

## DESIGUALDAD (INEQUIDAD) DE GÉNERO EN EL ACCESO A RECURSOS SANITARIOS CRÍTICOS EN EL SIGLO XXI.

García-Vandewalle García Rosa María  
Departamento de Bioética  
UCAM  
rosaw@hotmail.es

### Resumen

En los últimos años, el problema de la equidad en la salud ha ocupado un lugar relevante en el interés de la sociedad y de los gestores de los sistemas sanitarios, tanto en nuestro país como en la esfera internacional.

Objetivos: Cuantificar y analizar las diferencias en la distribución de los recursos hospitalarios en diferentes sexos, desde la perspectiva de la equidad de género en salud. Evaluar si dichas diferencias están justificadas.

Material y método: SE realizó estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes de ambos sexos en el año 2010. Datos demográficos Melilla, y SPSS 16®.

Resultados :La gran mayoría de los 6.366 ingresos hospitalarios ocurridos en el año 2010 fueron mujeres, que sumaron 4.532 pacientes ingresados (79,19%) pero una elevada proporción ingresa por condiciones exclusivamente femeninas. Una vez corregidas las cifras de ingresos, puede observarse que la mayoría de los pacientes ingresados son hombres (57,18%).

Conclusión: Existen importantes desigualdades en la proporción de hombres y mujeres que reciben asistencia hospitalaria, están plenamente justificadas cuando se deben a diferencias biológicas. Pero no siempre dichas diferencias explican la asignación asimétrica o desigual de recursos sanitarios.

### Palabras claves

Desigualdad, inequidad, género, recursos, sanitarios.

## 1.1 LA INEQUIDAD EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA

En los últimos años, el problema de la equidad en la salud ha ocupado un lugar relevante en el interés de la sociedad y de los gestores de los sistemas sanitarios, tanto en nuestro país como en la esfera internacional. Las diferencias en el acceso a los cuidados de salud entre los miembros de una misma comunidad pueden atribuirse a muchas causas: sociales, económicas, étnicas, religiosas, de género, etc.

Pero, a pesar de su enorme trascendencia humana, el problema de la inequidad en el acceso de los cuidados a la salud ha sido rara vez objeto de la atención de los estudiosos de la Bioética.

Del conjunto de los principios fundamentales que rigen el desarrollo de la Bioética, es el principio de justicia el que se relaciona más directamente con los problemas de inequidad en la salud. En definitiva: todos los individuos deben ser tratados por los proveedores de servicios de salud de forma justa. La Bioética ha realizado importantes contribuciones intelectuales a la resolución del problema de la injusticia en el acceso de las personas enfermas a los recursos públicos disponibles para su cuidado (Lolas F. 2001).

El bioeticista neoyorquino Daniel Callahan (Callahan D. 2002), fue uno de los primeros en abordar el tema de las desigualdades que afectan al derecho a la protección de la salud, en los años ochenta, ampliando la perspectiva de la Bioética más allá del ámbito clásico de la relación médico-paciente (derecho a la información, a la autonomía en las decisiones y a confidencialidad, dilemas al final de la vida, etc.). Sin minimizar estos problemas, Callahan reconoce que las relaciones entre médico y paciente vienen determinadas en buena medida por factores externos, que dependen de la estructura, gestión, legislación, normas sociales o financiación de los sistemas de salud. Con este enfoque, la Bioética asume un papel relevante en las decisiones de los administradores de los servicios de salud en relación con el acceso de los ciudadanos a los mismos servicios de salud.

En los años sucesivos, el interés por la equidad en salud fue acaparando una mayor atención por parte de la Bioética, hasta constituirse en uno de sus principales temas de interés, especialmente en lo que respecta en la distribución de los recursos sanitarios en los países menos desarrollados. De esta forma, Wikler empieza a hablar de la "Bioética de la salud de la población o salud colectiva" (Wikler D. 1997).

En la década de los noventa, Margareth Whitehead propone la primera definición formal de inequidad en salud como "las diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideraran incorrectas e injustas" (Whitehead M. 1991). Para esta autora, las inequidades en salud presentan tres características esenciales: son sistemáticas, se producen socialmente y se perciben como injustas. Es importante destacar que los términos inequidad y desigualdad no son sinónimos, ni se presentan necesariamente juntos. Para Whitehead pueden distinguirse 7 situaciones que dan lugar a desigualdades en salud:

1. Variaciones biológicas naturales.
2. Conductas adoptadas libremente que dañan la salud, (deportes peligrosos, hábitos poco saludables,...).
3. Conductas accesibles para todos que mejoran la salud.
4. Conductas perjudiciales para la salud en las que la capacidad de elección del individuo está muy o totalmente restringida.

5. Condiciones de vida y de trabajo insalubres.
6. Acceso restringido a servicios básicos de salud, higiene u condiciones dignas de vida.
7. Selección natural o movilidad social que produce el descenso en la escala social de las personas con peor salud.

De todas estas situaciones, sólo aquellas que derivan de diferencias biológicas o conductas elegidas libremente no pueden considerarse injustas, ni pueden incluirse en el concepto de inequidades en salud. Por el contrario, aquellas situaciones evitables, que se producen como consecuencia de agentes sociales, culturales, ambientales,... son injustas y representan ejemplos de inequidad (Ferrer M. 2003).

Ya en el siglo XXI, Bambas y Casas constatan que existen grandes y estructuradas desigualdades sanitarias por categorías de género y establecen la diferencia entre “equidad horizontal” o asignación de recursos iguales para necesidades iguales, y “equidad vertical” o asignación de distintos recursos para diferentes niveles de necesidad (Bambas L., Casas J.L. 2001).

## 1.2 EL SESGO DE GÉNERO

El sesgo de género (“gender bias”) ha sido objeto de diversas definiciones a lo largo del tiempo, entre las que pueden destacarse las siguientes:

- “la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud” (Lenhart SH 1993).
- “el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro” (Ruiz Cantero MT 2004).

Por otra parte, un segundo sesgo, al que se ha denominado “edadismo” (“ageism”), se ha definido como la “discriminación o prejuicio que se produce por razón de la edad sin otra causa que la justifique” (Montoro J. 1998). Puesto que las mujeres en los países desarrollados viven más años, y por lo tanto ocupan los grupos de mayor edad, las mujeres más mayores, especialmente aquellas con menos recursos se encuentran entre los colectivos peor tratados por los sistemas sanitarios, tal y como ponen en evidencia algunos estudios (Levy BR. 2001).

Los primeros antecedentes de la preocupación por el llamado “sesgo de género” en la atención sanitaria se remontan a los años sesenta con la crítica del movimiento feminista hacia el modelo jerárquico de interacción médico-paciente, cuando el primero era un hombre y la segunda una mujer.

En la última década del siglo XX, la profesión médica amplía las necesidades de asistencia de las mujeres más allá de la pura reproducción y comienza el interés por aportarles un enfoque específico. Se constata que las mujeres padecen enfermedades distintas a las de los hombres y que la historia natural de las mismas enfermedades puede ser notablemente diferente en mujeres que en hombres, por lo que requieren medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento diferenciados (Hunt E. 1998).

Existen pocos estudios sobre la variabilidad de la práctica médica en función del sexo, y por lo tanto se sabe poco de la distribución de los recursos y del esfuerzo asistencial entre las personas de ambos sexos.

Las mujeres viven más años que los hombres, pero eso no significa que disfruten de mejor salud a lo largo de sus vidas. Existe una copiosa producción científica que demuestra la relación entre género y salud, especialmente en el ámbito de la cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares (Beery T.A. 1995), (Foster S, Malik M.A. 1998).

El sesgo de género se pone de manifiesto en múltiples niveles o ámbitos de la atención sanitaria:

#### 1) Esfuerzo diagnóstico.

El diagnóstico precoz y correcto es un elemento esencial en el éxito posterior del tratamiento. Un esfuerzo terapéutico insuficiente conduce a la sobreprescripción de medicamentos para el alivio de síntomas y de psicotrópicos (Bassols A, Boch F, Baños JE 2002). Esta situación previa, provoca que la intervención y el esfuerzo terapéutico sobre las mujeres sea menor que en los hombres, en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad.

#### 2) Esfuerzo terapéutico.

El acceso a los hospitales en los casos de enfermedades de semejante gravedad, el tiempo de demora desde la aparición de los síntomas hasta la administración de tratamientos costosos o complejos, la cantidad y calidad de los recursos terapéuticos ofertados (fármacos, intervenciones quirúrgicas,...) no siempre encuentran una distribución equitativa entre sexos, según algunos estudios (Gonseth J, Sanz J, Segura A, García C 2002).

Uno de los indicadores de sesgo de esfuerzo terapéutico más estudiados es la mayor proporción de hospitalizaciones en hombres que en mujeres, con numerosos estudios que demuestran que a los hombres se les asignan sistemáticamente y por causas no justificadas por la situación clínica, una mayor proporción de ingresos y de días de estancia hospitalarios (Ruiz MT, Ronda E, 1995). En algunos estudios, dicha falta de equidad se asocia a una mayor tasa de complicaciones y mayor letalidad en las mujeres que en los hombres ( Moquera C, De la Hera J, Barriales V 2002).

Con la excepción de las condiciones relacionadas con parto, puerperio y enfermedades ginecológicas, el ingreso hospitalario es más frecuente en los hombres que en las mujeres para todos los diagnósticos y grupos de edad, y eso, a pesar de que son las mujeres las que acuden más al médico y recurren en mayor medida a la automedicación (Brugulat P, Séculi E, Fusté J. 2001), ( Sans S, Paluzie G, Puig T, Balaña L 2002).

En la población infantil, también los niños varones son ingresados en mayor proporción que las niñas de su misma edad y condición clínica (Casanova C, Péiro R, Barga G.1998).

Las razones por las que en ocasiones se demora a igual necesidad la asistencia sanitaria a las mujeres respecto a los hombres permanecen ocultas, y da motivos a quienes postulan que es un sesgo de género de los profesionales (estaban MG, Gomez RJ 2002)

Las diferencias en el comportamiento individual, nivel socio-económico y conductas sociales, son factores clave que explican las diferencias de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres por diferentes causas, al igual que los son ciertos factores puramente biológicos (riesgo cardiovascular, incidencia de tumores,...). Cuando se corrigen las tasas de mortalidad para los mismos niveles de matrimonio, pobreza y ejercicio, la diferencia de mortalidad se agranda, mientras que si se ajusta la

mayor propensión de las mujeres a visitar a amigos y familiares, asistir a servicios religiosos y abstenerse de fumar, la diferencia de mortalidad entre sexos se reduce (Rogers RG, Everett BG 2010).

Particular atención ha recibido en los últimos años el llamado “síndrome de Yenti” (Healy B. 1991), que recibe el nombre de una película protagonizada por Bárbara Streisand en la que la protagonista debe hacerse pasar por un hombre para obtener la misma consideración social que ellos y acceder a los estudios de rabino. El término viene a referirse a aquellas situaciones clínicas en las que una mujer debe mostrar signos y síntomas de una enfermedad semejantes a los que expresan los hombres para obtener el tratamiento más adecuado. La realidad en la práctica clínica es que a menudo la misma enfermedad adopta distintas manifestaciones clínicas en hombres que en mujeres, lo que conduce a un tratamiento subóptimo de estas últimas.

### 3) Esfuerzo en la investigación científica.

En el pasado las mujeres no estaban equitativamente representadas como objeto de la investigación clínica (o bien eran sistemáticamente excluidas) de numerosos aspectos de la ciencia médica (Cascales S. Ruiz MT Pardo MA 2003).

Aunque las principales causas de muerte en los países desarrollados son idénticas en ambos sexos, si exceptuamos el cáncer en órganos específicos de sexo (cerviz, próstata, mama,...), numerosos estudios biomédicos han investigado fundamentalmente la población masculina (Bandyopadhyay S. Bayer A. 2001), extrapolarlo posteriormente los resultados a las mujeres, lo que supone una manifestación del conocido “androcentrismo de la ciencia” hasta la segunda mitad del siglo XX (Cascales S, Ruiz MT, Pardo MA 2003). La enfermedad coronaria es, sin duda, el campo donde se ha comprobado de forma más fehaciente esta desigualdad.

### 4) Esfuerzo en la prevención de la enfermedad.

Actualmente, la prevención se considera un elemento esencial en el mantenimiento del estado de buena salud (prevención primaria) y de control del deterioro una vez ocurrida la enfermedad (prevención secundaria). El control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y tabaquismo) tiene una importancia decisiva en la aparición y desarrollo de la enfermedad coronaria, una de las condiciones patológicas que presentan una mayor mortalidad en mujeres que en hombres. Las mujeres con enfermedad coronaria tienen más años, mayor comorbilidad y más factores de riesgo asociados (como la hipertrigliceridemia, la cardiopatía hipertensiva y la diabetes). Esta última enfermedad, eleva en las mujeres la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular hasta siete veces, cuando en hombres la eleva dos veces. Las mujeres presentan peor supervivencia ante un evento coronario agudo (Mark DB. 2000).

La prevención secundaria en el caso de enfermedad coronaria se prescribe de forma diferente en hombres que en mujeres, aunque no existe ninguna razón clínica o científica para ello, de forma que los fármacos beta-bloqueantes, hipolipemiantes e incluso la aspirina se receta con menos frecuencia a mujeres que a hombres (Kjeldsen SE, Kolloch RE, Leinetti G 2000).

En cuanto a la prevención terciaria, aquella que emprende una vez que la enfermedad se encuentra plenamente establecida para atenuar sus consecuencias y evitar su agravamiento, también puede constatar que el acceso a los programas de rehabilitación cardiovascular es menor en mujeres que

en hombres (Hippisley-Cox J, Pringle M, Crown N. 2001) particularmente en los grupos de edad más avanzados (Benz LA 2002).

La legislación española afronta directamente el problema del “sesgo de género” en la asistencia sanitaria en diversas leyes.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece:

Art. 2: Principios Generales.

“Son principios que informan la presente Ley:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.”

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, dice:

Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud.

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.

b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

c) La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.

d) La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

e) La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

f) La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

Las inequidades en salud por razón de género son más graves y preocupantes cuando la enfermedad y la muerte tienen una causa prevenible y afectan especialmente a niñas, adolescentes y mujeres pobres, o pertenecientes a minorías étnicas con escasas posibilidades de acceso a la educación. En los países menos desarrollados, las inequidades por razón de género se reflejan en diversos

indicadores del estado de salud: elevadas tasas de mortalidad materna, falta de acceso a medidas de planificación familiar, embarazos en niñas y adolescentes, elevadas tasas de cáncer de cerviz y de infección por VIH, etc.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio, son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para 2015. Dos de ellos se relacionan de forma directa con la erradicación de las inequidades de género en salud:

- Objetivo nº 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Objetivo nº 5: Mejorar la salud materna.

Las investigaciones sobre sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se centran en el acceso a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexo. También se incluyen investigaciones de sobre-prescripción de terapias en los problemas de salud más prevalentes o exclusivos de mujeres.

## **2. OBJETIVOS**

Los objetivos de este trabajo son:

1. Cuantificar y analizar las diferencias en la distribución de los recursos hospitalarios entre hombres y mujeres de un hospital comarcal, desde la perspectiva de la equidad de género en salud.
2. Evaluar si dichas diferencias están justificadas por causas exclusivamente biológicas o puede existir inequidad en salud relacionada con el género.
3. Identificar áreas de actividad sanitaria y grupos específicos de población en los que la inequidad en el acceso a los recursos de salud relacionada con el género es más acentuada.
4. Revisión crítica de las fuentes documentales en relación con las diferencias de género para el acceso a la salud en los países menos desarrollados, en los países desarrollados y en España.
5. Contribuir a la concienciación por parte de los gestores y profesionales de los sistemas de salud de la trascendencia ética de todas las inequidades en salud, y particularmente de aquellas que se producen exclusivamente como consecuencia de la pertenencia de cada paciente a uno u otro género.

## **3. MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes de ambos sexos admitidos para ingreso hospitalario en el año 2010 en un hospital general de primer nivel (Hospital Comarcal de la Ciudad Autónoma de Melilla).

Dicha información se obtuvo por consulta directa del Sistema de Información Hospitalario, en particular, de la información contenida en el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) y en la aplicación de cálculos de GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), una vez obtenida la autorización correspondiente por parte de la Gerencia del hospital, para utilizar dicha información en este trabajo.

Se analizó la proporción de hombres y mujeres que recibieron atención hospitalaria en los distintos servicios de hospitalización, así como en el Servicio de Urgencias, y se comparó dicha proporción con la que presenta la población general de la ciudad.

Los datos demográficos de la Ciudad Autónoma de Melilla (población y distribución por sexos y edades) se obtuvieron por solicitud formal al Negociado de Estadística de la Consejería de Administraciones Públicas de dicha ciudad.

Los datos demográficos nacionales se obtuvieron por consulta a través de Internet de los datos avanzados sobre Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=praxis&path=/t20/e301/&file=inebase>).

Para el cálculo de variables (valores absolutos y porcentajes) y la elaboración de tablas y gráficos se utilizaron las herramientas de estadística descriptiva del programa SPSS 16.0®.

#### 4. RESULTADOS

La población de la Ciudad Autónoma de Melilla en el año 2010 ascendió a 78.480 habitantes, de los cuales 40.478 fueron hombres (51,58%) y 38.002 mujeres (48,42%).

La figura 1 muestra la distribución de la población de Melilla en el año 2010 por grupos de edad. Puede observarse una proporción mayor de hombres que de mujeres entre los niños, jóvenes, adolescentes y adultos hasta los 65 años, mientras que dicha diferencia se invierte en las edades más avanzadas de la vida.

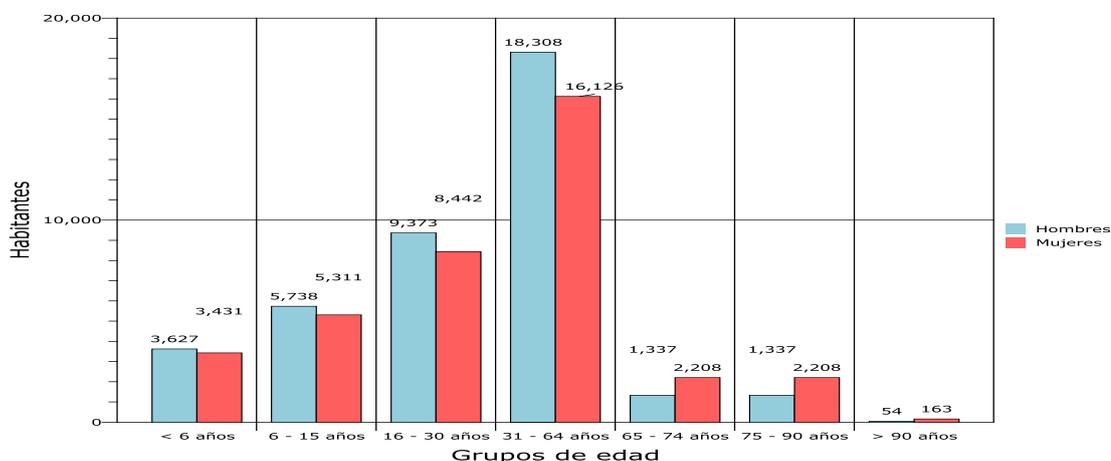


Figura 1. Distribución de la población de la Ciudad Autónoma de Melilla en el año 2010 por grupos de edad y sexo.

En Melilla se produjeron 407 defunciones en el año 2010, de las que 218 fueron hombres (52,33%) y 194 fueron mujeres (47,665).

Los fallecimientos ocurridos en el hospital en 2010 fueron 244 y correspondieron a 137 hombres (56,15%) y 107 mujeres (43,85%) (Figura 2).

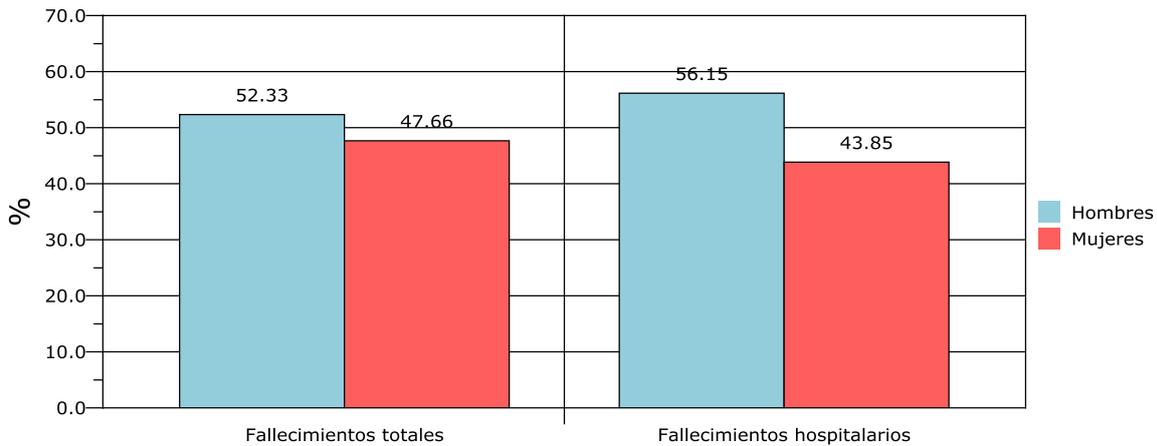


Figura 2. Distribución por sexos de los fallecimientos totales y los ocurridos en el hospital en el año 2010.

La gran mayoría de los 6.366 ingresos hospitalarios ocurridos en el año 2010 fueron mujeres, que sumaron 4.532 pacientes ingresados (79,19%) pero una elevada proporción de las mismas requirieron asistencia hospitalaria por condiciones exclusivamente femeninas, fundamentalmente relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (2.805 pacientes, que suponen el 61,89% de las mujeres ingresadas y el 44,06% del total de ingresos).

Una vez corregidas las cifras de ingresos, descontando los ocurridos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, puede observarse que la mayoría de los pacientes ingresados son hombres (57,18%) (Figura 3).

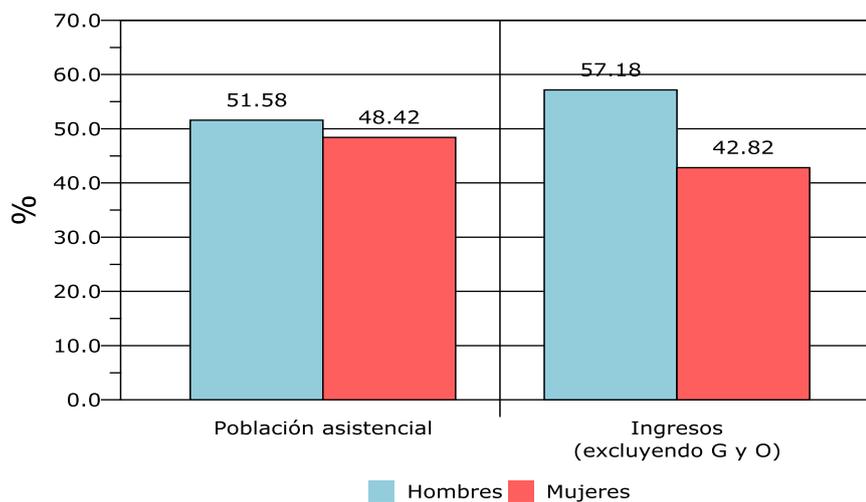


Figura 3. Distribución por sexos de la población asistencial total y de los pacientes ingresados en 2010. Si agrupamos todos los pacientes ingresados por servicios, observamos que en todos ellos se mantiene una mayor proporción de pacientes varones, que es tanto más acentuada cuanto mayor es el nivel de complejidad diagnóstica y terapéutica del Servicio, como ocurre, por ejemplo en la Unidad de Cuidados Intensivos. De los 270 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, 197

(66,25%) fueron varones, lo que duplica al número de pacientes del sexo femenino que ingresaron en dicha unidad (91 pacientes, 33,75%) (Figura 4).

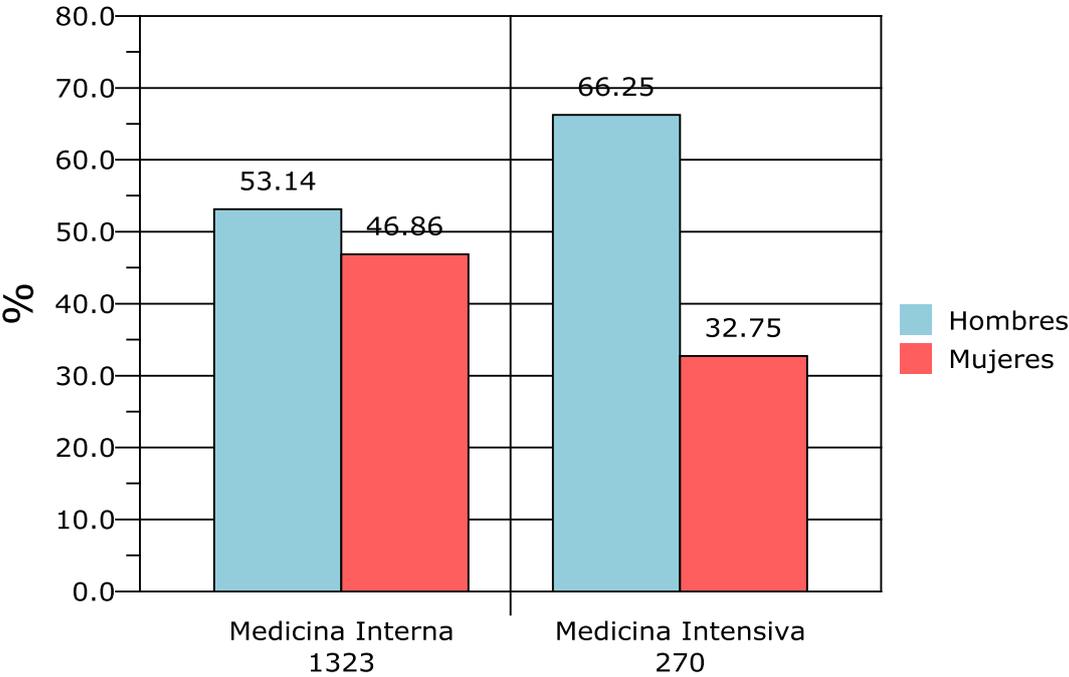


Figura 4. Distribución por sexos de los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Medicina Intensiva.

La mayor proporción de hombres ingresados que de mujeres se mantiene, de forma más o menos llamativa, en la totalidad de los servicios hospitalarios quirúrgicos (exceptuando el Servicio de Ginecología) (figura 5).

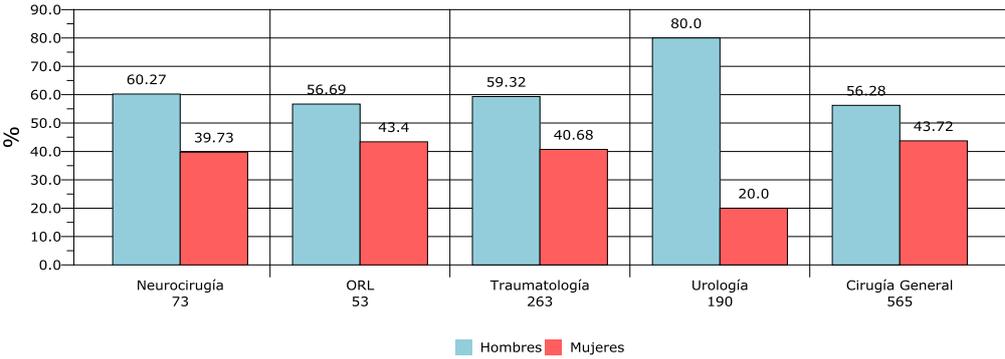


Figura 5. Distribución por sexos de los pacientes ingresados en los distintos Servicios Quirúrgicos. De igual modo, en las dos Secciones del Servicio de Pediatría (Pediatría y Neonatología) se observa una mayor proporción de pacientes ingresados varones (figura 6).

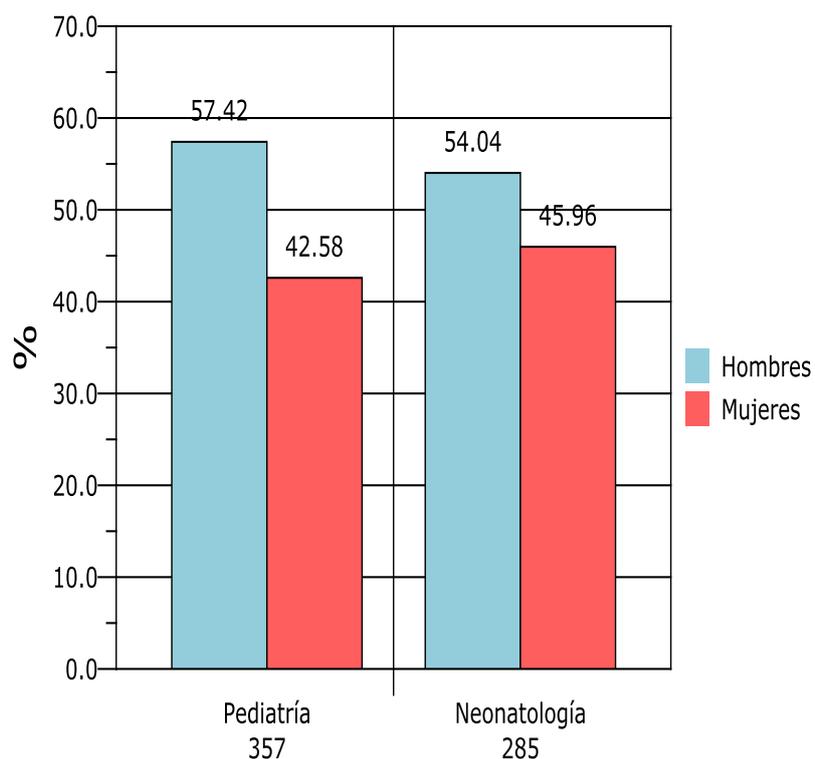


Figura 6. Distribución por sexos de los pacientes ingresados en edad infantil.

De los 108 pacientes que fueron admitidos para ingreso hospitalario por el Servicio de Psiquiatría, 69 fueron varones (63,89%) y 39 mujeres (36,11%).

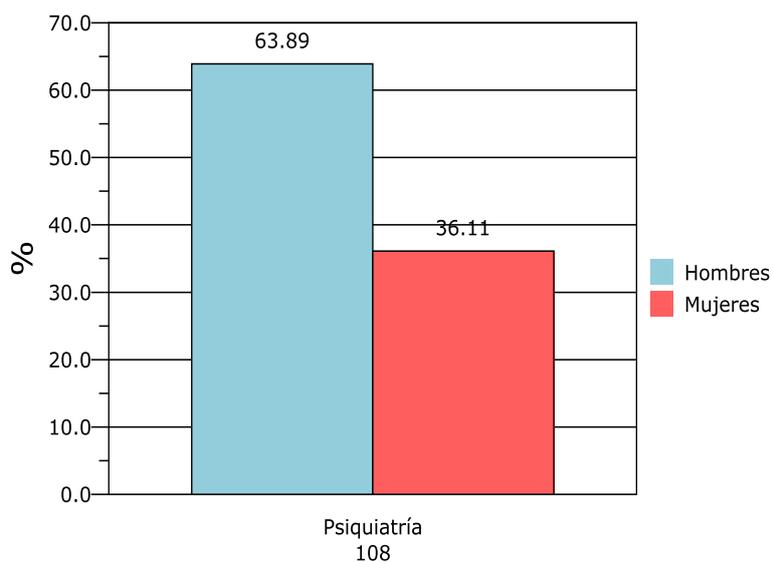


Figura 7. Distribución por sexos de los pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría.

La mayor parte de los 57.186 pacientes atendidos en Urgencias fueron mujeres: 31.467 mujeres (55,05%) y 25.710 hombres (44,95%). De igual forma, la mayor parte de los pacientes ingresados, en términos absolutos, también fueron mujeres, como se señaló anteriormente, pero esta diferencia se invierte si consideramos exclusivamente aquellos servicios en los que pueden ingresar indistintamente hombres y mujeres. En el conjunto de estos servicios “mixtos” ingresaron 2.014 (57,18%) hombres frente a 1.547 mujeres (42,82%) (Figura 8).

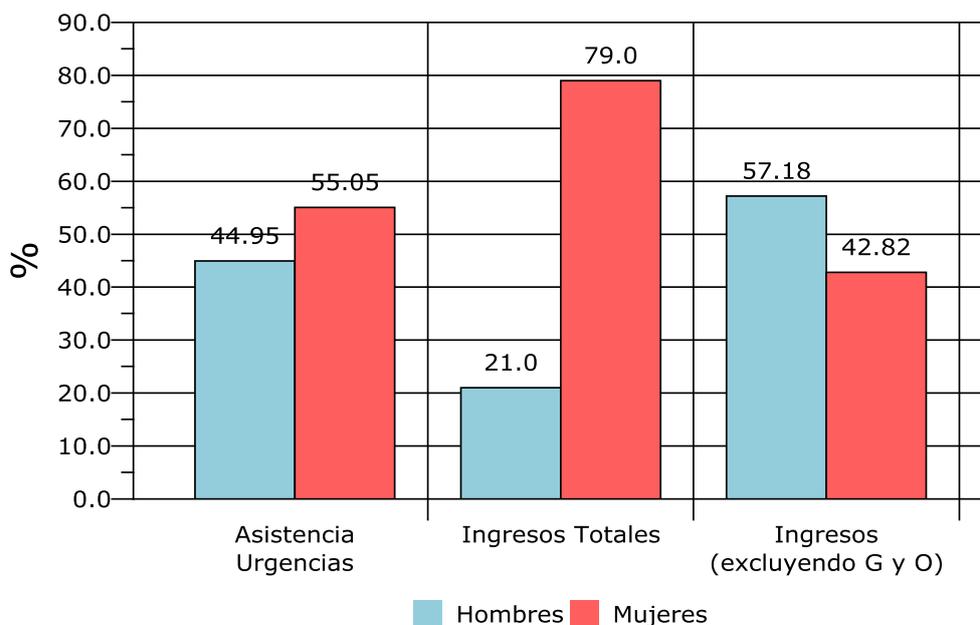


Figura 8. Distribución por sexos de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en comparación con los pacientes ingresados incluyendo y excluyendo los ingresos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Al igual que se observa en la figura 1 con relación a la población general de la Ciudad de Melilla, la proporción de hombres y mujeres atendidos en Urgencias en 2010 se modifica en los diferentes grupos de edad a lo largo de la vida. Mientras que predominan los varones en los grupos de edad infantil y preadolescentes, dicho predominio se invierte el resto de los grupos de edad, especialmente en las décadas de edad fértil de la mujer, en las que el número de mujeres que acuden a Urgencias, prácticamente duplica al de varones (figura 9).

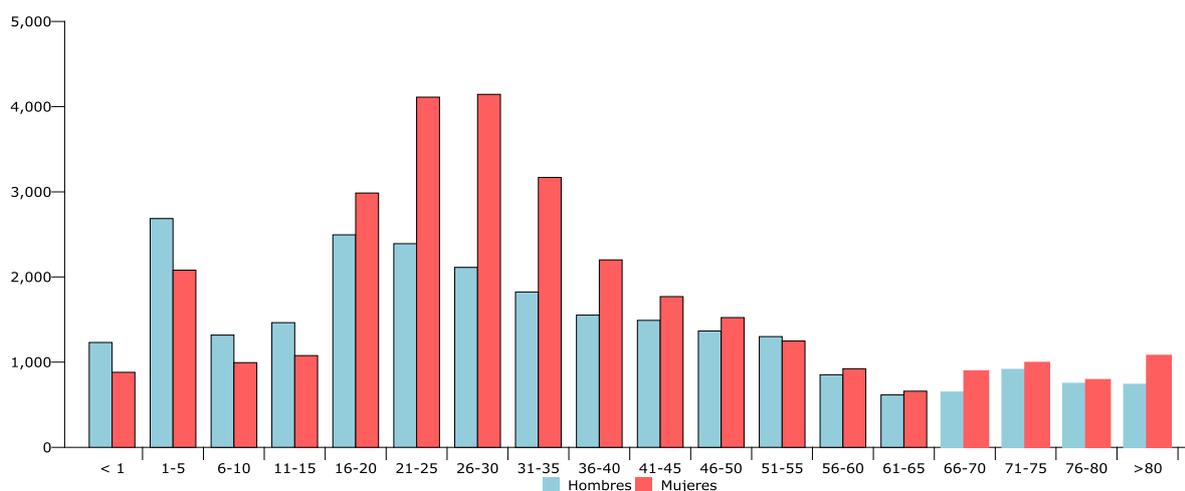


Figura 9. Distribución por grupos de edad y sexo, que ingresan por el servicio de urgencias.

## 5. DISCUSIÓN

Una de las tareas fundamentales de la Bioética es implicarse en los nuevos retos científicos, éticos y sociales que plantea la imparable evolución de la asistencia sanitaria en nuestros días. Conflictos éticos que no se habían planteado hasta el momento (capacidad de manipular la información genética de un ser humano, clonarla o de intercambiarla entre diferentes especies animales, posibilidad de cambiar el sexo biológico, de utilizar “úteros de alquiler”, de transplantar órganos de personas fallecidas a otras enfermas, o de mantener la vida de forma artificial mediante el empleo de máquinas,...). Los derechos y obligaciones de los administradores de los recursos de salud y sus usuarios han cobrado en los últimos años un notable interés como consecuencia de la implantación de diferentes sistemas sanitarios públicos y privados de dimensiones nacionales.

La preocupación por la Justicia como principio fundamental de la Bioética aporta un nuevo enfoque al análisis de todas las formas de injusticia relacionadas con el acceso de los ciudadanos a los recursos sanitarios. Una forma particular de inequidad en salud es la que se origina de la diferencia entre sexos, cuando no puede justificarse por razones estrictamente biológicas.

Los resultados de nuestro trabajo concuerdan plenamente con otros estudios que analizan las diferencias en la asignación de recursos hospitalarios entre hombres y mujeres.

Aunque las mujeres requieren en mayor proporción ser atendidas en el Servicio de Urgencias, la mayor parte de esta diferencia puede atribuirse a condiciones relacionadas con el embarazo y el parto, o enfermedades exclusivamente femeninas, como son los padecimientos ginecológicos.

Si corregimos este factor, puede observarse que los hombres son ingresados en una mayor proporción que las mujeres en todos los Servicios que admiten a ambos sexos. Esta diferencia difícilmente puede justificarse por motivos puramente biológicos, y es posible que intervenga en cierta medida un sesgo de género en el reparto equitativo del esfuerzo diagnóstico y terapéutico.

Si profundizamos en los resultados concretos de nuestro estudio podemos observar que algunas de las diferencias en la asignación de recursos sanitarios pueden explicarse por razones puramente demográficas ([htt: www. Ine.es/jaxi/menu.do?type=praxis&path=/t20/e301/&file=inebase](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=praxis&path=/t20/e301/&file=inebase)).

En nuestro país, y en los de nuestro entorno, existen más hombres que mujeres en las primeras edades de la vida, las proporciones se igualan en la tercera y cuarta década, y se invierten en las edades avanzadas debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres (figura 10). Estas desproporciones son suficientes para explicar los resultados expresados en las figuras 1 y 9 en las que se visualiza la distribución por sexos de la población de Melilla y de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Melilla. Del mismo modo, la mayor proporción de varones entre los pacientes en edad pediátrica (figura 6) pueden justificarse por razones puramente demográficas.

## Pirámides de población 2009 y 2018

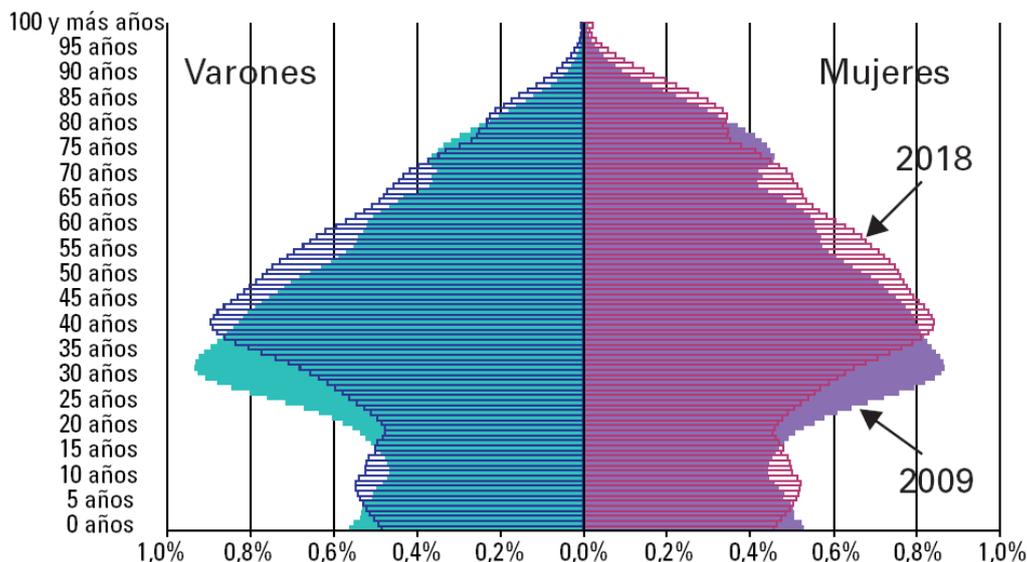


Figura 10. Pirámide poblacional en España en el año 2009 y su previsión para el año 2018. Tomado del Instituto Nacional de Estadística.

Otras diferencias en la asignación de recursos pueden tener causas explicables por diferencias biológicas y conductas voluntarias. Por ejemplo, la mayor proporción de pacientes varones ingresados en el Servicio de Urología puede estar en relación con la elevada prevalencia de enfermedad prostática en el varón adulto y la mayor proporción de pacientes ingresados en el Servicio de Neurocirugía, sin duda se correlaciona con la distribución de trauma craneo-encefálico y medular en accidentes de tráfico y laborales, que son mucho más frecuentes en varones (figura 5). Ya se ha hecho alusión a la enorme cantidad de recursos sanitarios encaminados a la atención de las mujeres en edad fértil, en relación con el embarazo, el parto y el puerperio.

Mucho más difícil de explicar desde el punto de vista de las diferencias biológicas o demográficas, o de la preferencia por conductas de riesgo voluntarias, es la desproporción de recursos en otras áreas

asistenciales, observadas en nuestro Hospital, pero también en las estadísticas nacionales (figura 11). No existen diferencias en la prevalencia por sexos de la mayoría de enfermedades que se atienden en otros servicios como los de Medicina Interna, Medicina Intensiva, Cirugía General o Psiquiatría (figuras 4, 5 y 6), y es en éstos en los que cabe la posibilidad de que intervenga un verdadero “sesgo de género” en la asignación de recursos diagnósticos y terapéuticos.

En el conjunto del Estado español el 53,6% del total de ingresos hospitalarios correspondió a mujeres, según se refleja en la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) <sup>31</sup>. Sin embargo, si se excluyeran los ingresos producidos por embarazo, parto y puerperio, el mayor porcentaje de participación correspondería a los hombres (52,9%), lo que concuerda en gran medida con los resultados de este estudio. Según reflejan los datos del INE, Los episodios de embarazo, parto y puerperio continuaron siendo la primera causa de hospitalización de mujeres, con el 22,9% del total de las altas en 2010. No obstante, este motivo de hospitalización descendió, por segundo año consecutivo de forma paralela con el descenso del número de nacimientos en España. Las siguientes causas de hospitalización de mujeres correspondieron al grupo de enfermedades del aparato circulatorio (10,8%) y a las enfermedades del aparato digestivo (9,9%).

En los hombres, las enfermedades que dieron lugar a un mayor número de hospitalizaciones fueron las del aparato circulatorio, con el 15,7% del total. Por detrás se situaron las enfermedades del aparato digestivo (14,6%) y las enfermedades del aparato respiratorio (13,6%).

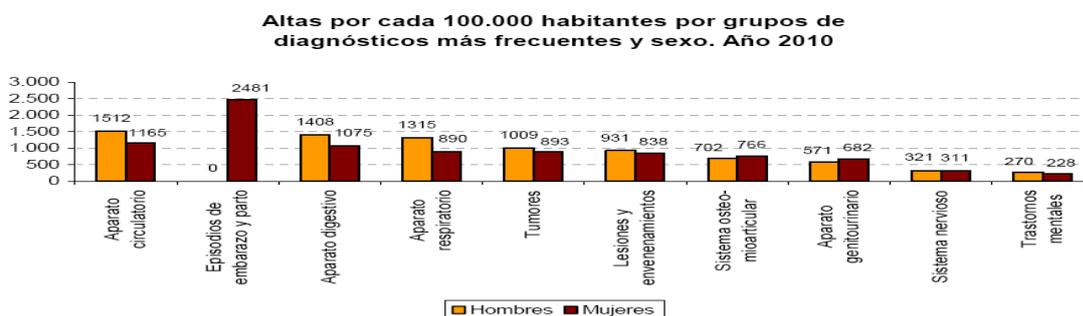


Figura 11. Altas por cada 100.000 habitantes por grupos de diagnóstico más frecuentes y sexo. Año 2010. Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas.

## 6. CONCLUSIONES

1) Existen importantes desigualdades en la proporción de hombres y mujeres que reciben asistencia hospitalaria, en la práctica totalidad de servicios y áreas asistenciales. Dichas desigualdades están plenamente justificadas cuando se deben a diferencias biológicas entre hombres y mujeres que modifican el riesgo a padecer ciertas enfermedades (cáncer de próstata o de útero, por ejemplo), o bien a la elección voluntaria de conductas o actividades de riesgo (consumo de bebidas alcohólicas, conducción temeraria de vehículos,...). Pero no siempre dichas diferencias explican la asignación asimétrica o desigual de recursos sanitarios.

2) No existe justificación clínica, demográfica o derivada de la libre elección de la conducta para explicar desigualdades en la asistencia sanitaria especializada, como las que ocurren en los servicios de Medicina Intensiva o de Psiquiatría, donde la proporción de hombres ingresados prácticamente duplica a la de mujeres. En tales casos, es posible que intervenga un verdadero sesgo de género o falta de equidad en la asignación de recursos de salud por razón de sexo.

3) Los varones representan en 56% de los pacientes fallecidos mientras reciben atención hospitalaria, frente al 43% de mujeres. Los varones representan el 66% de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, frente al 32% de mujeres. Los hombres representan el 63% de los pacientes ingresados en la Sala de Psiquiatría, frente al 32% de mujeres. No existen razones clínicas o demográficas que puedan justificar estas diferencias.

4) La inequidad de género en el ámbito de la salud se produce en distintos países con diferentes sistemas sanitarios, y ha sido puesta de manifiesto por numerosos estudios con sólida base científica presentados en publicaciones nacionales e internacionales. La inequidad de género constituye un nuevo e interesante campo de investigación dentro del ámbito de competencia de la Bioética.

5) La posibilidad de que se produzcan inequidades de género en salud exige una profunda reflexión desde la perspectiva de la Bioética de todos los agentes implicados en la asistencia sanitaria, particularmente médicos y enfermeros, a quienes corresponde en el día a día decidir la asignación de los distintos recursos.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Bambas L, Casas J.C. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. En: Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington D.C.: Pan American Health Organization 2001: 12-21. Disponible en [http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08\\_02.pdf](http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08_02.pdf) .

Bandyopadhyay S, Bayer A, O'Mahoney M. Age and gender bias in clinical trials. QJM 2001;94(3):127-32.

Bassols A, Bosch F, Baños JE. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. J Pain Symptom Manage 2002;23:318-28.

Beery T.A. Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. Heart & Lung: the Journal of Critical Care 1995;24(6):427-35.

Benz LA et al. Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation programs? A review of multilevel factors affecting referral, enrollment and completion. Journal of women's health 2002;11:773-791.

Brugulat P, Séculi E, Fusté J. Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. Gac Sanit 2001;15:54-60.

Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. American Journal of Public Health 2002; 92 (2): 169-176.

Casanova C, Peiró R, Barba G, Salvador X, Colomer J, Torregrosa MJ. Hospitalización pediátrica evitable en la Comunidad Valenciana y Cataluña. Gac Sanit 1998;12:160-8.

Cascales S, Ruiz MT, Pardo MA. Ensayos clínicos con rofecoxib: análisis de la información desde la perspectiva de género. Med Clin (Barc) 2003;120:207-12.

Esteban MJ, Gómez RJ. Tiempo entre el inicio de síntomas e inicio de tratamiento de los casos de registro de Tuberculosis del Área 8 (Comunidad de Madrid). Gac Sanit 2002;16(Supl 1):99.

Ferrer M. Equidad y justicia en salud: Implicaciones para la bioética. Acta bioética 2003;9(1):113-26.

Foster S, Malik M. A comparative study of differences in the referral behavior patterns of men and women who have experienced cardiac related chest pain. Intensive Crit Care Nursing 1998;14(4):192-202.

Gonseth J, Sanz J, Segura A, García C. Diferencias por sexo en el tiempo hasta la monitorización del infarto agudo de miocardio. Gac Sanit 2002;16(Supl 1):90.

Healy B. The Yentl Syndrome. NEJM 1991;325(4):274-375

Hippisley-Cox J, Pringle M, Crown N. Sex inequalities in ischemic heart disease in general practice: cross sectional survey. *BMJ* 2001;322:1-5

Hunt E, Annandale E. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary western societies. *Social Science and Medicine* 1998;48(1):1-5.

Kjeldsen SE, Kolloch RE, Leonetti G et al. Influence of gender and age on preventing cardiovascular disease by antihypertensive treatment and AAS. The HOT study. *J Hypertens* 2000;18(5):629-42.

Lenhart SH. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc* 1993;48:155-9.

Levy BR. Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The Gerontologist* 2001; 41(5), 578-579.

Lolas F. El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75(3):187-92.

Mark DB. Sex bias in cardiovascular case: should women be treated more like men? *JAMA* 2000;283(5):659-61.

Montoro, J. Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 1998; 8(1): 21-30.

Mosquera C, De la Hera J, Barriales V, Grupo de Estudio RIMAS. El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres? *Gac Sanit* 2002;16(Supl 1):60.

Movimiento Natural de la Población 2010. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase>

Rogers RG, Everett BG, Saint Onge JM, Krueger PM. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography* 2010;47(3):555–578.

Ruiz MT, Ronda E, Gil VF, Álvarez-Dardet C, Belda J. Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias: ¿diferente o desigual? *Gac Sanit* 1995;9:76-83.

Ruiz-Cantero MT, / María Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):118-25

Sans S, Paluzie G, Puig T, Balaña L, Balaguer-Vintró I. Diferencias de género en la salud autopercebida y el consumo de medicamentos. *Gac Sanit* 2002;16(Supl 1):74.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. World Health Organization. Copenhagen 1991.

Wikler D. Presidential Address: Bioethics and Social Responsibility. *Bioethics* 1997; 11 (34): 185-192.