio seguido para establecer los puntos de corte ha sido la media de tiempo de espera y de tiempo en el diagnóstico.

En la categorización de las variables explicativas se han utilizado variables continuas como la edad, y cualitativas (variables DUMMY) como el género -basal: hombre para las variables tiempo de espera y diagnóstico, y basal: mujer para la realización de pruebas diagnósticas y prescripción terapéutica-, la derivación del paciente desde urgencias -basal: ser dado de alta- y el grupo patológico al que pertenece el paciente -basal: grupo de problemas traumatológicos-; el motivo de la elección de este grupo patológico como variable basal ha sido por una parte, la mayor frecuencia de problemas en esta categoría, y por otra parte, el hecho de que en nuestra opinión, es el grupo de problemas donde las decisiones se toman de forma más rápida.

En los resultados se exponen las asociaciones entre el género como variable explicativa y las variables resultados anteriormente expuestas, ajustando por edad, derivación del paciente desde urgencias y grupos diagnósticos.

Se ha utilizado el Programa DBASE III para la adaptación de la base de datos, y Epiinfo y SPSS para el análisis epidemiológico y estadístico.

Resultados

El total de personas atendidas en las cuatro semanas estudiadas fue de 3.709 (2.132 hombres, 57,5% y 1.577 mujeres, 42,5%) en las urgencias del Hospital General de Elche. Esto supone una mayor demanda de atención en urgencias por parte de los hombres (1,16% del total de varones de la población acuden a urgencias) que de las mujeres (0,84% del total de mujeres de la población acuden a urgencias) respecto al total de la población del área sanitaria²⁰ que cubre el hospital (183.784 varones y 186.202 mujeres) $OR_{\text{varón/mujer}} = 1,37 (1,29-1,47)$.

Los Servicios con mayor actividad asistencial fueron Traumatología (32,5%) y Medicina Interna (17,3%) (Tabla 1).

La media de edad de los pacientes fue en los varones de 31 años ± 24 y en las mujeres 35 años ± 26 ($p=0,00001$).

En relación a la derivación de los pacientes desde su atención en urgencias, no se detectaron diferen-

Tabla 1. Frecuencia de consultas por grupos de problemas según el género del paciente

Grupos de problemas	Hombres		Mujeres		Razón de % H/M
	F	%	F	%	
Traumatismos, accidentes, envenenamientos	758	35,6	465	29,5	1,20
Signos y síntomas mal definidos	364	17,1	329	20,9	0,82
Respiratorio	235	11,0	169	10,7	1,03
Digestivo	169	7,9	114	7,2	1,10
Genitourinario	126	5,9	117	7,4	0,80
Cardiovasculares	102	4,8	117	7,4	0,65
Piel y tejido celular subcutáneo	80	3,8	56	3,6	1,06
Oculares	55	2,6	23	1,5	1,77
Osteomusculares	54	2,5	48	3,0	0,83
Infecciosas	46	2,2	20	1,3	1,71
Inmunitarios-endocrino	31	1,5	43	2,7	0,53
Tumores	26	1,2	11	0,7	1,75
Otras causas	86	4,0	65	4,1	0,98
Total	2.132	100	1.577	100	1

Tabla 2. Descripción de las características de la población y de las variables que miden el esfuerzo diagnóstico y terapéutico*

	Hombres	Mujeres
Sexo	2.132 (57,5)	1.577 (42,5)
Edad	31 ± 24	35 ± 26
Esfuerzo diagnóstico		
Tiempo espera	29 ± 36	34 ± 43
T. Diagnóstico	86 ± 92	76 ± 87
Realización pruebas	1.311 (61,5)	1.052 (66,7)
Grupos diagnósticos:		
Traumatológicos	758 (62,0)	465 (38,0)
Signos y síntomas mal definidos	340 (52,4)	309 (47,6)
Médico-Quirúrgicos	1.002 (56,2)	781 (43,8)
Esfuerzo terapéutico		
Prescripción tratamiento	1.141 (53,5)	749 (47,5)
Destino paciente		
Alta	1.697 (81,4)	1.277 (83,0)
Ingreso	239 (11,5)	161 (10,5)
Observación	148 (7,1)	100 (6,5)

* En las variables cualitativas se expresa la frecuencia absoluta y la relativa entre paréntesis. En las cuantitativas, la media y desviación estándar.

cias estadísticamente significativas, ya que, en el caso de los varones recibieron el alta 1.697 (81,4%), 239 quedaron ingresados (11,5%) y 148 permanecieron en observación (7,1%). A 1.277 mujeres se les dio el alta (83%), 161 quedaron ingresadas (10,5%) y 100 permanecieron en observación (6,5%).

La media de tiempo de espera fue menor para los hombres (29,3 minutos ± 36,3) que para las mujeres (34,7 minutos ± 43,6) ($p=0,0001$), detectándose diferencias significativas en el sentido de esperar más las

mujeres que los hombres para el grupo de problemas traumatológicos (mujeres = $25,8 \pm 32,2$; hombres = $21,9 \pm 28,8$) ($p = 0,03$), oftalmológicos (mujeres = $79,9 \pm 70,1$; hombres = $36,2 \pm 49$) ($p = 0,003$) y neurológicos (mujeres = $44,6 \pm 44,2$; hombres = $18,2 \pm 29,8$) ($p = 0,05$).

La media del tiempo que se tardó en realizar el diagnóstico fue mayor para las mujeres (86 minutos ± 92) que para los hombres (76,1 minutos ± 87,6) ($p = 0,003$), detectándose diferencias significativas en el sentido de tardar más en los diagnósticos de las mujeres que en el de los hombres para los problemas traumatológicos (mujeres = $71,4 \pm 72,4$; hombres = $61,1 \pm 64,8$) ($p = 0,01$) y mentales (mujeres = $131,8 \pm 85,7$; hombres = $49,6 \pm 36,4$) ($p = 0,05$). En el caso de los problemas neurológicos se tardó más en diagnosticar a los hombres que a las mujeres (mujeres = $61,6 \pm 59,3$; hombres = $116,5 \pm 93$) ($p = 0,05$).

La realización de pruebas diagnósticas fue más frecuente en mujeres (al 66,7% se les hicieron pruebas diagnósticas) que en hombres (61,5%) $OR_{\text{varón/mujer}} = 0,79$ (0,69 - 0,91). Por otra parte, recibieron tratamiento mayor número de varones (53,5%) que de mujeres (47,5%) $OR_{\text{varón/mujer}} = 1,27$ (1,11-1,45).

Tal como se puede observar en la tabla 3 la relación entre género y la variable de tiempo de espera, diagnóstico, esfuerzo diagnóstico y terapéutico no se modificó al ajustar por edad, derivación del paciente desde urgencias y grupos diagnósticos.

Discusión

La discriminación por género tiene un significado y una importancia según se realice en servicios de

Tabla 3. Asociación entre el género y variables de tiempo de espera, de diagnóstico, esfuerzo diagnóstico y terapéutico

Variables	Odds ratio (Hombre/mujer) IC 35% (1)
Tiempo de espera (2)	1,20 (1,01 -1,34)
Tiempo de diagnóstico (3)	1,24 (1,06 -1,40)
Realización de pruebas diagnósticas	0,75 (0,64 -0,85)
Prescripción de tratamientos	1,34 (1,09 - 1,47)

(1) Calculado mediante regresión logística ajustando por edad, derivación del paciente desde urgencias (alta, observación o ingreso hospitalario) y grupos diagnósticos (traumatológicos, médico-quirúrgicos y signos y síntomas mal definidos).

(2) Tiempo de espera (dicotómica: menor de 30 minutos/mayor o igual de 30).

(3) Tiempo de diagnóstico (dicotómica: menor de 60 minutos/mayor o igual de 60).

asistencia sanitaria privada o en servicios públicos. Mientras que resulta comprensible que los beneficios, en el sector privado, sean más sentidos por los varones como individuos con mayor renta, esta misma situación es políticamente inaceptable dentro de un Sistema Nacional de Salud como el español, el cual se define como un instrumento redistributivo.

La dificultad que tienen las mujeres, en comparación con los hombres, para beneficiarse de los avances tecnológicos -concentrados en su mayoría en los hospitales-, queda puesta de manifiesto en el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987, pues la tendencia observada es claramente en favor de los varones en cuanto a las tasas de hospitalización, mientras que las mujeres utilizan con mayor frecuencia las consultas de atención primaria²². En cuanto a la atención en las urgencias hospitalarias, contradictoriamente con la Encuesta Nacional de Salud, en donde la frecuentación fue igual en ambos sexos, los resultados del presente estudio evidencian que la utilización de las urgencias fue mayor entre los varones.

La relevancia para el conjunto de la población de los hallazgos del presente estudio se fundamenta, por una parte en la gran frecuencia de utilización de los servicios públicos de urgencia en España, y por otra parte, en la consideración que la sociedad tenga de las mujeres, tanto en cuanto a la cantidad de las mismas -aproximadamente algo más de la mitad de la población-, como debido a la cualidad de sujetos activos productoras de servicios públicos y privados. Así, al sumar todos los excesos de tiempos de espera encontrados en este estudio y extrapolar a la frecuencia de visitas a urgencias que se evidencia en la Encuesta Nacional de Salud de 1987²², el total acumulado de exceso de espera en las mujeres

sobre los varones sería aproximadamente de 18 años cada año. Incluso controlando por la edad, grupos de problemas y si el paciente con posterioridad permanece en observación, es dado de alta o es hospitalizado, en los servicios de urgencias de este estudio las mujeres esperan más que los hombres.

Aunque el presente estudio no ha abordado la utilización de técnicas y procedimientos quirúrgicos, es conveniente resaltar que se han publicado evidencias, a favor de un beneficio diferencial para los varones en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico^{12,13}; y también se han publicado otros donde no se han detectado ningún sesgo por género en la atención sanitaria^{14,23}.

Merece la pena reflexionar brevemente sobre uno de los estudios mencionados con anterioridad¹³, el realizado con patología cardiovascular, en la Facultad de Medicina de Harvard, en el que se detectó un esfuerzo diagnóstico y terapéutico mayor en varones de etnia caucásica que en los de etnia negra; en estos últimos el esfuerzo era mayor que en las mujeres de etnia caucásica, y en éstas, mayor que en las mujeres de etnia negra; todo ello, después de controlar la edad y las patologías y tratamientos añadidos que agravaran el pronóstico. Esta publicación fue seguida de un apasionante debate sobre explicaciones alternativas, que no implicaran necesariamente una discriminación de la mujer, basadas en la introducción en el estudio de diversos tipos de sesgos²⁴⁻²⁶. Los autores argumentaron que posiblemente los médicos consideraban la enfermedad coronaria más grave en los varones que en las mujeres; aunque según citan ellos, ya existen estudios que demuestran que el pronóstico de las mujeres hospitalizadas por estas enfermedades es igual de grave que en los hombres. El segundo factor tenido en cuenta, es la propia percepción del médico en cuanto al riesgo y a la eficacia en los procedimientos diagnósticos, que mostraban mayor mortalidad en las mujeres. Sin embargo, citan estudios recientes, a partir de los cuales el sexo ya no se puede considerar un factor pronóstico para las pruebas diagnósticas utilizadas en la enfermedad cardíaca. La tercera explicación hacía referencia a las tasas más altas de hospitalización de mujeres con síntomas falsos positivos en ausencia de una auténtica enfermedad coronaria. En este sentido, aducían que el infarto es una enfermedad con diagnóstico claro y el ingreso se realiza normalmente en fase aguda; y por último, otra posible explicación, es la diferente preferencia de los pacientes; ya que las mujeres pueden rechazar procedimientos más agresivos con más frecuencia que los hombres.

Es significativo cómo las diferencias en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico entre varones y mujeres

desaparecían cuando se compararon varones y mujeres sin ningún tipo de seguro médico. Este resultado, en todo caso es esperado, por la influencia que la clase social tiene en el esfuerzo asistencial^{27,28}, sobre todo en un país como EEUU de asistencia sanitaria privada hasta la actualidad.

De entre los posibles sesgos de nuestro estudio, merece la pena centrar la atención en el según nuestro criterio más importante, en concreto, la mayor gravedad potencial de los varones cuando acceden al servicio de urgencias, que explicaría y legitimaría relativamente el mayor uso de este servicio y un mayor esfuerzo terapéutico. Sin embargo, hay que recordar que en los estudios mencionados con anterioridad^{12,13}, las diferencias se han mantenido a pesar de observar a grupos de pronóstico homogéneo. Aún incluso, la edad significativamente mayor de las mujeres en la muestra que se ha estudiado permitiría presumir en este grupo un peor pronóstico. No obstante, la utilización de datos secundarios supone una clara limitación de nuestros resultados, ya que la única alternativa fue utilizar un estimador aproximado de gravedad inicial (la derivación del paciente desde urgencias) cuya validez se desconoce. Es necesario desarrollar en el futuro estudios que despejen esta duda.

Aceptando esta necesidad, el paso siguiente o quizás debería ser el previo es tener en cuenta que la utilización de clasificaciones basadas en el esquema nosotáxico, pretendiendo controlar el efecto de la diferente gravedad de los grupos, podría introducir sesgos de mala clasificación potencialmente notables en el análisis de los datos. La falta de exhaustividad del propio esquema nosotáxico y su posible incapacidad para adecuarse a los problemas de salud de las mujeres puede llevar a situaciones, ya clásicamente conocidas, tales como, que se certifiquen más muertes entre mujeres en el epígrafe de "causas mal definidas"^{29,30}, y que se considere, que las mujeres padecen más "patologías inespecíficas".

En los resultados de este estudio también hay, entre las mujeres, un mayor número de diagnósticos clasificados como "signos y síntomas mal definidos", que evidencia, que éstas podrían sufrir o manifestar su padecimiento, en concreto, en estadios precoces con signos/síntomas que el actual esquema, de momento, no reconoce, por lo que no es válido para manejar ese problema de salud. La falta de validez, entre otras razones se pueden encontrar, en que las quejas para un mismo diagnóstico sean diferentes en ambos sexos, y también, en una situación de probable falta de sensibilidad de las pruebas diagnósticas, aunque no falta de dedicación -los resultados indican que las mujeres

tardan más en ser diagnosticadas y que se les hace pruebas diagnósticas a más mujeres que hombres. Éstas podrían ser explicaciones, en el análisis de por qué se les hace, en este estudio, pruebas diagnósticas a más mujeres que a hombres mientras que reciben tratamiento mayor número de hombres que de mujeres. Una solución posible para evitar este sesgo potencial sería la utilización de clasificaciones con valor pronóstico, pero que se basen en síntomas o autovaloraciones y no en esquemas nosotáxicos.

En cuanto al esfuerzo terapéutico es obvio que con independencia de la gravedad, sólo se pueden tratar las enfermedades para las que se conocen tratamientos, pudiendo suceder que se conozcan menos tratamientos para padecimientos de mujeres que para padecimientos de hombres. Así queda puesto de manifiesto en un artículo especial y un editorial sobre los problemas derivados de la escasa participación de las mujeres en ensayos clínicos, y de los efectos secundarios que conllevan la aplicación de tratamientos, en enfermedades padecidas por las mujeres, con los resultados de los ensayos realizados exclusivamente en varones^{31,32}.

La medicina³³ e incluso ciencias básicas como la física, han sido criticadas por su androcentrismo³⁴. En nuestro país ya se está planteando y fuera de España se está trabajando en el estudio de las consecuencias científicas de la escasa representación de las mujeres en la ciencia, de los sesgos que este hecho ha podido producir en la elección de los temas de investigación, en cómo se han deslizado sesgos inadvertidos en el diseño de experimentos y en la interpretación de datos.

La explicación a estos fenómenos de discriminación de las mujeres en el sistema sanitario también podría buscarse a nivel de las conductas individuales, tanto de los médicos como de los pacientes, a nivel de las políticas y protocolos de los centros asistenciales e incluso en el propio marco de referencia de la clínica como ciencia reproductora de las relaciones de poder³⁵. Hasta el momento se han hecho algunos estudios que examinan la importancia del género del personal asistencial³⁵, donde se detectó que las enfermas preferían ser atendidas por médicas, ya que éstas valoraban problemas que no son valorados por sus colegas varones, también, pasaban más tiempo con los enfermos y mantenían una mayor continuidad en los cuidados. Este efecto diferencial también se produce en referencia a protocolos de atención que no implican una decisión terapéutica o diagnóstica inmediata³⁶. Así, las médicas en atención primaria suelen derivar con más frecuencia a sus pacientes a programas de mamografía o test de Papanicolau³⁷.

No se puede responder de forma incondicional a la pregunta formulada en el título de este artículo. Las conclusiones se encuentran en el resumen y en la interpretación que hagan los lectores. No obstante, la reciente publicación de estudios que plantean la existencia de discriminación de la mujer en cuanto a beneficios de la asistencia sanitaria fuera de España, y los hallazgos presentados en el presente trabajo sugieren la necesidad de seguir estimando la importancia que este fenómeno puede tener en los distintos escalones asistenciales de nuestro sistema nacional de salud. En caso de comprobarse como cierta y generalizada la hipótesis de discriminación sería urgente el análisis de las causas y el inicio de programas para disminuir estas desigualdades en salud hasta ahora inadvertidas.

Nota aclaratoria

Según el Diccionario de la Real Academia de la lengua Española se entiende por *sexo* la condición orgánica que distingue al macho de la hembra y por *género* al conjunto de seres que tiene uno o varios caracteres comunes. Atendiendo a estas dos definiciones nos parece más adecuado el uso el término género, ya que las variables que se estudian están relacionadas con otras diferencias aparte de las exclusivamente orgánicas.

Agradecimientos

Al Dr. José Sánchez Payá por sus sugerencias en la lectura el artículo.

Bibliografía

1. Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA, Bellver R, Ashton J, Colomer C, Costa J, Flynn P, Álvarez-Dardet C. Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 282-7.
2. Smith GD, Bartley M, Blane D. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BJM* 1990; 301: 373-7.
3. Regidor E, González J. Desigualdad social y mortalidad en España. *Rev San Hig Pub* 1989; 63: 107-16.
4. Rodríguez J, Lemkow L. Health and social inequalities in Spain. *Soc Sci Med* 1990; 31: 351-8.
5. Latour J, Álvarez-Dardet C. La medición del nivel socioeconómico. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 470-4.
6. McCord C, Freeman HP. Excess mortality in Harlem. *N Engl J Med* 1990; 322: 173-7.
7. Schoendorf KC, Hogue CJR, Kleinman JC, Rowley D. Mortality among infants of black as compared with white college-educated parents. *N Engl J Med* 1992; 326: 1522-6.
8. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.
9. Tudor-Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971; i: 405-12.
10. Lomas J. Quality assurance and effectiveness in health care: an overview. *Quality Assurance in Health Care* 1990; 2: 512.
11. Stephenson P, McKee M. Look twice. *Eur J Publ Health* 1993; 3: 151-2.
12. Kjellstrand CM, Logan GM. Racial, sexual and age inequalities in chronic dialysis. *Nephron* 1987; 45: 257-63.
13. Ayanian JZ, Epstein AH. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221-5.
14. Latour J y Grupo Valenciano para el estudio de las desigualdades Hospitalarias en salud. Esfuerzo terapéutico al ingreso en mujeres con infarto agudo de miocardio. *Med Clin* 1994; 102: 361-3.
15. Dreachslin J. Gender bias and the process of care. *J Management Med* 1992; 6: 46-52.
16. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. BOE, 29-486.
17. WHO. Targets for health for all. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1985.
18. *Clasificación de la WONCA en Atención Primaria*. Barcelona: Masson, 1991.
19. Rothman K. *Modern epidemiology*. Boston: Little Brown and Co, 1986.
20. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and sons, 1989.
21. Pérez S, Nolasco A, Godoy C, Moya C, Vanaclocha H, García Benavides F. *Poblaciones por áreas de salud de la Comunidad Valenciana (1976-1990)*. Valencia: Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública, 1991.
22. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
23. Mark DB, Shaw LK, DeLong ER, Califf R, Pryor DB. Absence of sex bias in the referral of patients for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1994; 330 (16): 1100-6.
24. Poses RM, Smith WR, Schmitt BP. Is there sex bias in the management of coronary artery disease? [letter]. *N Engl J Med* 1992; 326: 570.
25. Foster DA, Collins AM, Gillete MK, McNeill D, Collins AM. Is there sex bias in the management of coronary artery disease? [letter]. *N Engl J Med* 1992; 326: 570-1.
26. Friedman SH. Is there sex bias in the management of coronary artery disease? [letter]. *N Engl J Med* 1992; 326: 571.
27. Whittle J, Congliario J, Good CB, Lofgren RP. Racial differences in the use of invasive cardiovascular procedures in the Department of Veterans Affairs Medical System. *N Engl J Med* 1993; 329: 271-2.
28. Vineis P, Fornero G, Magnino A, Giacometti R, Ciccone G. Diagnostic delay, clinical stage and social class: a hospital based study, journal of epidemiology and Community Health 1993; 329: 621-7.
29. García Benavides F. Fiabilidad de la estadísticas de mortalidad. *Monografías sanitarias*. Serie A. Nº 2. Valencia: Generalitat Valenciana, 1986.
30. Regidor E, Rodríguez C, Ronda E, Gutiérrez-Fisac JL, Redondo JL. Evaluación de la calidad de la causa básica de defunción en los certificados de mortalidad. España, 1985. *Gac Sanit* 1993; 7: 12-20.
31. Bennet JC. Inclusion of women in clinical trials. Policies for population subgroups. *N Engl J Med* 1993; 329: 288-92.
32. Angell M. Caring for women's health. What is the problem? *N Engl J Med* 1993; 329: 271-2.

33. Fee E. *Women and Health: The politics of sex in Medicine*. New York: Baywood Publishing Co, 1983.

34. Fox E. *Reflexiones sobre Género y Ciencia*. Valencia: IVEI, Alfonso el Magnánimo eds., 1991.

35. Bensing JM, Brink Muinen A, Baker DH. Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993; 31: 219-29.

36. Hernández LM, García Olmos LM, Pérez Fernández M. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Prim* 1992; 10: 719-24.

37. Franks P, Clancy C. Physician gender bias in clinical decision making: screening for cancer in primary care. *Med Care* 1993; 31: 213-8.

