



## COMPILACIÓN

UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN  
EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

**SALUD**

**Compilación • UNA MIRADA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO**

Primera edición: 2007

D.R. Secretaría de Salud  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Homero 213, piso 7  
Colonia Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570  
México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Se imprimieron 500 ejemplares  
Se terminó de imprimir en diciembre de 2007

**ISBN 979-970-721-458-3**

Esta publicación fue elaborada por:  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**Coordinación**

Dra. Aurora del Río Zolezzi  
Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez  
Directora de Género y Salud

Lic. Cecilia Robledo Vera  
Subdirectora de Documentación de Inequidades

M. en C. Magda Luz Atrián Salazar  
Coordinadora de Estadísticas

Citación Sugerida: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.  
Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F.: SS-CNEGySR; 2007.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

## Secretaría de Salud

### **Dr. José Ángel Córdova Villalobos**

Secretario de Salud

### **Dr. Mauricio Hernández Ávila**

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

### **Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez**

Subsecretaria de Innovación y Calidad

### **Lic. María Eugenia de León-May**

Subsecretaria de Administración y Finanzas

### **Dr. Julio Sotelo Morales**

Comisionado de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad

### **Lic. Jorge Camarena García**

Titular del Órgano Interno de Control

---

### **Lic. Bernardo Fernández del Castillo Sánchez**

Director General de Asuntos Jurídicos

### **Lic. Carlos Olmos Tomasini**

Director General de Comunicación Social

### **Dra. Patricia Uribe Zúñiga**

Directora General del Centro Nacional de Equidad  
de Género y Salud Reproductiva

### **Dra. Aurora del Río Zolezzi**

Directora General Adjunta de Equidad de Género

### **Dra. Prudencia Cerón Mireles**

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

### **Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

## ÍNDICE

- pag. 7** **Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. Presentación**
- pag. 15** **Indicadores de salud con perspectiva de género.**  
*Laura R Mendoza Alvarado, Gustavo Olaiz Fernández, Paula Rivera Hernández*
- pag. 33** **Análisis de género e investigación en salud.**  
*Prudencia Cerón Mireles, Cecilia Robledo Vera, Constanza I Sánchez Carrillo, Aurora del Río Zolezzi, Laura Pedrosa Islas, Hilda Reyes Zapata, Berta Cerón Mireles, Guadalupe Ordaz Hernández, Gustavo Olaiz Fernández*
- pag. 47** **Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género.**  
*Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz*
- pag. 59** **Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana.**  
*Ofelia Poblano Verástegui, Emanuel Orozco Núñez, Carlos Eduardo Carrillo Ordaz, Doris Verónica Ortega Altamirano, Alma Lucila Saucedo Valenzuela*
- pag. 73** **Usuaría simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca.**  
*Luz Arenas Monreal, Isabel Hernández Tezoquipa,<sup>†</sup> Doris Ortega Altamirano, Beda Mota Ramírez*
- pag. 89** **La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud.**  
*Isabel Hernández Tezoquipa,<sup>†</sup> Doris Ortega Altamirano, Luz Arenas Monreal*
- pag. 103** **Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género.**  
*Gustavo Nigenda, Mariana López Ortega, Cecilia Matarazzo, Clara Juárez*
- pag. 121** **Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza urbana.**  
*Margarita Márquez Serrano, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Sandra Treviño Siller*
- pag. 137** **Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes.**  
*Marta Caballero, Sandra Catalina Ochoa Marín, René Leyva, Ángel Zarco, Claudia Guerrero*

- pag. 149** **Mujeres y hombres bebiendo cerveza: etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec.**  
*Sergio Lerín Piñón, Marinella Miano Borruso*
- pag. 165** **Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en México. Diseño metodológico y prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres.**  
*Gustavo Olaiz Fernández, Rosalba Rojas, Aurora Franco, Oswaldo Palma, Carlos Echarri y el Grupo de estudio de violencia contra la mujeres*
- pag. 189** **Violencia hacia la población de 60 años y más.**  
*María I. Hernández Serrato, Aremis L. Villalobos Hernández*
- 
- pag. 205** **La violencia durante el noviazgo ¿Cómo la perciben las y los jóvenes en México?**  
*Rosario Valdez-Santiago, Juan Carlos Ramírez, Rosalba Rojas, Elisa Hidalgo, Leticia Ávila Burgos*

# **Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana**

Ofelia Poblano Verástegui,<sup>1</sup> Emanuel Orozco Núñez,<sup>2</sup>  
Carlos Eduardo Carrillo Ordaz,<sup>2</sup> Doris Verónica Ortega Altamirano,<sup>2</sup> Alma  
Lucila Saucedo Valenzuela.<sup>2</sup>

1 Dirección General de Calidad y Educación en Salud,  
Secretaría de Salud. México, DF.

2 Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Investigación financiada por el Centro Nacional  
de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004).

**D**urante los últimos años se han acumulado evidencias bibliográficas que señalan la desigualdad de los servicios que brindan diferentes unidades de salud, aunque estas desigualdades se han observado más entre unidades de atención médica que entre distintos grupos de enfermos. Trabajos realizados en Europa y América del Norte muestran que existen diferencias raciales y de género que influyen en la calidad de la atención recibida.

Por ejemplo, las personas de raza negra y las mujeres que tienen enfermedad coronaria reciben menos intervenciones adecuadas que personas de piel blanca y de sexo masculino. Esta situación es relevante –y sirve como ejemplo de los muchos prejuicios que pueden causar la atención inequitativa con base en el género, dado que en las mujeres el comienzo de la enfermedad coronaria es tardío, y después de la menopausia la incidencia aumenta de manera dramática y la tasa de mortalidad es mayor que la de los hombres.<sup>1</sup>

Otras investigaciones multicéntricas realizadas en países industrializados han referido que las mujeres sólo recibieron entre 50 y 75% de las cateterizaciones que recibieron los hombres;<sup>2,3</sup> incluso se ha visto consistentemente que las mujeres tuvieron menos probabilidades de recibir procedimientos de revascularización coronaria que los hombres.<sup>4,5</sup> Información mexicana, a su vez, señala que con frecuencia las mujeres reciben menos medicamentos estándar para la enfermedad coronaria, incluyendo trombolíticos, aspirina, heparina, beta-bloqueadores y nitroglicerina.<sup>6</sup>

La observación de otras enfermedades, como diabetes mellitus (DM) ha permitido identificar cómo la carga biológica de cada sexo afecta la manifestación de la enfermedad, las comorbilidades y las complicaciones. Con el establecimiento, por un lado, de diferencias en la manera como una misma enfermedad afecta a hombres y mujeres y, por el otro, la diferencia en la calidad de la atención recibida, por lo menos en determinadas unidades y ocasiones, se empieza a establecer la complejidad del análisis necesario para alcanzar la comprensión de las inequidades de atención entre géneros. Dicho análisis debe incorporar una dimensión más amplia cuando se toman en cuenta las características de género de los diferentes miembros del equipo de salud, y las cargas culturales que pesan sobre los diferentes entornos de donde provienen las enfermas.

Algunos reportes señalan diferencias concretas entre hombres y mujeres con DM. Estas diferencias se observan en el acceso a los servicios de salud y en la frecuencia de su utilización, en el control de la glicemia, y la calidad de vida, la satisfacción de pacientes por la atención recibida y en la mortalidad por esta causa.<sup>7,8</sup>

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, no existe literatura específica relacionada con diferencias por género. Sin embargo, se ha observado que el uso de analgésicos posquirúrgicos puede, en ocasiones, ser diferencial según raza y etnia. No obstante, aunque se ha señalado que el género es un factor que influye, no se ha logrado deslindar de la raza y del nivel socioeconómico, los que pueden actuar como confusores del efecto.<sup>9,10</sup>

## Objetivos

Dado que una de las tareas prioritarias de las autoridades de salud de México en el presente siglo es asegurar la equidad en la atención, y que factores asociados al género eran señalados como una de las probables fuentes de inequidad, se realizó el presente trabajo con el objetivo principal de identificar la existencia de diferencias en la calidad técnica e interpersonal de la atención hospitalaria recibida según género, mediante la comparación de la forma como se realizan los procesos de atención que comúnmente se llevan a cabo en los servicios de urgencias, cirugía y hospitalización, para tres enfermedades, en nueve hospitales, de cinco entidades federativas de México.

Igualmente, se procuró describir el entorno social, cultural y, en algunas ocasiones, legal que pudiera estar influyendo sobre dicha falta de equidad, e identificar los diferentes aportes que este entorno proporcionaba tanto en el personal de atención para la salud, como en los y las pacientes.

## Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, cuantitativo y cualitativo, diseñado para evaluar calidad de la atención desde las perspectivas técnica e interpersonal, así como el análisis de los factores asociados a la misma, desde una perspectiva de género.

Se efectuó en hospitales dependientes de las Secretarías de Salud de los estados de Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Yucatán, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2004 y enero de 2005. El estudio se hizo en dos hospitales generales de Guanajuato y de Yucatán, en dos hospitales generales y un hospital de especialidades en Veracruz, y en un hospital general en Nuevo León y en Querétaro.

En la fase cuantitativa del estudio se aplicaron varios instrumentos de recolección de información: tres cuestionarios para usuarios y usuarias, tres guías de cotejo de expediente, correspondientes a cada

diagnóstico seleccionado. Los cuestionarios para medir la satisfacción de los usuarios y las usuarias con la atención recibida fueron diseñados ex profeso y piloteados previamente. La aplicación de los mismos estuvo a cargo de personal de salud y de trabajo social perteneciente al mismo hospital o a la Secretaría Estatal de Salud.

Las guías de cotejo para los expedientes fueron desarrolladas con base en los indicadores de calidad técnica utilizados internacionalmente. El personal responsable del cotejo de los expedientes estuvo conformado por especialistas en medicina interna, adiestrados en el uso de las guías. Los criterios de inclusión de las personas enfermas según su diagnóstico, fueron los siguientes:

- 1) Infarto agudo del miocardio (IAM). Cualquier persona que, al ser atendida en Urgencias, fuera diagnosticada como tal, que no fuera transferida a otra unidad médica en un término de 24 horas, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.
- 2) Diabetes mellitus descompensada (DM). Cualquier persona que, al ser atendida en urgencias, fuera diagnosticada como tal, que fuera hospitalizada o mantenida en urgencias durante al menos 24 horas, que no presentara complicaciones como neuropatía o retinopatía como origen de ese ingreso hospitalario, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.
- 3) Hernioplastia. Cualquier persona programada para cirugía de hernia umbilical, inguinal o abdominal, ya fuera ambulatoria u hospitalaria, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.

El procedimiento que se siguió una vez que se identificó el caso en los servicios hospitalarios y de urgencias fue: aplicación del cuestionario durante la estancia de la persona enferma y, finalmente, revisión del expediente después de su egreso.

Para la fase de metodología cualitativa se desarrollaron guías de entrevista para responsables de enseñanza y de calidad de cada hospital, así como una guía de discusión de grupo para trabajar con el personal médico y de enfermería de los servicios donde regularmente se recibe y hospitaliza a quienes tienen los diagnósticos de las enfermedades de interés.

Sobre la base de esta guía se realizaron grupos focales y entrevistas individuales, procurando incorporar a personal de diferentes categorías laborales que tuviera contacto directo con las y los pacientes, además de una representación de niveles directivos. El análisis de los contenidos de las entrevistas y de las sesiones de discusión en grupo generó la construcción de las siguientes categorías analíticas:

1. Identificación del programa "Mujer y Salud" (PROMSA).
2. Equidad de género y atención médica.
3. Género y entorno organizacional.
4. Perspectiva de género y relaciones sociales.

## Resultados

Durante el período de recolección de información de octubre y noviembre, se identificaron 408 casos, distribuidos como se muestra en el *cuadro I*.

Cuadro I

### Casos identificados por diagnóstico, el hospital y el estado de origen. México, 2004-2005

| Estado     | Hospitales                                                       | DM  | Hernioplastia | IAM |
|------------|------------------------------------------------------------------|-----|---------------|-----|
| Nuevo León | H General Metropolitano, Monterrey                               | 22  | 18            | 22  |
| Veracruz   | H Civil Luis F. Nachón, Xalapa                                   | 22  | 26            | 4   |
|            | H Regional, Veracruz                                             | 23  | 18            | 5   |
|            | Centro de Especialidades Médicas Dr Rafael Lucio (CEMEV), Xalapa | 19  | 11            | 6   |
| Yucatán    | H General Agustín O'Horan, Mérida                                | 16  | 18            | 16  |
|            | H General, Tizimin                                               | 9   | 4             | 1   |
| Guanajuato | H General, León                                                  | 36  | 32            | 7   |
|            | H General, Irapuato                                              | 28  | 8             | 3   |
| Querétaro  | H General, Querétaro                                             | 19  | 8             | 7   |
|            | Totales                                                          | 194 | 143           | 71  |

La relación hombre/mujer en cada diagnóstico estuvo de acuerdo con lo esperado: 41/59% para la DM, 55/45% en hernioplastia, y 83/17% en IAM.

Se observó que el cumplimiento de los procesos considerados idóneos para la atención de los casos de cada uno de los padecimientos en estudio fue bajo: 50.64% en DM descompensada, 58.95% en hernioplastia y 62.02% en infarto agudo del miocardio. Los subprocesos de atención más afectados cuyas diferencias por género fueron estadísticamente significativas: en DM, el examen clínico y la orientación educativa en medidas nutricionales y de autocuidado (41.2 y 29.4%, respectivamente), en especial para las mujeres con hernioplastia; la realización y registro del acto quirúrgico y la medicación (analgésica y antibiótica) con 43.8 y 31.2% de cumplimiento, respectivamente, en detrimento de las mujeres, y para IAM, el manejo de medicación y de técnicas invasivas consideradas de alto compromiso para el pronóstico de cada paciente, con 54.5 y 21.7%, respectivamente.<sup>11</sup>

En lo que se refiere a las estancias hospitalarias, en el grupo de DM descompensada fueron más largas para hombres (promedio de 7.26 días) que para mujeres (5.01 días). La profundidad de la investigación no alcanza a identificar si el factor determinante de esta diferencia fue la opinión del equipo de salud o la actitud de los o de las pacientes ante la enfermedad.

El análisis cualitativo permite detectar diferencias, no siempre atribuibles a los servicios de salud, en materia de equidad. En muchos casos, las diferencias no muestran diferencias estadísticamente significativas, pero en ciertos procedimientos sí. Por ejemplo, aproximadamente la tercera parte de pacientes con DM descompensada informaron que no podían saber si el médico que atendía era de base, residente o interno. Para 53.64% de las mujeres y 48.72% de los hombres el personal que los atendía siempre se identificó. Esta diferencia es significativa ( $p=0.02$ ) y parecería favorecer a los hombres. Pero, respecto del personal de enfermería, la situación se revierte, y 51.7% de las mujeres y 64.5% de los hombres estimaron que el personal acudía prontamente a sus llamados, diferencia también significativa.

Se obtuvieron también datos acerca del tiempo que pasó desde cuando empezaron a sentirse mal hasta el momento cuando solicitaron atención médica; éstos mostraron una diferencia importante: 21.7 días ( $DE$  48.3, mínimo 0.16, máximo 180) en mujeres contra 6.8 días ( $DE$  8.85, mínimo 0.08, máximo 30) para hombres.

En cuanto a las explicaciones dadas por el personal médico ante preguntas expresas, 61.7% de hombres y sólo 53.04 de las mujeres estimaron que las respuestas fueron satisfactorias. Para pacientes con IAM las proporciones fueron más significativas: 54.5% de las mujeres y 79.5% de los hombres consideraron que habían recibido respuestas claras a sus preguntas. A su vez, 60.3% de pacientes de hernioplastia opinaron que no habían recibido algún tipo de información a su ingreso a la unidad, contra 52.5% de los hombres.

La relación médico-paciente parece verse influida por el sexo de quien presta la atención principalmente en mujeres, quienes muestran preferencias claras a ser atendidas por médicas (DM  $p=0.04$ ; IAM  $p=0.006$ ; hernioplastia  $p=0.000$ ). Por el contrario, los hombres afirmaban mayoritariamente que les daba lo mismo si era médico o médica.

En los grupos focales se observó una ignorancia total respecto del PROMSA, atribuida a falta de información y difusión del mismo, ya sea por las autoridades centrales o por las hospitalarias ("que no bajan la información", al decir del personal de salud entrevistado), y una tendencia generalizada a entender equidad como igualdad.

En prácticamente todos los grupos, bajo diferentes formulaciones, se expresó la idea de que no hay diferencia en la atención para hombres y mujeres.

- "Hacemos el trabajo de la mejor manera posible, con cuidado, evitando discriminar a nadie."
- "El género no cambia un razonamiento clínico."
- "Un padecimiento no requiere diferenciarse según quien lo presente, trátase de hombre o mujer."
- "Esta temática puede ser de interés, mientras no invada lo clínico."

- "La categoría paciente se maneja de manera asexualada."
- "Los servicios de salud se otorgan a los usuarios sin distinción de ninguna índole, centrando el trabajo en la atención de patologías, no en el estudio de lo social."

A pesar de ello, y ya profundizadas las discusiones, se suele reconocer que existen diferencias clínicamente muy importantes entre hombres y mujeres. Tres aspectos señalados de manera casi unánime son:

- a) Que las mujeres tienen, por regla general, un umbral más alto para el dolor (con lo cual podría estarse explicando parcialmente la tendencia observada en la fase cuantitativa del estudio a administrar menos medicamentos a las mujeres).
- b) Posiblemente asociado con lo anterior, que las mujeres brindan información más creíble cuando experimentan síntomas graves.
- c) Que las mujeres suelen llegar a los servicios de urgencias en condiciones más graves que los hombres, y tras haber esperado a que la enfermedad avanzara más tiempo.

Este reconocimiento de que efectivamente existen diferencias de importancia suele explicarse a través de las características sociales y culturales de las personas enfermas. La relativa demora en el internamiento de mujeres se explica por las funciones de éstas al interior de la familia, mismas que los hombres no pueden o no quieren cumplir. A su vez, se citó la renuencia de hombres a quedarse a acompañar a mujeres hospitalizadas, sean esposa, madre o hija.

Muy pocas veces se atribuye esta diferencia de acceso al criterio de un miembro del equipo de salud, si bien una informante de Querétaro expresó que "cuando una mujer plantea una situación problemática, no se le atribuye a una cuestión laboral, sino que se le da una connotación de 'problema hormonal' y, por lo mismo, se le resta importancia."

Haciendo hincapié en que las relaciones entre géneros en el marco de la atención para la salud reproduce el modelo social imperante, se señala que cuando es internado un hombre hay varias mujeres de su familia dispuestas a turnarse para acompañarlo, mientras que cuando es una mujer la internada son pocos los hombres que la acompañan.

Otra conclusión que fue posible discernir en los grupos focales –si bien no parece incidir en la equidad por género de la atención– es que las mismas actitudes y situaciones que afectan a las pacientes alcanzan también a quienes forman parte del equipo de salud: la proporción de mujeres que llegan a puestos directivos es notoriamente inferior a la proporción que integra los niveles operativos. Esto se explica porque las responsabilidades de las mujeres "fuera del hospital" les impiden el grado de dedicación que un puesto directivo exige.

Sin embargo, hay también otras causas. En un grupo focal en Yucatán se comentó que "para acceder a posiciones de mando es preciso desarrollar redes extraprofesionales." Se refirió la necesidad de mantener vínculos personales con actores influyentes en la arena política, y se agregó que esta actividad demanda de la participación en eventos sociales, "en donde casi siempre se toma (alcohol)." Esto fue planteado como una barrera que enfrenta el personal femenino para verse favorecido con una posición directiva.

Por último, un aspecto que parece estar reforzando la noción de que para los miembros del equipo de salud la "equidad" es en realidad "igualdad" reside en la asimilación del concepto de equidad al cumplimiento de los preceptos de ética y a los indicadores de trato digno.

## Discusión

Los resultados del estudio presentan un panorama de complejidad superior a la prevista en el objetivo, razón por la cual se sugiere la necesidad de nuevos estudios más detallados. Por otra parte, indican que, al margen de las consideraciones de género, existe en los hospitales estudiados un problema de bajo nivel de calidad general que debe ser reconocido y enfrentado.

En términos generales fue posible determinar tres grandes resultados: primero, la satisfacción de quienes solicitan los servicios de salud, los usuarios y las usuarias con la atención recibida fue alta; segundo, la calidad técnica de dicha atención fue, en promedio, insuficiente, y tercero, los resultados referidos a temas relacionados con el género presentan resultados complejos que plantean en algunos casos contradicciones aparentes que exigen análisis detallados. Al respecto, resulta de mucho interés contrastar los resultados del análisis cuantitativo con el cualitativo, ya que resultan complementarios en muchos aspectos.

El bajo nivel general de la calidad de atención surge del examen de los expedientes, y esto se observó en todos los hospitales donde se realizó el estudio, lo cual afecta por igual a hombres y a mujeres. Los resultados cuantitativos del estudio revelaron la existencia de datos complejos y en ocasiones contradictorios que pudieran dar la impresión de que existe una cierta igualdad en la atención que se brinda a cada paciente. Sin embargo, en cuanto al género, se observó una conciencia algo distorsionada del concepto entre el personal de salud. Esta igualdad (la concepción de que todas las personas enfermas son iguales y reciben la misma atención) es confundida con equidad (el reconocimiento de diferencias entre géneros que deben ser tomadas en cuenta para asegurar la igualdad de calidad en atención y resultados). El análisis cuantitativo de resultados –a pesar de la complejidad de los números recopilados– estaría reflejando dicha igualdad.

Los resultados de la encuesta de satisfacción con la atención parecerían sugerir que en determinados aspectos de la atención sí podría existir una inequidad en materia de género. Estos aspectos parecerían centrarse en torno de la información que el personal de salud proporciona a las personas enfermas.

Sin embargo, esto pareció incidir sobre la percepción de los usuarios y de las usuarias de la atención recibida, dado que los índices de satisfacción que exhibieron fueron en general altos.

Dentro de este panorama se observaron diferencias en la atención que parecían seguir determinantes de género. En este punto, sin embargo, hubo resultados contradictorios, ya que diferentes aspectos de la atención parecían favorecer a hombres o a mujeres. No había consistencia en los resultados que mostrara una atención sesgada uniformemente en perjuicio de las mujeres. Igualmente, hubo resultados que sugieren un fuerte aporte de la cultura femenina a la manera como se enfoca la enfermedad, especialmente en cuanto al dolor y a la espera para buscar atención médica, posponiendo la atención a la salud por la "importancia" del trabajo cotidiano en el hogar.

Se observó igualmente que las diferencias de género no afectaban solamente a quienes solicitan el servicio de salud, sino también al personal que presta el servicio. El personal de salud masculino no considera que la equidad de género constituya un problema prioritario para el sistema de salud, ni para la atención de las personas enfermas, ni para las relaciones laborales. En cambio, las mujeres se encuentran en una etapa de transición en la que luchan por acceder a niveles profesionales y laborales superiores, reconociendo que existen limitaciones, la mayoría en los ámbitos social y político, y aceptando que el papel de "madre y esposa", además del entorno familiar, son condicionantes para autolimitarse. Bajo la influencia de este mismo contexto sociocultural, las médicas tienen escasa participación en las especialidades consideradas "críticas" y en la atención a pacientes que requieren atención de mayor complejidad.

## Conclusión

Los resultados de este estudio muestran que el análisis de las inequidades de género en la atención a la salud debe ampliarse hasta incluir la dinámica organizacional, las características socioculturales de quienes solicitan servicios de salud, de quienes lo prestan y de quienes cuidan a las personas enfermas y sus interacciones, ya que esto arroja información enriquecedora para la comprensión del proceso de la relación médico-paciente, médica-paciente las expectativas de la población usuaria, y las verdaderas posibilidades del sistema de salud para cumplir con los objetivos que se ha planteado. Uno de estos objetivos es la equidad de la atención desde la perspectiva de género. Los presentes resultados parecerían sugerir que dicho objetivo no puede ser alcanzado con medidas unilaterales del sistema de salud, sino que es preciso incluir esfuerzos por lograr una mayor interacción con las diferentes comunidades a las cuales el sistema de salud sirve, así como en la integración de estrategias con otras áreas como la educación, desarrollo social y trabajo, por mencionar las más cercanas al sector salud.

## Referencias

1. Stone PH, Thompson B, Anderson HV et al. Influence of race, sex, and age on management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction: The TIMI III registry. *JAMA* 1996;275:1104-12.
2. Schulman KA, Berlin JA, Harless W et al. The effect of race and sex on physicians recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999;340:618-26.
3. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianesi ME, Gersh B, Geltman EM et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1991;325:226-30.
4. Krumholz HM, Douglas P, Lauer M, Pasternak RC. Selection of patients for coronary angiography and coronary revascularization early after myocardial infarction: Is there evidence for a gender bias? *Ann Intern Med* 1992;116:785-97.
5. Health Canada. Exploring concepts of gender and health. Ottawa, Ontario: Women's Health Bureau, Health Canada; 2003: 20-24.
6. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J, ed. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La Salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 93-101.
7. Jonhson PM, Sterky G, Gåfvels-Bsw C, Östman J. Gender equity in health care: The case of Swedish diabetes care. *Health Care Women Int* 2000;21(5):413-31.
8. Cleeland CS, Gonin R, Baez L et al. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. *Ann Intern Med* 1997;127:813-6.
9. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA* 1993;269:1537-39.
10. Secretaría de Salud. Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2003: 38-9.
11. Poblano-Verástegui O, Carrillo-Ordaz CE, Saucedo-Valencia AL, Orozco E, Ortega-Altamirano DV, Mora G, Lavalle M. Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en entidades federativas de la República Mexicana. *Genero Salud Cifras* 2005;3(2/3):16-22.